

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі

Совместный приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 января 2021 года № ҚР ДСМ-3 и Министра национальной экономики Республики Казахстан от 6 января 2021 года № 5. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 8 января 2021 года № 22044

Министерство здравоохранения Республики Казахстан

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

ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Внести в совместный приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 ноября 2018 года № ҚР ДСМ-32 и Министра национальной экономики Республики Казахстан от 15 ноября 2018 года № 70 «Об утверждении критериев оценки степени риска и проверочных листов в сферах качества оказания медицинских услуг, обращения лекарственных средств и медицинских изделий» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 17744, опубликован 23 ноября 2018 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан в электронном виде) следующие изменения:

преамбулу изложить в следующей редакции:



QR-код содержит данные ЭЦП должностного лица РГП на ПХВ «ИЗПИ»



QR-код содержит ссылку на данный документ в ЭКБ НПА РК

«В соответствии с пунктами 2 и 3 статьи 141, пунктом 1 статьи 143
Предпринимательского кодекса Республики Казахстан от 29 октября 2015 года
ПРИКАЗЫВАЕМ:»;

в пункте 1:

подпункт 11) исключить;

приложение 1 к указанному совместному приказу изложить в новой
редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

приложение 2 к указанному совместному приказу изложить в новой
редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу;

приложение 3 к указанному совместному приказу изложить в новой
редакции согласно приложению 3 к настоящему приказу;

приложение 4 к указанному совместному приказу изложить в новой
редакции согласно приложению 4 к настоящему приказу;

приложение 8 к указанному совместному приказу изложить в новой
редакции согласно приложению 5 к настоящему приказу;

приложение 10 к указанному совместному приказу изложить в новой
редакции согласно приложению 6 к настоящему приказу;

приложение 11 к указанному совместному приказу исключить;

приложение 12 к указанному совместному приказу изложить в новой
редакции согласно приложению 7 к настоящему приказу;

приложение 13 к указанному совместному приказу изложить в новой
редакции согласно приложению 8 к настоящему приказу;

приложение 14 к указанному совместному приказу изложить в новой
редакции согласно приложению 9 к настоящему приказу;

приложение 15 к указанному совместному приказу изложить в новой
редакции согласно приложению 10 к настоящему приказу;

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

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

2) размещение настоящего совместного приказа на интернет-ресурсах Министерства здравоохранения Республики Казахстан и Министерства национальной экономики Республики Казахстан после его официального опубликования;

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

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

4. Настоящий совместный приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

**Министр национальной экономики
Республики Казахстан**

_____ **Р. Даленов**

**Министр здравоохранения
Республики Казахстан**

_____ **А. Цой**

«СОГЛАСОВАН»

Комитет по правовой статистике и
специальным учетам

Генеральной прокуратуры
Республики Казахстан

Приложение 1
к совместному приказу
Министра национальной экономики
Республики Казахстан
от 6 января 2021 года
№ 5 и Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 6 января 2021 года
№ ҚР ДСМ-3

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

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

Глава 1. Общие положения

1. Настоящие Критерии оценки степени рисков в сфере качества оказания медицинских услуг (помощи) (далее – Критерии) разработаны в соответствии со статьей 30 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», статьей 141 Предпринимательского кодекса Республики Казахстан от 29 октября 2015 года и Правилами формирования государственными органами системы оценки рисков, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра национальной экономики Республики Казахстан от 31 июля 2018 года № 3 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 17371).

2. В настоящих Критериях используются следующие понятия:

1) период оценки – определенный временной период, за который проводится оценка рисков по объективным и субъективным критериям на основании отчетных данных, результатов мониторинга автоматизированных информационных систем, результатов предыдущих проверок и других

источников информации. Для субъектов контроля период оценки, используемый в Критериях – раз в полугодие;

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

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

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

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

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

7) субъективные критерии оценки степени риска (далее – субъективные критерии) – критерии оценки степени риска, используемые для отбора субъектов (объектов) контроля для проведения профилактического контроля и особого порядка проведения проверок, в зависимости от результатов деятельности конкретного субъекта (объекта) контроля.

3. Критерии оценки степени риска для особого порядка проведения проверок и для профилактического контроля и надзора с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора формируются посредством объективных и субъективных критериев.

Глава 2. Критерии оценки степени риска, применяемые для особого порядка проведения проверок в отношении субъектов (объектов) здравоохранения, оказывающих услуги родовспоможения

Параграф 1. Объективные критерии оценки степени риска

4. Объективные критерии формируются посредством следующих этапов:

- 1) определение риска;
- 2) распределение субъектов (объектов) контроля по степеням риска (высокая и не отнесенная к высокой).

5. К высокой степени риска относятся объекты родовспоможения и стационарные организации, имеющие в своем составе отделения патологии новорожденных.

В отношении субъектов (объектов) высокой степени риска проводятся проверки в особом порядке с периодичностью 1 раз в год.

6. В случае принятия в эксплуатацию объекта высокой значимости после утверждения полугодового графика проведения проверок, то он вносится в график проведения проверок на следующее полугодие с периодичностью проверок 1 раз в год.

Параграф 2. Субъективные критерии оценки степени риска

7. Для определения субъективных критериев оценки степени рисков используются следующие источники информации:

- 1) результаты предыдущих проверок и особого порядка проведения проверок (при этом степень тяжести нарушений устанавливается при несоблюдении требований, установленных в проверочных листах);
- 2) результаты мониторинга сведений, получаемых из автоматизированных информационных систем;
- 3) наличие и количество подтвержденных жалоб, обращений от физических и юридических лиц за прошедший год.

8. Субъективные критерии разработаны в целях реализации принципа поощрения добросовестных проверяемых субъектов (объектов) в виде освобождения их от проведения проверок по особому порядку.

Если у субъекта (объекта) проведена внешняя комплексная оценка (аккредитация) на соответствие деятельности стандартам аккредитации и предоставлено свидетельство об аккредитации на проверяемый период, то субъект (объект) освобождается от проверок на следующий календарный год.

9. Определение группы риска объектов высокой значимости, относящихся к одному субъекту (юридическому лицу) проводится для каждого объекта отдельно.

10. Формирование графика проведения проверок, субъектов (объектов) контроля составляется исходя из принципов минимальной необходимости и достаточности, поощрения добросовестных проверяемых субъектов, концентрации контроля на нарушителях.

11. Субъективные критерии оценки степени риска в отношении проверок по особому порядку с распределением по степени значимости нарушений и источникам информации определяется в соответствии с приложением 1 к настоящим Критериям.

При выявлении одного грубого нарушения, проверяемому субъекту (объекту) приравнивается показатель степени риска 100 и в отношении него проводится проверка по особому порядку.

В случае, если грубых нарушений не выявлено, то для определения показателя степени риска рассчитывается суммарный показатель по нарушениям значительной и незначительной степени.

При определении показателя значительных нарушений применяется коэффициент 0,7 и данный показатель рассчитывается по следующей формуле:

$$\Sigma P_3 = (\Sigma P_2 \times 100 / \Sigma P_1) \times 0,7$$

где: ΣP_3 – показатель значительных нарушений;

ΣP_1 – общее количество требуемых значительных нарушений;

ΣP_2 – количество выявленных значительных нарушений.

При определении показателя незначительных нарушений применяется коэффициент 0,3 и данный показатель рассчитывается по следующей формуле:

$$\Sigma P_{\text{н}} = (\Sigma P_2 \times 100 / \Sigma P_1) \times 0,3$$

где: $\Sigma P_{\text{н}}$ – показатель незначительных нарушений;

ΣP_1 – общее количество требуемых незначительных нарушений;

ΣP_2 – количество выявленных незначительных нарушений.

Общий показатель степени риска (ΣP) рассчитывается по шкале от 0 до 100 и определяется путем суммирования показателей значительных и незначительных нарушений по следующей формуле:

$$\Sigma P = \Sigma P_3 + \Sigma P_{\text{н}}$$

где: ΣP – общий показатель степени риска;

ΣP_3 – показатель значительных нарушений;

$\Sigma P_{\text{н}}$ – показатель незначительных нарушений.

12. По показателям проверяемый субъект (объект):

1) освобождается от особого порядка проведения проверок на основании полугодовых графиков на следующее полугодие устанавливаемый в критериях оценки степени риска регулирующего государственного органа – при показателе степени риска от 0 до 60;

2) не освобождается от особого порядка проведения проверок на основании полугодовых графиков – при показателе степени риска от 61 до 100 включительно.

Глава 3. Критерии оценки степени риска, применяемые для профилактического контроля с посещением субъектов (объектов) в сфере оказания медицинских услуг (помощи)

Параграф 1. Объективные критерии

13. Объективные критерии формируются посредством следующих этапов:

1) определение риска;

2) распределение субъектов (объектов) контроля по степеням риска (высокая и не отнесенная к высокой).

14. Отнесение субъектов контроля к степени риска осуществляется с учетом следующих объективных критериев:

1) уровень опасности (сложности) субъекта (объекта) в зависимости от осуществляемой деятельности;

2) масштабов тяжести возможных негативных последствий вреда в процессе осуществления медицинской деятельности;

3) возможности неблагоприятного воздействия на здоровье человека, законные интересы физических и юридических лиц, государства.

15. После определения риска, субъекты (объекты) контроля распределяются по двум степеням риска (высокая и не отнесенная к высокой).

В отношении субъектов (объектов) контроля, отнесенных по объективным критериям к высокой степени риска, применяются субъективные критерии с целью проведения профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля.

16. К высокой степени риска относятся субъекты (объекты) контроля, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, стационарную, скорую медицинскую помощь и медицинской авиации, лабораторные услуги, осуществляющие деятельность в сферах патологоанатомической диагностики и профилактики ВИЧ, службы крови.

17. Не отнесенные к высокой степени риска - субъекты (объекты) контроля, осуществляющие восстановительное лечение и медицинской реабилитации, оказывающие доврачебную помощь, паллиативную помощь и сестринский уход, а также организации, осуществляющие деятельность в сфере формирования здорового образа жизни.

Параграф 2. Субъективные критерии

18. Для определения субъективных критериев оценки степени рисков используются следующие источники информации:

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

2) результаты мониторинга сведений, получаемых из автоматизированных информационных систем;

3) результаты мониторинга отчетных данных, представляемых субъектом контроля;

4) результаты анализа информации, получаемых от уполномоченных органов и организаций;

5) наличие и количество подтвержденных жалоб, обращений от физических и юридических лиц за прошедший год.

19. Для оценки субъектов контроля по субъективным критериям используются данные электронных информационных ресурсов уполномоченного органа в области здравоохранения и медицинских информационных систем.

20. Субъективные критерии в сфере качества оказания медицинских услуг подразделяются на три степени нарушений: грубое, значительное, незначительное.

Субъективные критерии для проведения профилактического контроля с посещением субъекта контроля с распределением по степени значимости нарушений и источникам информации приведены в приложении 2 к настоящим Критериям. Несоответствие критерий определяет соответствующую степень нарушений.

21. Для отнесения субъекта к степени риска применяется следующий порядок расчета показателя степени риска.

При выявлении одного грубого нарушения, субъекту контроля приравнивается показатель степени риска 100 и в отношении него проводится профилактический контроль с посещением субъекта (объекта) контроля.

В случае если грубых нарушений не выявлено, для определения показателя степени риска рассчитывается суммарный показатель по нарушениям значительной и незначительной степени.

При определении показателя значительных нарушений применяется коэффициент 0,7 и данный показатель рассчитывается по следующей формуле:

$$SP_3 = (SP_2 \times 100 / SP_1) \times 0,7$$

где: SP_3 – показатель значительных нарушений;

SP_1 – требуемое количество значительных нарушений;

SP_2 - количество выявленных значительных нарушений.

При определении показателя незначительных нарушений применяется коэффициент 0,3 и данный показатель рассчитывается по следующей формуле:

$$SP_{\text{н}} = (SP_2 \times 100 / SP_1) \times 0,3$$

где: $SP_{\text{н}}$ – показатель незначительных нарушений;

SP_1 – требуемое количество незначительных нарушений;

SP_2 – количество выявленных незначительных нарушений.

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

$$SP = SP_3 + SP_{\text{н}}$$

где: SP - общий показатель степени риска;

SP_3 - показатель значительных нарушений;

$SP_{\text{н}}$ - показатель незначительных нарушений.

22. По общему показателю степени риска субъект (объект) контроля относится:

1) к высокой степени риска – при показателе степени риска от 61 до 100 включительно и в отношении него проводится профилактический контроль с посещением субъекта (объекта) контроля;

2) не отнесенной к высокой степени риска – при показателе степени риска от 0 до 60 включительно и в отношении него не проводится профилактический контроль с посещением субъекта (объекта) контроля.

23. Кратность проведения профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля определяется по результатам проводимого анализа и оценки получаемых сведений по субъективным критериям и не чаще одного раза в год.

24. Профилактический контроль с посещением субъекта (объекта) контроля проводятся на основании полугодовых списков профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля, формируемых в соответствии с пунктом 3 статьи 141 Предпринимательского кодекса Республики Казахстан.

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

26. Полугодовые списки проведения профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля формируются в отношении субъектов контроля с обязательным указанием объектов, в отношении которых назначен профилактический контроль с посещением субъекта (объекта) контроля.

27. Списки профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля составляются с учетом приоритетности субъекта контроля с наибольшим показателем степени риска по субъективным критериям.

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

Субъективные критерии оценки степени риска в отношении проверок по особому порядку с распределением по степени значимости нарушений и источникам информации

№ п /п	Наименование критериев	Степень нарушений
1. Критерии по источнику информации «Результаты предыдущих проверок и особого порядка проведения проверок (степень тяжести устанавливается при несоблюдении нижеперечисленных требований)»		
Критерий для объектов родовспоможения и (или) стационарных организаций, имеющих в своем составе родильные отделения и отделения патологии новорожденных		
1.	Наличие лицензии и приложений к ней по осуществляемым видам деятельности	грубое
2.	Наличие сертификата специалиста по соответствующей клинической специальности	грубое
3.	Наличие заключения о соответствии субъекта здравоохранения к предоставлению высокотехнологичных медицинских услуг	грубое
4.	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий	значительное
5.	<p>Время пребывания бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП в приемном отделении стационара не превышает 10 минут (время для передачи пациента врачу приемного отделения) с момента ее прибытия в стационар, за исключением случаев необходимости оказания скорой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.</p> <p>После передачи бригадами СМП или отделения СМП при организации ПМСП пациента в приемное отделение стационара медицинская сестра проводит распределение поступающих пациентов (медицинскую сортировку по триаж-системе) на группы, исходя из первоочередности оказания экстренной медицинской помощи. Медицинская сортировка по триаж-системе проводится непрерывно и преемственно. По завершению оценки, пациенты помечаются цветом одной из категорий сортировки, в виде специальной цветной бирки либо цветной ленты.</p> <p>Согласно медицинской сортировке, выделяют 3 группы пациентов:</p> <p>первая группа (красная зона) – пациенты, состояние которых представляет непосредственную угрозу жизни или имеющие высокий риск ухудшения и требующие экстренной медицинской помощи;</p> <p>вторая группа (желтая зона) – пациенты, состояние которых представляет потенциальную угрозу для здоровья или может прогрессировать с развитием ситуации, требующей экстренной медицинской помощи;</p> <p>третья группа (зеленая зона) – пациенты, состояние которых не представляет непосредственной угрозы для жизни и здоровья и не требует госпитализации</p>	грубое
6.	<p>При отсутствии показаний для госпитализации в организацию здравоохранения, врач приемного отделения выдает пациенту медицинское заключение с письменным обоснованием отказа.</p> <p>Медицинской сестрой приемного отделения направляется актив в организацию ПМСП по месту прикрепления пациента</p>	значительное
7.	Наличие показаний для госпитализации:	значительное

	<p>необходимость оказания доврачебной, квалифицированной, специализированной медицинской помощи, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг, с круглосуточным медицинским наблюдением пациентов:</p> <p>1) в плановом порядке – по направлению специалистов ПМСП или другой организации здравоохранения;</p> <p>2) по экстренным показаниям (включая выходные и праздничные дни) - вне зависимости от наличия направления</p>	
8.	<p>Осмотр пациента заведующим отделением тяжелых пациентов в день госпитализации, в последующем – ежедневно. Пациенты, находящиеся в среднетяжелом состоянии, осматриваются не реже одного раза в неделю. Результаты осмотра пациента регистрируются в медицинской карте с указанием рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента с обязательной идентификацией медицинского работника, вносящего записи</p>	значительное
9.	<p>Ежедневный осмотр пациентов, находящихся в стационаре, лечащим врачом, кроме выходных и праздничных дней. При осмотре и назначении дежурным врачом дополнительных диагностических и лечебных манипуляций проводятся соответствующие записи в медицинской карте</p>	значительное
10.	<p>Дополнительное и повторное проведение исследований, проведенных перед госпитализацией в организации ПМСП или другой организации здравоохранения, по медицинским показаниям, с обоснованием в медицинской карте для динамической оценки состояния больного, согласно клиническим протоколам диагностики и лечения.</p>	значительное
11.	<p>Соблюдение следующих требований при выдаче листа и справки о временной нетрудоспособности по беременности и родам:</p> <p>- лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается медицинским работником (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии - врачом, совместно с заведующим отделением после заключения ВКК с тридцати недель беременности на срок продолжительностью сто двадцать шесть календарных дней (семьдесят календарных дней до родов и пятьдесят шесть календарных дней после родов) при нормальных родах.</p> <p>Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, лист или справка о нетрудоспособности по беременности и родам выдается с двадцати семи недель продолжительностью сто семьдесят календарных дней (девяносто один календарный день до родов и семьдесят девять календарных дней после родов) при нормальных родах;</p> <p>2) женщинам, временно выехавшим с постоянного места жительства в пределах Республики Казахстан, лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается (продлевается) в медицинской организации, где произошли роды или в женской консультации (кабинете) по месту наблюдения согласно выписке (обменной карты) родовспомогательной организации</p> <p>3) в случае осложненных родов, рождении двух и более детей, лист или справка о временной нетрудоспособности продлевается дополнительно на четырнадцать календарных дней медицинским работником (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии - врачом, совместно с заведующим отделением после заключения ВКК по месту наблюдения согласно выписке родовспомогательной организации здравоохранения. В этих случаях общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет сто сорок календарных дней (семьдесят календарных дней до родов и семьдесят календарных дней после родов).</p> <p>Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае осложненных родов, рождении двух и более детей, лист или справка о временной нетрудоспособности продлевается дополнительно на четырнадцать календарных дней, общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет сто восемьдесят четыре дня (девяносто один календарный день до родов и девяносто три календарных дня после родов);</p> <p>4) в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, прожившего более семи суток, женщине выдается лист или справка о нетрудоспособности по факту родов на семьдесят календарных дней после родов.</p> <p>В случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения мертвого плода или ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, умершего до семи суток жизни, женщине выдается лист или справка о временной нетрудоспособности по факту родов на пятьдесят шесть календарных дней после родов;</p>	значительное

	<p>5) женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, прожившего более семи суток, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается на девяносто три календарных дня после родов.</p> <p>Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения мертвого плода или ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, умершего до семи суток жизни, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается на семьдесят девять календарных дней после родов;</p> <p>6) при обращении женщины в период беременности за листом временной нетрудоспособности отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставляется полностью независимо от числа дней, фактически использованных ею до родов.</p> <p>При обращении женщины в период после родов за листом временной нетрудоспособности предоставляется только отпуск после родов продолжительностью, предусмотренной настоящим пунктом;</p> <p>7) при наступлении беременности в период нахождения женщины в оплачиваемом ежегодном трудовом отпуске или отпуске без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им трех лет, лист о временной нетрудоспособности выдается на все дни отпуска по беременности и родам, за исключением случаев, предусмотренных частью второй подпункта б) настоящего пункта;</p> <p>8) в случае смерти матери при родах или в послеродовом периоде, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается лицу, осуществляющему уход за новорожденным;</p> <p>9) при операции по искусственному прерыванию беременности, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается врачом совместно с заведующим отделением на время пребывания в стационаре и амбулаторно-поликлиническом уровне, где производилась операция, а в случае осложнения - на весь период временной нетрудоспособности.</p> <p>При самопроизвольном аборте (выкидыше) выдается лист или справка о временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности;</p> <p>10) при проведении операции пересадки эмбриона лист или справка о временной нетрудоспособности выдается медицинской организацией, проводившей операцию, со дня подсадки эмбриона до факта установления беременности.</p> <p>Лицам, усыновившим (удочерившим) новорожденного ребенка (детей), а также биологической матери при суррогатном материнстве непосредственно из родильного дома лист или справка о временной нетрудоспособности выдается, со дня усыновления (удочерения) и до истечения пятидесяти шести календарных дней со дня рождения ребенка</p>	
12.	<p>Наличие проведения клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:</p> <p>1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям:</p> <p>отсутствие сбора анамнеза;</p> <p>полнота сбора анамнеза;</p> <p>наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус;</p> <p>развитие осложнений вследствие допущенных тактических ошибок при проведении лечебно-диагностических мероприятий из-за некачественного сбора анамнеза;</p> <p>2) полнота и обоснованность проведения диагностических исследований, которые оцениваются по следующим критериям:</p> <p>отсутствие диагностических мероприятий;</p> <p>неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;</p> <p>проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;</p> <p>проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;</p> <p>проведение диагностических исследований, неинформативных для постановки правильного диагноза и приведших к необоснованному увеличению сроков лечения и удорожанию стоимости лечения;</p>	значительное

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

диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней; не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения;

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

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

Объективные причины неправильной и (или) несвоевременной диагностики (атипичное течение основного заболевания, бессимптомное течение сопутствующего заболевания, редко встречающиеся осложнения и сопутствующие заболевания) отражаются в результатах экспертизы. Проводится оценка влияния неправильной и (или) несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

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

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

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

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

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

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

6) отсутствие или развитие осложнений после медицинских вмешательств, оцениваются все возникшие осложнения, в том числе обусловленные оперативными вмешательствами (запоздалое оперативное вмешательство, неадекватный объем и метод, технические дефекты) и диагностическими процедурами;

7) достигнутый результат, который оценивается по следующим критериям:

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

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

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

наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;

	8) качество ведения медицинской документации, которое оценивается по наличию, полноте и качеству записей в первичной медицинской документации, предназначенной для записи данных о состоянии здоровья пациентов, отражающих характер, объем и качество оказанной медицинской помощи в соответствии с формами отчетной и учетной документации в области здравоохранения согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса	
13.	Наличие информированного добровольного согласия (отказа) на переливание компонентов крови по форме учетной и отчетной документации в области здравоохранения	значительное
14.	<p>Соблюдение следующих действий при проведении патологоанатомического вскрытия:</p> <p>1) проведение патологоанатомического вскрытия трупов после констатации врачами биологической смерти, после предоставления медицинской карты стационарного больного или медицинской карты амбулаторного больного с письменным распоряжением главного врача или его заместителя по медицинской (лечебной) части организации здравоохранения о направлении на патологоанатомическое вскрытие;</p> <p>2) оформление результатов патологоанатомического вскрытия в виде патологоанатомического диагноза (патологоанатомический диагноз включает: основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание, комбинированное основное заболевание);</p> <p>3) передача медицинской карты стационарного больного или медицинской карты амбулаторного больного с внесенным в нее патологоанатомическим диагнозом в медицинский архив организации здравоохранения не позднее десяти рабочих дней после патологоанатомического вскрытия;</p> <p>4) проведение клинико-патологоанатомического разбора в случаях смерти больных в организациях здравоохранения;</p> <p>5) патологоанатомическое вскрытие при подозрениях на острые инфекционные, онкологические заболевания, патологию детского возраста, летальный исход в связи с медицинскими манипуляциями в целях установления причины смерти и уточнения диагноза заболевания со смертельным исходом;</p> <p>6) организация главным врачом и заведующим патологоанатомического отделения вирусологического (иммунофлюоресцентного) и бактериологического исследования материалов вскрытия трупов в случаях подозрения на инфекционные заболевания;</p> <p>7) передача в патологоанатомическое бюро, централизованное патологоанатомическое бюро и патологоанатомическое отделение медицинских карт стационарных больных на всех умерших за предшествующие сутки не позднее 10 часов утра дня, следующего после установления факта смерти;</p> <p>8) оформление:</p> <ul style="list-style-type: none"> - медицинского свидетельства о смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» в день проведения патологоанатомического вскрытия; - медицинского свидетельства о перинатальной смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» в день проведения патологоанатомического вскрытия; <p>9) оформление результатов вскрытия в виде протокола патологоанатомического исследования;</p> <p>10) наличие письменного уведомления в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа на судебно-медицинскую экспертизу при обнаружении признаков насильственной смерти и прекращение проведения патологоанатомического исследования трупа;</p> <p>11) наличие письменного извещения врача по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» в случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку, а также экстренное извещение в органы государственной санитарно-эпидемиологической службы, сразу же после их выявления;</p> <p>12) проведение патологоанатомического исследования плаценты:</p> <ul style="list-style-type: none"> в случае мертворождения; при всех заболеваниях новорожденных, выявленных в момент рождения; в случаях, подозрительных на гемолитическую болезнь новорожденных; при раннем отхождении вод и при грязных водах; при заболеваниях матери, протекающих с высокой температурой в последний триместр беременности; при явной аномалии развития или прикреплении плаценты; <p>13) обязательная регистрация плода массой менее 500 граммов с антропометрическими данными (масса, рост, окружность головы, окружность грудной клетки);</p>	грубое

	<p>14) установление патологоанатомического вскрытия в зависимости от сложности на следующие категории: первая категория; вторая категория; третья категория; четвертая категория;</p> <p>15) установление врачом по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» категории патологоанатомического вскрытия и причины расхождения диагнозов при расхождении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов</p> <p>16) наличие подробного анализа с определением профиля и категорий ятрогении во всех случаях ятрогенной патологии, выявленные в результате патологоанатомического вскрытия</p>	
15.	<p>Соблюдение следующих требований при организации акушерско-гинекологической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) диспансерное наблюдение беременных в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода с выделением женщин «по факторам риска»; 2) проведение пренатального скрининга - комплексного обследования беременных женщин с целью выявления группы риска по хромосомной патологии и врожденным порокам развития внутриутробного плода; 3) выявление беременных, нуждающихся в своевременной госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности медицинских организаций стационарного уровня, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, профильные медицинские организации с экстрагенитальной патологией, с соблюдением принципов регионализации перинатальной помощи; 4) направление беременных, рожениц и родильниц для получения специализированной помощи с медицинским наблюдением, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг в медицинские организации республиканского уровня; 5) проведение дородового обучения беременных по подготовке к родам, в том числе к партнерским родам, информирование беременных о тревожных признаках, об эффективных перинатальных технологиях, принципах безопасного материнства, грудного вскармливания и перинатального ухода; 6) проведение патронажа беременных и родильниц по показаниям; 7) консультирование и оказание услуг по вопросам планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья; 8) профилактика и выявление инфекций, передаваемых половым путем для направления к профильным специалистам; 9) обследование женщин фертильного возраста с назначением, при необходимости углубленного обследования с использованием дополнительных методов и привлечением профильных специалистов для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия их на диспансерный учет; 10) организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления экстрагенитальных заболеваний; 11) обследование и лечение гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий; 12) диспансеризации гинекологических больных, включая реабилитацию и санаторно-курортное лечение; 13) выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий; 14) проведение экспертизы о временной нетрудоспособности по беременности, родам и гинекологическим заболеваниям, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направления в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности; 15) двухкратное обследование в течение беременности на ВИЧ-инфекцию с оформлением информированного согласия пациентки с фиксированием данных 	грубое
16.	<p>Оказание средними медицинскими работниками (акушеры, фельдшеры, медицинские сестры/братья) доврачебной помощи женщинам во время и вне беременности, включающие:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) самостоятельный прием и медицинский осмотр с целью определения состояния здоровья пациента, выявления заболеваний и осложнений беременности 	грубое

	<p>2) внесение данных в подсистему «Регистр беременных и женщин фертильного возраста» электронного портала "Регистр прикрепленного населения" с целью автоматизированного ведения групп беременных и женщин фертильного возраста (далее – ЖФВ) и мониторинга показателей состояния здоровья беременных и ЖФВ;</p> <p>3) оказание неотложной и экстренной доврачебной медицинской помощи беременным, родильницам и женщинам фертильного возраста при состояниях, угрожающих жизни и здоровью женщины, в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения;</p> <p>4) динамическое наблюдение за беременными с хроническими заболеваниями совместно с участковыми врачами и профильными специалистами;</p> <p>5) выполнение назначений врача акушер-гинеколога в соответствии с функциональными обязанностями;</p> <p>6) ведение физиологической беременности и патронаж беременных и родильниц со своевременным предоставлением направлений и рекомендаций в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения;</p> <p>7) медицинское обслуживание на дому беременных, родильниц, гинекологических больных и группы ЖФВ социального риска;</p> <p>8) проведение профилактического медицинского осмотра женщин с целью раннего выявления предопухолевых и раковых заболеваний женских половых органов и других локализаций (кожи, молочных желез);</p> <p>9) проведение медицинского сестринского осмотра женщин всех возрастных групп, обратившихся за медицинской помощью;</p> <p>10) участие в проведении скрининговых и профилактических осмотров для выявления заболеваний</p>	
17.	<p>Соблюдение следующих требований при организации оказания акушерско-гинекологической помощи на стационарном уровне:</p> <p>1) оказание стационарной консультативно-диагностической, лечебно-профилактической и реабилитационной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным;</p> <p>2) проведение совместного осмотра лечащего врача с заведующим отделения при поступлении беременных женщин до 36 недель беременности, страдающих хроническими заболеваниями, нуждающихся в лечении в специализированных отделениях многопрофильных стационаров, для оценки тяжести течения заболевания, течения беременности и тактики лечения.</p> <p>3) составление плана ведения беременности, родов и послеродового периода с учетом индивидуального подхода;</p> <p>4) ведение беременности, родов и послеродового периода в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения, а также с планом ведения;</p> <p>5) проведение консультирования беременных, рожениц и родильниц, осуществление контроля по соблюдению уровня оказания медицинской помощи;</p> <p>6) проведение реабилитационных мероприятий матерям и новорожденным, в том числе уход за недоношенными новорожденными;</p> <p>7) консультации по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным с использованием телекоммуникационных систем;</p> <p>8) осуществление экспертизы о временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки временной нетрудоспособности по беременности и родам, гинекологическим больным;</p> <p>9) оказание реанимационной помощи и интенсивной терапии матерям и новорожденным, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела;</p> <p>10) наличие минимального перечня оборудования для блока интенсивной терапии:</p> <p>кровать функциональная (по числу коек);</p> <p>матрас противопролежневый (1 на 3 койки);</p> <p>прикроватный кардиомонитор (по числу коек);</p> <p>электрокардиограф портативный (1 на 6 коек);</p> <p>электрокардиостимулятор (1 на 6 коек);</p> <p>портативный аппарат для ультразвукового исследования сердца и сосудов (1 на 9 коек);</p> <p>аппарат для вспомогательного кровообращения (внутриоральной баллонной контрпульсации) (1 на 9 коек);</p> <p>централизованная система подводки кислорода к каждой кровати (по числу коек);</p>	грубое

	<p>электроотсасыватель хирургический с бактериальным фильтром (1 на 3 койки); дефибриллятор бифазный с функцией синхронизации (1 на 3 койки); аппарат для искусственной вентиляции легких (1 на 6 коек); портативный дыхательный аппарат для транспортировки (1 на БИТ); набор для интубации трахеи (2 на БИТ); набор для катетеризации магистральных сосудов (100 наборов); автоматический дозатор лекарственных веществ шприцевой (2 на 1 койку); инфузомат (1 на 1 койку); тонометр прикроватный для измерения артериального давления (по числу коек); мобильный (переносной) набор для проведения реанимационных мероприятий в других отделениях (1 на БИТ); передвижной рентген аппарат (1 на БИТ); глюкометр (1 на БИТ); набор инструментов и приспособлений для малых хирургических вмешательств (1 на БИТ) блок электрических розеток (не менее 8-и розеток) с заземлением у каждой койки, в том числе и для электропитания энергоемких приборов (рентгеновских аппаратов) (по числу коек).</p> <p>11) осуществление медико-психологической помощи женщинам; 12) оповещение медицинских организаций более высокого уровня регионализации перинатальной помощи и местных органов государственного управления здравоохранением при выявлении в период поступления или нахождения в стационаре у беременной, роженицы, родильницы критического состояния; 13) соблюдение схемы оповещения в случае возникновения критических ситуаций у женщин; 14) транспортировка беременных, родильниц, рожениц в критическом состоянии на третий уровень перинатальной помощи, в областные и республиканские организации здравоохранения осуществляется по решению консилиума врачей с участием специалистов медицинской бригады медицинской авиации после восстановления гемодинамики и стабилизации жизненно важных функций с уведомлением принимающей медицинской организации; 15) при нетранспортабельном состоянии беременных, рожениц, родильниц осуществление вызова квалифицированных специалистов «на себя», оказание комплекса первичной реанимационной помощи при возникновении неотложных состояний, диагностика угрожающих состояний у матери и плода, решение вопроса о родоразрешении, проведение интенсивной и поддерживающей терапии до перевода на более высокий уровень</p>	
Оказание медицинской помощи новорожденным		
18.	<p>Соблюдение следующих требований при организации оказания медицинской помощи новорожденным на стационарном уровне:</p> <p>1) оказание медицинской помощи новорожденным по уровням регионализации перинатальной помощи в зависимости от показаний;</p> <p>2) структура организаций стационаров первого уровня регионализации перинатальной помощи: индивидуальные родильные палаты, отделение для совместного пребывания матери и ребенка, прививочный кабинет, палаты интенсивной терапии для новорожденных, а также предусмотренные штатным расписанием ставка врача по специальности «Педиатрия (неонатология)» и круглосуточный пост неонатальной медицинской сестры;</p> <p>3) в стационарах второго уровня организация палат реанимации и интенсивной терапии новорожденных с полным набором для реанимации, аппаратами искусственной вентиляции легких с различными режимами вентиляции (постоянное положительное давление в дыхательных путях), кувезами, клинико-диагностической лабораторией, а также предусмотренного штатным расписанием круглосуточным постом (врач неонатолог и детская медицинская сестра);</p> <p>4) в стационарах третьего уровня регионализации перинатальной помощи: имеют круглосуточный неонатальный пост, клиническую, биохимическую и бактериологическую лаборатории, отделение реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных, а также отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных совместного пребывания с матерью.</p>	грубое

	<p>организуются отделения интенсивной терапии новорожденных, отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных, оснащенные современным лечебно-диагностическим оборудованием, лекарственными препаратами, круглосуточным постом (врачебный и сестринский), экспресс-лабораторией.</p> <p>5) в стационарах первого уровня больному новорожденному осуществляются следующие мероприятия:</p> <p>первичная реанимационная помощь;</p> <p>интенсивная и поддерживающая терапия;</p> <p>оксигенотерапия;</p> <p>инвазивная или неинвазивная респираторная терапия;</p> <p>фототерапия;</p> <p>лечебная гипотермия;</p> <p>инфузионная терапия и/или парентеральное питание;</p> <p>лечение, согласно утвержденным клиническим протоколам диагностики и лечения.</p> <p>В стационарах второго уровня больному новорожденному осуществляются следующие мероприятия:</p> <p>первичная реанимационная помощь новорожденного и стабилизация состояния, выхаживание недоношенных детей с сроком гестации более 34 недель;</p> <p>катетеризация центральных вен и периферических сосудов;</p> <p>выявление и лечение врожденных пороков, задержки внутриутробного развития, гипогликемии новорожденных, гипербилирубинемии, неонатального сепсиса, поражения центральной нервной системы, респираторного дистресс-синдрома, пневмоторакса, некротического энтероколита и других патологических состояний неонатального периода;</p> <p>проведение интенсивной терапии, включающую коррекцию жизненно важных функций (дыхательной, сердечно-сосудистой, метаболических нарушений), инвазивной и неинвазивной респираторной терапии, инфузионной терапии и парентерального питания;</p> <p>при необходимости оказания высокоспециализированной помощи определяется степень готовности к транспортировке с матерью в организацию родовспоможения третьего уровня или учреждение республиканского значения</p>	
19.	<p>Оказание медицинской помощи новорожденным в медицинских организациях третьего уровня включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) первичную реанимацию новорожденных и уход за новорожденными; 2) проведение интенсивной и поддерживающей терапии: респираторной терапии, катетеризацию центральных вен и периферических сосудов, терапевтической гипотермии, парентерального питания, выхаживание недоношенных детей; 3) диагностику и лечение врожденных пороков, задержки внутриутробного развития плода (малый вес к сроку гестации), гипогликемии новорожденных, неонатального сепсиса, респираторного дистресс-синдрома, гипербилирубинемии, некротического энтероколита, пневмоторакса, бронхолегочной дисплазии, персистирующей легочной гипертензии новорожденных, перинатальных поражений центральной нервной системы и других патологических состояний неонатального периода; 4) проведение интенсивной и поддерживающей терапии, терапевтической гипотермии, парентерального питания; 5) проведение инвазивной и не инвазивной респираторной терапии; 6) выхаживание недоношенных детей; 7) оказание круглосуточной консультативной и лечебно-диагностической помощи специалистам первого и второго уровня регионализации, оказание экстренной и неотложной медицинской помощи с выездом в медицинскую организацию 	грубое
20.	<p>Обеспечение здоровому новорожденному основного ухода, включающий профилактику гипотермии с соблюдением «тепловой цепочки», кожный контакт с матерью или контакт «кожа-к-коже», раннее начало грудного вскармливания в течение первого часа (при наличии признаков готовности младенца), профилактика внутрибольничных инфекций</p>	грубое
21.	<p>Антропометрия здорового новорожденного, его полный осмотр и другие мероприятия через 2 часа после родов</p>	значительное

22.	Оказание неотложной медицинской помощи при выявлении нарушений состояния новорожденного, по показаниям перевод в палату интенсивной терапии или отделение реанимации новорожденных	грубое
23.	В родильной палате наблюдение за матерью и здоровым новорожденным акушером в течение двух часов после рождения: 1) измеряет температуру тела у новорожденного через 15 минут после рождения, затем – каждые 30 минут; 2) наблюдает за частотой сердцебиения и дыхания, характером дыхания (выявление экспираторного стопа, оценка степени втяжения нижних отделов грудной клетки), окраской кожных покровов, активностью сосательного рефлекса, при необходимости определяет сатурацию пульсоксиметром	значительное
24.	Перевод через 2 часа после рождения здорового новорожденного с матерью в отделение совместного пребывания матери и ребенка	значительное
25.	В послеродовом отделении в палатах совместного пребывания матери и ребенка обеспечивается круглосуточное наблюдение медицинского персонала и постоянное участие матери в осуществлении ухода за ребенком, за исключением случаев состояний матери средней и тяжелой степеней тяжести	значительное
26.	Динамическое наблюдение за новорожденным с своевременным выявлением нарушений состояния новорожденного, необходимое обследование, осмотр заведующего отделения, организация консилиума для уточнения тактики ведения. По показаниям оказывается неотложная медицинская помощь, осуществляется перевод в палату интенсивной терапии или отделение реанимации новорожденных	грубое
27.	В палатах совместного пребывания матери и ребенка медицинские работники: 1) консультируют о преимуществах грудного вскармливания, о технике и кратности сцеживания грудного молока ручным способом, проводят визуальную оценку грудного вскармливания для предоставления практической помощи в правильном расположении и прикладывании ребенка к груди матери во избежание таких состояний как трещины сосков или лактостаз; 2) при наличии противопоказаний к грудному вскармливанию обучают мать (родителя или законного представителя) альтернативным методам кормления детей; консультируют родильниц как поддерживать лактацию в случаях отдельного пребывания новорожденных	значительное
28.	Ежедневный осмотр новорожденных врачом-неонатологом, консультация матерей по вопросам ухода, профилактики гипотермии и вакцинации	значительное
29.	При наличии трех и более микроаномалий развития или выявлении врожденной патологии новорожденных организация консультации профильными специалистами, с проведением лечебно-диагностических мероприятий и предоставлением матери рекомендаций по обследованию, лечению и реабилитации	грубое
30.	В случае возникновения неотложных состояний у новорожденного (асфиксия, респираторный дистресс-синдром и другие) стабилизация его состояния и определение степени готовности к транспортировке с матерью в организацию родовспоможения второго или третьего уровней	грубое
31.	Вакцинация новорожденных осуществляется на основании добровольного информированного согласия родителей (матери, отца или законных представителей) на проведение профилактических прививок в соответствии со сроками проведения профилактических прививок в Республике Казахстан.	грубое
32.	Проведение всем новорожденным перед выпиской неонатального скрининга с целью выявления фенилкетонурии, врожденного гипотиреоза и аудиологический скрининг	грубое
33.	При возникновении неотложных состояний у новорожденного врач неонатолог проводит оценку тяжести состояния, стабилизацию, оценивает степень готовности к транспортировке, и организует его перевод с матерью (по согласованию с акушером-гинекологом) в медицинскую организацию второго или третьего уровня	грубое
34.	При подозрении и (или) выявлении у новорожденного острой хирургической патологии, в экстренном порядке проводится консультация врача по специальности «Детская хирургия (неонатальная хирургия)». После стабилизации показателей витальных функций новорожденный переводится в хирургическое отделение другой медицинской организации (детской или многопрофильной больницы) или в неонатальное (или детское) хирургическое отделение при его наличии в структуре медицинской организации родовспоможения для оказания ему соответствующей специализированной медицинской помощи	грубое
35.	Доношенные новорожденные после достижения возраста 28 суток или недоношенные новорожденные, после достижения постконцептуального возраста 42 недели, нуждающиеся в дальнейшем круглосуточном медицинском наблюдении, переводятся в стационар педиатрического профиля	грубое
36.		грубое

	Наличие медицинского оборудования и изделий медицинского назначения для оказания медицинской помощи новорожденным в соответствии со стандартом организации педиатрической помощи в зависимости от уровня регионализации перинатальной помощи	
37.	<p>Наличие медицинского оборудования и изделий медицинского назначения для оснащения автомобиля реанимационной бригады для транспортировки новорожденных:</p> <p>1. оборудование:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кувез (переносной или перевозной); 2) «печка» для обогрева салона автомобиля; 3) термоизолирующая пленка для ребенка; 4) белье для ребенка (одеяло, пеленки, одежда); 5) монитор ЭКГ и артериального давления с набором манжет и датчиков, 6) пульсоксиметр с одноразовыми манжетами; 7) часы с секундной стрелкой; 8) термометр электронный; 8) фонендоскоп. <p>2. Оборудование для респираторной поддержки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кислородный баллон; 2) воздушный компрессор для проведения искусственной вентиляции легких и использования вакуумных средств; 3) дозиметр кислородный для баллонов; 4) аппарат искусственной вентиляции легких портативный с системой увлажнения и обогрева дыхательной смеси; 5) кислородный смеситель; 6) мешок Амбу, объем не более 700 кубических сантиметров; 7) набор масок разных размеров для искусственной вентиляции легких; 8) оральные воздуховоды; 9) система респираторной поддержки N CPAP. <p>3. Оборудование и изделия медицинского назначения для интубации трахеи и санации дыхательных путей:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ларингоскоп с прямыми клинками № 0 и № 1; 2) интубационные трубки (D-диаметр 2,5; 3,0; 3,5; 4,0); 3) электрический или вакуумный отсос, груша одноразовая и набор катетеров для аспирации (№ 5, 6, 8, 10, 12, 14); 4) назогастральный зонд – диаметр 6 миллиметр. <p>4. Оборудование и изделия медицинского назначения для введения лекарственных препаратов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) инфузomat, шприцевый насос (2-3 штуки на аккумуляторах); 2) наборы для катетеризации периферических вен; 3) системы для проведения инфузии; 4) шприцы различных объемов; 5) тройники; 6) иглы-бабочки; 7) хирургические пинцеты, скальпель, ножницы; 8) стерильные перчатки 	грубое
38.	Наличие обязательного патологоанатомического исследования плода и плаценты при прерывании беременности по медицинским показаниям при подозрении на наличие врожденных аномалий развития у плода	грубое
39.	Наличие клинко-патологоанатомического разбора всех случаев материнской и младенческой смерти после завершения всего комплекса патологоанатомических исследований	грубое

2. Критерии по источнику информации «Результаты мониторинга сведений, получаемых из автоматизированных информационных систем»		
1	Наличие материнской смертности	грубое
2	Рост младенческой смертности по сравнению с предыдущим периодом оценки на 5% и более	грубое
3	Наличие случаев послеоперационных осложнений	значительное
4	Наличие случаев роста показателя родовых травм новорожденных по сравнению с предыдущим периодом оценки	значительное
3. Критерии по источнику информации «Количество подтвержденных жалоб и обращений»		
1	Наличие одной и более подтвержденных жалоб и обращений в субъектах (объектах) здравоохранения, оказывающих услуги родовспоможения	грубое

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

Субъективные критерии для проведения профилактического контроля с посещением субъекта контроля с распределением по степени значимости нарушений и источникам информации

№ п/п	Наименование критериев	Степень нарушений
1. Критерии по источнику информации «Результаты предыдущих проверок и профилактического контроля с посещением субъектов (объектов) контроля» (степень тяжести устанавливается при несоблюдении нижеперечисленных требований)		
Критерии для субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь*		
1.	Наличие лицензии и приложений к ней по осуществляемым видам деятельности	грубое
2.	Наличие сертификата специалиста по соответствующей клинической специальности	грубое
3.	Наличие заключения о соответствии субъекта здравоохранения к предоставлению высокотехнологичных медицинских услуг	грубое
4.	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий	значительное
5.	<p>Время пребывания бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП в приемном отделении стационара не превышает 10 минут (время для передачи пациента врачу приемного отделения) с момента ее прибытия в стационар, за исключением случаев необходимости оказания скорой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.</p> <p>После передачи бригадами СМП или отделения СМП при организации ПМСП пациента в приемное отделение стационара медицинская сестра проводит распределение поступающих пациентов (медицинскую сортировку по триаж-системе) на группы, исходя из первоочередности оказания экстренной медицинской помощи. Медицинская сортировка по триаж-системе проводится непрерывно и преемственно. По завершению оценки, пациенты помечаются цветом одной из категорий сортировки, в виде специальной цветной бирки либо цветной ленты.</p> <p>Согласно медицинской сортировке, выделяют 3 группы пациентов:</p> <p>первая группа (красная зона) – пациенты, состояние которых представляет непосредственную угрозу жизни или имеющие высокий риск ухудшения и требующие экстренной медицинской помощи;</p> <p>вторая группа (желтая зона) – пациенты, состояние которых представляет потенциальную угрозу для здоровья или может прогрессировать с развитием ситуации, требующей экстренной медицинской помощи;</p> <p>третья группа (зеленая зона) – пациенты, состояние которых не представляет непосредственной угрозы для жизни и здоровья и не требует госпитализации.</p>	грубое
6.	Госпитализация тяжелого пациента, нуждающегося в постоянном мониторинге жизненно важных функций по медицинским показаниям, по решению консилиума и уведомлению руководителей организаций здравоохранения после стабилизации состояния переводится в другую медицинскую организацию по профилю заболевания для дальнейшего обследования и лечения	значительное
7.	<p>При отсутствии показаний для госпитализации в организацию здравоохранения, врач приемного отделения выдает пациенту медицинское заключение с письменным обоснованием отказа.</p> <p>Медицинской сестрой приемного отделения направляется актив в организацию ПМСП по месту прикрепления пациента</p>	значительное
8.	Наличие показаний для госпитализации:	значительное

	<p>необходимость оказания доврачебной, квалифицированной, специализированной медицинской помощи, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг, с круглосуточным медицинским наблюдением пациентов:</p> <p>1) в плановом порядке – по направлению специалистов ПМСП или другой организации здравоохранения;</p> <p>2) по экстренным показаниям (включая выходные и праздничные дни) - вне зависимости от наличия направления</p>	
9.	<p>Осмотр пациента заведующим отделением тяжелых пациентов в день госпитализации, в последующем – ежедневно. Пациенты, находящиеся в среднетяжелом состоянии, осматриваются не реже одного раза в неделю. Результаты осмотра пациента регистрируются в медицинской карте с указанием рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента с обязательной идентификацией медицинского работника, вносящего записи</p>	значительное
10.	<p>Клинический диагноз устанавливается совместно с заведующим отделением не позднее трех календарных дней со дня госпитализации пациента в организацию здравоохранения</p>	значительное
11.	<p>Ежедневный осмотр пациентов, находящихся в стационаре, лечащим врачом, кроме выходных и праздничных дней. При осмотре и назначении дежурным врачом дополнительных диагностических и лечебных манипуляций проводятся соответствующие записи в медицинской карте</p>	значительное
12.	<p>Соблюдение требований при плановой госпитализации:</p> <p>1) наличие направления на госпитализацию в стационар и талона плановой госпитализации; 2) госпитализация пациента в соответствии с установленной датой плановой госпитализации в направлении;</p> <p>3) наличие проведенных клинико-диагностических (лабораторных, инструментальных и функциональных) исследований и консультаций профильных специалистов соответственно диагнозу</p>	значительное
13.	<p>Наличие консультаций или консилиума при затруднении в идентификации диагноза, неэффективности проводимого лечения, а также при иных показаниях</p>	грубое
14.	<p>Соблюдение критериев при выписке, в частности:</p> <p>1) общепринятые исходы лечения (выздоровление, улучшение, без перемен, смерть, переведен в другую медицинскую организацию);</p> <p>2) письменное заявление пациента или его законного представителя при отсутствии непосредственной опасности для жизни пациента или для окружающих;</p> <p>3) случаи нарушения правил внутреннего распорядка, установленных организацией здравоохранения, а также создание препятствий для лечебно-диагностического процесса, ущемления прав других пациентов на получение надлежащей медицинской помощи (при отсутствии непосредственной угрозы его жизни), о чем делается запись в медицинской карте.</p>	значительное
15.	<p>Наличие выдачи выписного эпикриза пациенту на руки при выписке с указанием полного клинического диагноза, проведенного объема диагностических исследований, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению. Данные по выписке заносятся в информационные системы день в день, с указанием фактического времени выписки.</p>	незначительное
16.	<p>Соблюдение требований к переливанию компонентов крови и в случае развития осложнений:</p> <p>Перед переливанием компонентов крови реципиент обследуется на маркеры гемотрансмиссивных инфекций ВИЧ, гепатиты В и С, а после окончания лечения в выписном эпикризе указывается необходимость повторного обследования на ВИЧ и гепатиты В и С по месту жительства.</p> <p>Обследование реципиентов на наличие ВИЧ-инфекции в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется в государственных организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции</p> <p>В медицинскую карту пациента до начала трансфузионной терапии вносятся сведения, касающиеся трансфузионного и акушерского анамнеза:</p> <p>наличие предшествующих переливаний, когда и в связи с чем;</p> <p>имелись ли посттрансфузионные осложнения, беременности, закончившиеся рождением детей с гемолитической болезнью новорожденного.</p> <p>В случае развития осложнений во время биологической пробы, во время переливания или после него, производится подробная запись (записи) с описанием состояния реципиента, данных мониторинга жизненно важных функций, методов лечения и их эффективности.</p>	грубое

	Проводится немедленный лабораторный контроль крови и мочи реципиента.	
17.	<p>Соблюдение показаний для госпитализации в дневной стационар при амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения и в стационар на дому являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обострение хронических заболеваний, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения; 2) активное плановое оздоровление группы пациентов с хроническими заболеваниями, подлежащими динамическому наблюдению; 3) долечивание пациента на следующий день после курса стационарного лечения по медицинским показаниям; 4) проведение курсов медицинской реабилитации второго и третьего этапа; 5) паллиативная помощь; 6) орфанные заболевания у детей, сопряженных с высоким риском инфекционных осложнений и требующих изоляции в период сезонных вирусных заболеваний, для получения регулярной заместительной ферментативной и антибактериальной терапии. <p>Соблюдений для госпитализации в дневной стационар при круглосуточном стационаре являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) проведение операций и вмешательств со специальной предоперационной подготовкой и реанимационной поддержкой; 2) проведение сложных диагностических исследований, требующих специальной предварительной подготовки, а также не доступных в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения; 3) наблюдение пациентов, лечение которых связано с переливанием препаратов крови, внутривенных вливаний кровезамещающих жидкостей, специфической гипосенсибилизирующей терапии, инъекций сильнодействующих препаратов, внутрисуставных введений лекарственных средств; 4) долечивание на следующий день после стационарного лечения при наличии показаний к ранней выписке после оперативного лечения; 5) паллиативная помощь; 6) химиотерапия, лучевая терапия, коррекция патологических состояний, возникших после проведения специализированного лечения онкологическим пациентам 	значительное
18.	<p>Наличие обследования лиц по клиническим показаниям на ВИЧ-инфекции при выявлении следующих заболеваний, синдромов и симптомов: 1) увеличение двух и более лимфатических узлов длительностью более 1 месяца, персистирующая, генерализованная лимфаденопатия;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) лихорадка неясной этиологии (постоянная или рецидивирующая длительностью более 1 месяца); 3) необъяснимая тяжелая кахексия или выраженные нарушения питания, плохо поддающиеся стандартному лечению (у детей), необъяснимая потеря 10% веса и более; 4) хроническая диарея в течение 14 суток и более (у детей), необъяснимая хроническая диарея длительностью более месяца; 5) себорейный дерматит, зудящая папулезная сыпь (у детей); 6) ангулярный хейлит; 7) рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (синусит, средний отит, фарингит, трахеит, бронхит); 8) опоясывающий лишай; 9) любой диссеминированный эндемический микоз, глубокие микозы (кокцидиоидоз, внелегочный криптококкоз (криптококковый менингит), споротрихоз, аспергиллез, изоспороз, внелегочной гистоплазмоз, стронгилоидоз, актиномикоз); 10) туберкулез легочный и внелегочный, в том числе диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями, кроме туберкулеза периферических лимфоузлов; 11) волосатая лейкоплакия полости рта, линейная эритема десен; 12) тяжелые затяжные рецидивирующие пневмонии и хронические бронхиты, не поддающиеся обычной терапии (кратностью два или более раз в течение года), бессимптомная и клинически выраженная лимфоидная интерстициальная пневмония; 	грубое

	<p>13) сепсис, затяжные и рецидивирующие гнойно-бактериальные заболевания внутренних органов (пневмония, эмпиема плевры, менингит, менингоэнцефалиты, инфекции костей и суставов, гнойный миозит, сальмонеллезная септицемия (кроме <i>Salmonella typhi</i>), стоматиты, гингивиты, периодонтиты);</p> <p>14) пневмоцистная пневмония;</p> <p>15) инфекции, вызванные вирусом простого герпеса, с поражением внутренних органов и хроническим (длительностью более одного месяца с момента заболевания) поражением кожи и слизистых оболочек, в том числе глаз;</p> <p>16) кардиомиопатия;</p> <p>17) нефропатия;</p> <p>18) энцефалопатия неясной этиологии;</p> <p>19) прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия;</p> <p>20) саркома Капоши;</p> <p>21) новообразования, в том числе лимфома (головного мозга) или В-клеточная лимфома;</p> <p>22) токсоплазмоз центральной нервной системы;</p> <p>23) кандидоз пищевода, бронхов, трахеи, легких, слизистых оболочек полости рта и носа;</p> <p>24) диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями;</p> <p>25) кахексия неясной этиологии;</p> <p>26) затяжные рецидивирующие пиодермии, не поддающиеся обычной терапии;</p> <p>27) тяжелые хронические воспалительные заболевания женской половой сферы неясной этиологии;</p> <p>28) инвазивные новообразования женских половых органов;</p> <p>29) мононуклеоз через 3 месяцев от начала заболевания;</p> <p>30) инфекции, передающихся половым путем (сифилис, хламидиоз, трихомоноз, гонорея, генитальный герпес, вирусный папилломатоз и другие) с установленным диагнозом;</p> <p>31) вирусные гепатиты В и С, при подтверждении диагноза;</p> <p>32) обширные сливные кондиломы;</p> <p>33) контагиозный моллюск с обширными высыпаниями, гигантский обезображивающий контагиозный моллюск;</p> <p>34) первичное слабоумие у ранее здоровых лиц;</p> <p>35) больные гемофилией и другими заболеваниями, систематически получающие переливание крови и ее компонентов;</p> <p>36) генерализованная цитомегаловирусная инфекция.</p>	
19.	Наличие договора на оказание платных услуг в организациях здравоохранения	незначительное
20.	<p>Соблюдение следующих требований при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности:</p> <p>1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;</p> <p>2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении (включая дневные стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;</p> <p>3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена;</p> <p>4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня);</p>	значительное

	<p>5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;</p> <p>6) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации;</p> <p>7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;</p> <p>8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.</p>	
21.	<p>Наличие проведения клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:</p> <p>1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям: отсутствие сбора анамнеза; полнота сбора анамнеза; наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус; развитие осложнений вследствие допущенных тактических ошибок при проведении лечебно-диагностических мероприятий из-за некачественного сбора анамнеза;</p> <p>2) полнота и обоснованность проведения диагностических исследований, которые оцениваются по следующим критериям: отсутствие диагностических мероприятий; неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения; проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами; проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола; проведение диагностических исследований, неинформативных для постановки правильного диагноза и приведших к необоснованному увеличению сроков лечения и удорожанию стоимости лечения;</p> <p>3) правильность, своевременность и обоснованность выставленного клинического диагноза с учетом результатов проведенных исследований (при плановой госпитализации учитываются исследования, проведенные и на догоспитальном этапе), которые оцениваются по следующим критериям: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней; не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения; диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром при выделенных осложнениях, не распознаны сопутствующие заболевания, влияющие на исход; диагноз основного заболевания правильный, но не диагностированы сопутствующие заболевания, влияющие на результат лечения.</p> <p>Объективные причины неправильной и (или) несвоевременной диагностики (атипичное течение основного заболевания, бессимптомное течение сопутствующего заболевания, редко встречающиеся осложнения и сопутствующие заболевания) отражаются в результатах экспертизы. Проводится оценка влияния неправильной и (или) несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);</p> <p>4) своевременность и качество консультаций профильных специалистов, которые оцениваются по следующим критериям:</p>	значительное

	<p>отсутствие консультации, приведшее к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, отрицательно повлиявших на исход заболевания;</p> <p>консультация своевременная, принятие во внимание мнения консультанта при постановке диагноза частично повлияло на исход заболевания;</p> <p>консультация своевременная, мнение консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания;</p> <p>мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.</p> <p>В случаях проведения консультаций с опозданием, проводится оценка объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);</p> <p>5) объем, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий, которые оцениваются по следующим критериям:</p> <p>отсутствие лечения при наличии показаний;</p> <p>назначение лечения при отсутствии показаний;</p> <p>назначение малоэффективных лечебных мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний и осложнений;</p> <p>выполнение лечебных мероприятий не в полном объеме, без учета функционального состояния органов и систем, назначения лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;</p> <p>несоблюдение требований Стандартов, необоснованное отклонение от требований клинических протоколов, наличие полипрагмазии, приведшее к развитию нового патологического синдрома и ухудшению состояния пациента;</p> <p>6) отсутствие или развитие осложнений после медицинских вмешательств, оцениваются все возникшие осложнения, в том числе обусловленные оперативными вмешательствами (запоздалое оперативное вмешательство, неадекватный объем и метод, технические дефекты) и диагностическими процедурами;</p> <p>7) достигнутый результат, который оценивается по следующим критериям:</p> <p>достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи);</p> <p>отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований;</p> <p>отсутствие ожидаемого клинического эффекта вследствие проведения малоэффективных лечебных, профилактических мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний, осложнений, назначение лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;</p> <p>наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>8) качество ведения медицинской документации, которое оценивается по наличию, полноте и качеству записей в первичной медицинской документации, предназначенной для записи данных о состоянии здоровья пациентов, отражающих характер, объем и качество оказанной медицинской помощи в соответствии с формой отчетной и учетной документации</p>	
22.	<p>Соблюдение следующих действий при проведении патологоанатомического вскрытия:</p> <p>1) проведение патологоанатомического вскрытия трупов после констатации врачами биологической смерти, после предоставления медицинской карты стационарного больного или медицинской карты амбулаторного больного с письменным распоряжением главного врача или его заместителя по медицинской (лечебной) части организации здравоохранения о направлении на патологоанатомическое вскрытие;</p> <p>2) оформление результатов патологоанатомического вскрытия в виде патологоанатомического диагноза (патологоанатомический диагноз включает: основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание, комбинированное основное заболевание);</p> <p>3) передача медицинской карты стационарного больного или медицинской карты амбулаторного больного с внесенным в нее патологоанатомическим диагнозом в медицинский архив организации здравоохранения не позднее десяти рабочих дней после патологоанатомического вскрытия;</p> <p>4) проведение клинко-патологоанатомического разбора в случаях смерти больных в организациях здравоохранения;</p>	грубое

	<p>5) патологоанатомическое вскрытие при подозрениях на острые инфекционные, онкологические заболевания, патологию детского возраста, летальный исход в связи с медицинскими манипуляциями в целях установления причины смерти и уточнения диагноза заболевания со смертельным исходом;</p> <p>6) организация главным врачом и заведующим патологоанатомического отделения вирусологического (иммунофлюоресцентного) и бактериологического исследования материалов вскрытия трупов в случаях подозрения на инфекционные заболевания;</p> <p>7) передача в патологоанатомическое бюро, централизованное патологоанатомическое бюро и патологоанатомическое отделение медицинских карт стационарных больных на всех умерших за предшествующие сутки не позднее 10 часов утра дня, следующего после установления факта смерти;</p> <p>8) оформление:</p> <ul style="list-style-type: none"> - медицинского свидетельства о смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» в день проведения патологоанатомического вскрытия; - медицинского свидетельства о перинатальной смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» в день проведения патологоанатомического вскрытия; <p>9) оформление результатов вскрытия в виде протокола патологоанатомического исследования; 10) наличие письменного уведомления в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа на судебно-медицинскую экспертизу при обнаружении признаков насильственной смерти и прекращение проведения патологоанатомического исследования трупа;</p> <p>11) наличие письменного извещения врача по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» в случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку, а также экстренное извещение в органы государственной санитарно-эпидемиологической службы, сразу же после их выявления;</p> <p>12) проведение патологоанатомического исследования плаценты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в случае мертворождения; - при всех заболеваниях новорожденных, выявленных в момент рождения; - в случаях, подозрительных на гемолитическую болезнь новорожденных; - при раннем отхождении вод и при грязных водах; - при заболеваниях матери, протекающих с высокой температурой в последний триместр беременности; - при явной аномалии развития или прикрепления плаценты; - при подозрении на наличие врожденных аномалий развития плода; - при случаях преэклампсий, эклампсий <p>13) обязательная регистрация плода массой менее 500 граммов с антропометрическими данными (масса, рост, окружность головы, окружность грудной клетки);</p> <p>14) установление патологоанатомического вскрытия в зависимости от сложности на следующие категории:</p> <ul style="list-style-type: none"> - первая категория; - вторая категория; - третья категория; - четвертая категория; <p>15) установление врачом по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» категории патологоанатомического вскрытия и причины расхождения диагнозов при расхождении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов</p> <p>16) наличие подробного анализа с определением профиля и категорий ятрогении во всех случаях ятрогенной патологии, выявленные в результате патологоанатомического вскрытия</p>	
23.	Наличие письменного заявления супруга (супруги), близких родственников или законных представителей умершего либо письменного волеизъявления, данного лицом при его жизни для выдачи трупа без проведения патологоанатомического вскрытия, при отсутствии подозрения на насильственную смерть	грубое
Критерии для субъектов (объектов), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (первичную медико-санитарную помощь и консультативно-диагностическую помощь)**		

24.	Наличие лицензии и приложений к ней по осуществляемым видам деятельности	грубое
25.	Наличие сертификата специалиста по соответствующей клинической специальности	грубое
26.	Соответствие проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов	значительное
27.	Соблюдение следующих требований при организации и проведении врачебно-консультативной комиссии: 1) наличие приказа руководителя медицинской организации: - о создании врачебно-консультативной комиссии; - о составе, количестве членов (не менее трех врачей), - о порядке и график работы врачебно-консультативной комиссии 2) наличие заключения врачебно-консультативной комиссии	значительное
28.	Соблюдение организациями первичной медико-санитарной помощи общего порядка проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения: 1) наличие списков целевых групп лиц, подлежащих скрининговым осмотрам; 2) обеспечение преемственности с профильными медицинскими организациями для проведения данных осмотров; 3) информируют население о необходимости прохождения скрининговых исследований; 4) внесение данные о прохождении скрининговых исследований в медицинской информационной системе; 5) проведение ежемесячного анализа проведенных скрининговых исследований с предоставлением информации в местные органы государственного управления здравоохранением до 5 числа месяца, следующим за отчетным.	значительное
29.	Соответствие уровней оказания медицинской реабилитации пациентам: 1) первичный уровень – медицинские организации первичной медико-санитарной помощи, имеющие в своей структуре кабинет/отделение реабилитации, дневной стационар и оказывающие медицинскую реабилитацию пациентам, состояние которых оценивается от 1 до 2-х баллов по Шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ); 2) вторичный уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре специализированные отделения и (или) центры, осуществляющие медицинскую реабилитацию в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, оказывающие медицинскую реабилитацию пациентам, состояние которых оценивается от 2-х до 4-х баллов по ШРМ; 3) третичный уровень – специализированные медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую реабилитацию, в том числе с применением высокотехнологичных услуг, в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, пациентам, состояние которых оценивается от 2-х до 4-ти баллов по ШРМ.	значительное
30.	Соответствие оказания противотуберкулезной помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне: 1) проведение информационно-разъяснительной работы по профилактике, раннему выявлению туберкулеза; 2) планирование (формирование списков подлежащих лиц, оформление графика), организацию и проведение флюорографического обследования с оформлением в медицинской документации результатов обследования; 3) планирование (формирование списков подлежащих лиц, оформление графика), организацию и проведение туберкулинодиагностики детей и подростков с оформлением в медицинской документации результатов обследования, проведение дообследования туберкулиноположительных детей); 4) направление на обследование лиц при подозрении на туберкулез по диагностическому алгоритму обследования 5) направление к фтизиатру лиц с положительными результатами флюорографического обследования, детей и подростков с впервые выявленной положительной и гиперергической туберкулиновой пробой, с нарастанием туберкулиновой чувствительности на 6 мм и более, детей с побочными реакциями и осложнениями на прививку против туберкулеза; 6) планирование, организацию и проведение вакцинации против туберкулеза; 7) контролируемое лечение латентной туберкулезной инфекции (далее -ЛТИ) по назначению фтизиатра, в том числе в видеонаблюдаемом режиме; 8) обследование контактных;	грубое

	<p>9) амбулаторное непосредственно-контролируемое или видеонаблюдаемое лечение больных туберкулезом;</p> <p>10) диагностика и лечение побочных реакций на противотуберкулезные препараты по назначению фтизиатра;</p> <p>11) диагностика и лечение сопутствующих заболеваний;</p> <p>12) ведение медицинских карт больных туберкулезом, находящихся на амбулаторном лечении, в том числе туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью;</p> <p>13) регулярное внесение данных в Национальный регистр больных туберкулезом в пределах компетенции</p>	
31.	<p>Соблюдение следующего порядка оказания онкологической помощи в форме амбулаторно-поликлинической помощи:</p> <p>формирование групп лиц с риском развития онкологических заболеваний;</p> <p>осмотр врачом с целью определения состояния пациента и установления диагноза;</p> <p>лабораторное и инструментальное обследование пациента с целью постановки диагноза;</p> <p>динамическое наблюдение за онкологическими больными;</p> <p>отбор и направление на госпитализацию онкологических больных для получения специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичных медицинских услуг;</p> <p>дообследование лиц с подозрением на ЗН с целью верификации диагноза;</p> <p>определение тактики ведения и лечения пациента;</p> <p>проведение амбулаторной противоопухолевой терапии</p>	значительное
32.	<p>Наличие обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям, включая половых партнеров беременных, лиц, обратившихся добровольно и анонимно</p>	значительное
33.	<p>При первом обращении женщины по поводу беременности и при желании сохранить ее, врачу акушер-гинекологу необходимо проведение следующих мероприятий:</p> <p>1) собирает анамнез, выясняет наличие у беременной и родственников заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия, туберкулез, психические расстройства, онкологические заболевания и другие), рождение детей с врожденными пороками развития и наследственными болезнями;</p> <p>2) обращает внимание на перенесенные в детстве и в зрелом возрасте заболевания (соматические и гинекологические), операции, переливания крови и ее компонентов;</p> <p>3) при сборе анамнеза выявляет группу «риска» по врожденной и наследственной патологии для направления к врачу по специальности «Медицинская генетика» (без ультразвукового скрининга и анализа материнских сывороточных маркеров) по следующим показаниям: возраст беременной женщины 37 лет и старше, наличие в анамнезе случаев прерывания беременности по генетическим показаниям и/(или) рождения ребенка с ВПР или хромосомной патологией, наличие в анамнезе случаев рождения ребенка (или наличие родственников) с моногенным наследственным заболеванием, наличие семейного носительства хромосомной или генной мутации, отягощенный акушерский анамнез (мертворождение, привычное невынашивание и другие);</p> <p>4) направляет на забор крови беременных женщин для анализа материнских сывороточных маркеров в первом триместре беременности и назначает ультразвуковой скрининг в первом, втором и третьем триместрах беременности;</p> <p>5) изучает особенности репродуктивной функции;</p> <p>6) уточняет состояние здоровья супруга, группу крови и резус принадлежность;</p> <p>7) изучает характер производства, где работают супруги, вредные привычки;</p> <p>8) осуществляет раннюю постановку на учет беременных до 12 недель и регистрацию в день выявления беременности для своевременного обследования;</p> <p>9) выясняет наличие противопоказаний к вынашиванию беременности;</p> <p>10) использует возможность получения информации из регистра беременных и ЖФВ о течении предыдущих беременностей и ранее выявленных соматических заболеваниях.</p> <p>11) составляет предварительный план ведения с учетом выявленных факторов</p>	значительное
34.	<p>Врач акушер-гинеколог оказывает и организует акушерско-гинекологическую помощь женщинам при беременности, после родов, предоставляет услуги по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья, а также профилактику, диагностику и лечение гинекологических заболеваний репродуктивной системы путем:</p>	грубое

	<p>1) диспансерного наблюдения беременных в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода с выделением женщин «по факторам риска»;</p> <p>2) проведения пренатального скрининга - комплексного обследования беременных женщин с целью выявления группы риска по хромосомной патологии и врожденным порокам развития (далее – ВПР) внутриутробного плода;</p> <p>3) выявления беременных, нуждающихся в своевременной госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности медицинских организаций стационарного уровня, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, профильные медицинские организации с экстрагенитальной патологией, с соблюдением принципов регионализации перинатальной помощи;</p> <p>4) направления беременных, рожениц и родильниц для получения специализированной помощи с медицинским наблюдением, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг в медицинские организации республиканского уровня;</p> <p>5) проведения дородового обучения беременных по подготовке к родам, в том числе к партнерским родам, информирование беременных о тревожных признаках, об эффективных перинатальных технологиях, принципах безопасного материнства, грудного вскармливания и перинатального ухода;</p> <p>6) проведения патронажа беременных и родильниц по показаниям;</p> <p>7) консультирования и оказания услуг по вопросам планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья;</p> <p>8) профилактики и выявления инфекций, передаваемых половым путем для направления к профильным специалистам;</p> <p>9) обследования женщин фертильного возраста с назначением, при необходимости углубленного обследования с использованием дополнительных методов и привлечением профильных специалистов для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия их на диспансерный учет;</p> <p>10) по результатам обследования женщина включается в группу динамического наблюдения женщин фертильного возраста в зависимости от состояния репродуктивного и соматического здоровья для своевременной подготовки к планируемой беременности с целью улучшения исходов беременности для матери и ребенка;</p> <p>11) организации и проведения профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления экстрагенитальных заболеваний;</p> <p>12) обследования и лечения гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий;</p> <p>13) выявления и обследования гинекологических больных для подготовки к госпитализации в специализированные медицинские организации; 14) диспансеризации гинекологических больных, включая реабилитацию и санаторно-курортное лечение;</p> <p>15) выполнения малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий;</p> <p>16) обеспечения преемственности взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных;</p> <p>17) проведения экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам и гинекологическим заболеваниям, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направления в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности</p>	
35.	Дополнительные данные последующих осмотров и исследований фиксируются в Индивидуальной карте беременной и родильницы и Обменная карта беременной и родильницы при каждом посещении беременной врача акушера-гинеколога	значительное
36.	Патронаж на дому акушеркой или патронажной медицинской сестрой беременных женщин, не явившихся на прием в течение 3 дней после назначенной даты	значительное
37.	Наличие заключения врачебно-консультативной комиссии о возможном вынашивании беременности у женщин с противопоказаниями к беременности по экстрагенитальной патологии	значительное
38.	Наличие договора на оказание платных услуг в организациях здравоохранения	незначительное
39.	Соблюдение медицинской сестрой медицинского пункта организации образования следующих требований:	

	<p>1) наличие единого списка обучающихся в организациях образования;</p> <p>2) наличие списка обучающихся (целевых групп), подлежащих скрининговым осмотрам;</p> <p>3) организация и проведение иммунопрофилактики с последующим поствакцинальным наблюдением за привитым;</p> <p>4) ведение контроля за соблюдением сроков прохождения обязательных медицинских осмотров всех сотрудников школы и работников пищеблока;</p> <p>5) ведение учетно-отчетной документации</p>	значительное
40.	<p>Соблюдение следующих мероприятий при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности:</p> <p>1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;</p> <p>2) соблюдение сроков выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности:</p> <ul style="list-style-type: none"> - при заболеваниях и травмах единолично и одновременно на три календарных дня и с общей продолжительностью не более шести календарных дней; - в период повышенной заболеваемости населения гриппом, острой респираторной вирусной инфекции на основании приказа руководителя медицинской организации до шести календарных дней; <p>3) совместное проведение продления листа и справки о временной нетрудоспособности свыше шести календарных дней с заведующим отделением медицинской организации общей продолжительностью не более двадцати календарных дней;</p> <p>4) наличие заключения врачебно-консультативной комиссии при продлении листа о временной нетрудоспособности свыше двадцати календарных дней;</p> <p>5) соблюдение сроков (не более шести календарных дней) при выдаче листа и справки о временной нетрудоспособности физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой;</p> <p>6) выдача листа и справки о временной нетрудоспособности на основании справки, подтверждающей обращение в травматологический пункт и станцию скорой медицинской помощи с зачетом дня обращения и последующих за ним выходных и праздничных дней;</p> <p>7) выдача листа и справки о временной нетрудоспособности иногородним лицам по месту их временного пребывания по согласованию с руководителем соответствующей медицинской организации. В случае продления указанного листа и справки о временной нетрудоспособности производится в медицинской организации по месту прикрепления лица при наличии заключения врачебно-консультативной комиссии медицинской организации, открывшей лист и справку о временной нетрудоспособности;</p> <p>8) учет выданных листов о временной нетрудоспособности производится в книге регистрации листов временной нетрудоспособности</p>	значительное
41.	<p>Соблюдение следующих требований при выдаче листа и справки о временной нетрудоспособности по беременности и родам:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается медицинским работником (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии - врачом, совместно с заведующим отделением после заключения ВКК с тридцати недель беременности на срок продолжительностью сто двадцать шесть календарных дней (семьдесят календарных дней до родов и пятьдесят шесть календарных дней после родов) при нормальных родах. <p>Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, лист или справка о нетрудоспособности по беременности и родам выдается с двадцати семи недель продолжительностью сто семьдесят календарных дней (девяносто один календарный день до родов и семьдесят девять календарных дней после родов) при нормальных родах;</p> <p>2) женщинам, временно выехавшим с постоянного места жительства в пределах Республики Казахстан, лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается (продлевается) в медицинской организации, где произошли роды или в женской консультации (кабинете) по месту наблюдения согласно выписке (обменной карты) родовспомогательной организации</p> <p>3) в случае осложненных родов, рождении двух и более детей, лист или справка о временной нетрудоспособности продлевается дополнительно на четырнадцать календарных дней медицинским работником (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии - врачом, совместно с заведующим отделением после заключе-</p>	значительное

	<p>ния ВКК по месту наблюдения согласно выписке родовспомогательной организации здравоохранения. В этих случаях общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет сто сорок календарных дней (семьдесят календарных дней до родов и семьдесят календарных дней после родов).</p> <p>Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае осложненных родов, рождении двух и более детей, лист или справка о временной нетрудоспособности продлевается дополнительно на четырнадцать календарных дней, общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет сто восемьдесят четыре дня (девяносто один календарный день до родов и девяносто три календарных дня после родов);</p> <p>4) в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, прожившего более семи суток, женщине выдается лист или справка о нетрудоспособности по факту родов на семьдесят календарных дней после родов.</p> <p>В случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения мертвого плода или ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, умершего до семи суток жизни, женщине выдается лист или справка о временной нетрудоспособности по факту родов на пятьдесят шесть календарных дней после родов;</p> <p>5) женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, прожившего более семи суток, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается на девяносто три календарных дня после родов.</p> <p>Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения мертвого плода или ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, умершего до семи суток жизни, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается на семьдесят девять календарных дней после родов;</p> <p>6) при обращении женщины в период беременности за листом временной нетрудоспособности отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставляется полностью независимо от числа дней, фактически использованных ею до родов.</p> <p>При обращении женщины в период после родов за листом временной нетрудоспособности предоставляется только отпуск после родов продолжительностью, предусмотренной настоящим пунктом;</p> <p>7) при наступлении беременности в период нахождения женщины в оплачиваемом ежегодном трудовом отпуске или отпуске без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им трех лет, лист о временной нетрудоспособности выдается на все дни отпуска по беременности и родам, за исключением случаев, предусмотренных частью второй подпункта 6) настоящего пункта;</p> <p>8) в случае смерти матери при родах или в послеродовом периоде, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается лицу, осуществляющему уход за новорожденным;</p> <p>9) при операции по искусственному прерыванию беременности, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается врачом совместно с заведующим отделением на время пребывания в стационаре и амбулаторно-поликлиническом уровне, где производилась операция, а в случае осложнения - на весь период временной нетрудоспособности.</p> <p>При самопроизвольном аборте (выкидыше) выдается лист или справка о временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности;</p> <p>10) при проведении операции пересадки эмбриона лист или справка о временной нетрудоспособности выдается медицинской организацией, проводившей операцию, со дня подсадки эмбриона до факта установления беременности.</p> <p>Лицам, усыновившим (удочерившим) новорожденного ребенка (детей), а также биологической матери при суррогатном материнстве непосредственно из родильного дома лист или справка о временной нетрудоспособности выдается, со дня усыновления (удочерения) и до истечения пятидесяти шести календарных дней со дня рождения ребенка</p>	
42.	<p>Наличие проведения клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:</p> <p>1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям:</p> <p>отсутствие сбора анамнеза;</p> <p>полнота сбора анамнеза;</p>	значительное

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

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

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

отсутствие диагностических мероприятий;

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

проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;

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

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

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

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

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

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

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

Объективные причины неправильной и (или) несвоевременной диагностики (атипичное течение основного заболевания, бессимптомное течение сопутствующего заболевания, редко встречающиеся осложнения и сопутствующие заболевания) отражаются в результатах экспертизы. Проводится оценка влияния неправильной и (или) несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

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

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

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

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

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

	<p>несоблюдение требований Стандартов, необоснованное отклонение от требований клинических протоколов, наличие полипрагмазии, приведшее к развитию нового патологического синдрома и ухудшению состояния пациента;</p> <p>б) отсутствие или развитие осложнений после медицинских вмешательств, оцениваются все возникшие осложнения, в том числе обусловленные оперативными вмешательствами (запоздалое оперативное вмешательство, неадекватный объем и метод, технические дефекты) и диагностическими процедурами;</p> <p>7) достигнутый результат, который оценивается по следующим критериям:</p> <p>достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи);</p> <p>отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований;</p> <p>отсутствие ожидаемого клинического эффекта вследствие проведения малоэффективных лечебных, профилактических мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний, осложнений, назначение лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;</p> <p>наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>8) качество ведения медицинской документации, которое оценивается по наличию, полноте и качеству записей в первичной медицинской документации, предназначенной для записи данных о состоянии здоровья пациентов, отражающих характер, объем и качество оказанной медицинской помощи в соответствии с формой отчетной и учетной документации в области здравоохранения</p>	
Критерии для субъектов (объектов), оказывающих кардиологическую, кардиохирургическую помощь***		
43.	<p>Наличие определения при госпитализации в плановом порядке показателей:</p> <ul style="list-style-type: none"> - суточного мониторинга электрокардиограммы; - эргометрического исследования (стресс-тесты, спироэргометрия) на базе тредмила и/или велоэргометра; - электрофизиологического исследования; - суточного мониторинга артериального давления; - катетеризации полостей сердца с ангиокардиографией в условиях кабинета внутрисердечных исследований; - компьютерной и магнитно-резонансной томографии 	значительное
44.	<p>Наличие проведения в неотложном (круглосуточно, в том числе в выходные и праздничные дни) порядке, в частности:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лабораторных исследований, необходимых для оценки функционального состояния органов и систем в до- и послеоперационный период; - электрокардиограммы и ее анализ; - эхокардиографии; - гастродуоденоскопии; - бронхоскопии; - ультразвукового исследования сосудов; - катетеризации полостей сердца с ангиокардиографией; - микроультрафильтрации и диализа; - альбуминового диализа (с использованием молекулярной адсорбирующей рециркулирующей системы); - экстракорпоральной мембранной оксигенации; - внутриартериальной контрпульсации; - установки электрокардиостимулятора; - рентгенэндоваскулярных методов лечения. 	значительное
45.	<p>Наличие минимального перечня оборудования для отделения кардиологии (взрослого или детского), в частности:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кровать функциональная (50 % от коечной мощности отделения); - электрокардиограф (2 комплекта); 	значительное

	<ul style="list-style-type: none"> - дефибрилятор; - портативный аппарат для ультразвукового исследования сердца и сосудов; - централизованная подача кислорода к каждой койке; - система экстренного оповещения (сигнализации) из палат от каждой койки на пост медицинской сестры; - блок электрических розеток: не менее 2-х розеток с заземлением у каждой койки и 4-х розеток в палате (1 дозатор на 1 койку); - автоматический дозатор лекарственных веществ шприцевой; - инфузomat (1 прибор на 1 койку); - тонометры для измерения артериального давления (3 штуки); - глюкометр; - небулайзер; - суточный монитор ЭКГ (3 штуки); - суточный монитор АД (3 штуки); - стресс-система (велoэргометр или тредмил); - медицинские весы и ростомер; - мобильный (переносной) набор для проведения реанимационных мероприятий 	
46.	<p>Наличие минимального перечня оборудования для блока интенсивной терапии:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кровать функциональная (по числу коек); - матрас противопролежневый (1 на 3 койки); - прикроватный кардиомонитор (по числу коек); - электрокардиограф портативный (1 на 6 коек); - электрокардиостимулятор (1 на 6 коек); - портативный аппарат для ультразвукового исследования сердца и сосудов (1 на 9 коек); - аппарат для вспомогательного кровообращения (внутриартериальной баллонной контрпульсации) (1 на 9 коек); - централизованная система подводки кислорода к каждой кровати (по числу коек); - электроотсасыватель хирургический с бактериальным фильтром (1 на 3 койки); - дефибрилятор бифазный с функцией синхронизации (1 на 3 койки); - аппарат для искусственной вентиляции легких (1 на 6 коек); - портативный дыхательный аппарат для транспортировки (1 на БИТ); - набор для интубации трахеи (2 на БИТ); - набор для катетеризации магистральных сосудов (100 наборов); - автоматический дозатор лекарственных веществ шприцевой (2 на 1 койку); - инфузomat (1 на 1 койку); - тонометр прикроватный для измерения артериального давления (по числу коек); - мобильный (переносной) набор для проведения реанимационных мероприятий в других отделениях (1 на БИТ); - передвижной рентген аппарат (1 на БИТ); - глюкометр (1 на БИТ); - набор инструментов и приспособлений для малых хирургических вмешательств (1 на БИТ); - блок электрических розеток (не менее 8-и розеток) с заземлением у каждой койки, в том числе и для электропитания энергоемких приборов (рентгеновских аппаратов) (по числу коек). 	значительное
47.	<p>Наличие минимального перечня оборудования для отделения интервенционной кардиологии, в частности:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ангиограф (2 комплекта); - электрофизиологическая станция (далее - ЭФ-станция); 	значительное

	<ul style="list-style-type: none"> - электрокардиостимулятор, совмещенный с ЭФ-станцией; - радиочастотный деструктор, совмещенный с ЭФ-станцией; - картирующая система для построения карты распространения импульса; - ирригационный насос для проведения холодовой абляции; - электрокоагулятор; - передвижная операционная лампа; - аппарат для проведения чреспищеводной электрокардиостимуляции; - кровать функциональная (по числу коек); - кардиомонитор прикроватный (по числу коек); - электрокардиограф (2 комплекта); - портативный электрокардиограф (1 на 6 коек); - аппаратура для исследования основных показателей гемодинамики (не менее 1 комплекта на 6 коек); - портативный аппарат для ультразвукового исследования сердца и сосудов; - электрокардиостимулятор (не менее 1 на 3 койки); - аппарат для вспомогательного кровообращения (внутриаортальной баллонной контрпульсации) (2 комплекта); - централизованная система подводки кислорода к каждой кровати (по числу коек); - электроотсасыватель хирургический с бактериальным фильтром (2 шт.); - дефибрилятор бифазный с функцией синхронизации (3 шт.); - аппарат для искусственной вентиляции легких (2 комплекта); - аппарат для проведения спонтанного дыхания; - портативный дыхательный аппарат для транспортировки; - набор для интубации трахеи (2 шт.); - набор для катетеризации магистральных сосудов однократного пользования (100 наборов); - автоматический дозатор лекарственных веществ шприцевой (2 на 1 койку); - инфузомат (1 на 1 койку); - мобильный (переносной) набор для проведения реанимационных мероприятий в других отделениях; - передвижной рентгеновский аппарат; - глюкометр; - набор инструментов и приспособлений для малых хирургических вмешательств; - блок электрических розеток (не менее 8-и розеток) с заземлением у каждой койки, в том числе и для электропитания энергоемких приборов (рентгеновских аппаратов) (по числу коек); - аппаратура связи с бригадами машин скорой медицинской помощи 	
48.	<p>Наличие минимального перечня оборудования для кардиохирургического отделения (взрослое, детское):</p> <ul style="list-style-type: none"> - кровать функциональная (20 шт.); - реанимационный стол для новорожденных с подогревом (3 шт.); - кювез для новорожденных (3 шт.); - лампа для фототерапии новорожденных; - кровать для детей раннего детского возраста с защитной решеткой (7 шт.); - централизованная подводка кислорода (по количеству коек); - стационарные или переносные приборы для стерилизации помещения (2 комплекта); - штатив (инфузионная стойка) (20 шт.); - дефибрилятор бифазный с функцией синхронизации (2 комплекта); - электрокардиограф 12 канальный (2 шт.); - портативный стерилизатор бутылочек для детского питания; 	значительное

- электрокардиостимулятор (2 шт.);
 - стационарный или портативный аппарат для ультразвукового исследования сердца и сосудов;
 - кардиомонитор с наличием 5-ти канальной электрокардиографии (3 комплекта);
 - портативный пульсоксиметр (2 шт.);
 - весы напольные (взрослые, детские);
 - детские весы электронные;
 - ультразвуковой ингалятор (небулайзер) (6 шт.);
 - перфузор (1 на койку);
 - инфузомат (5 шт);
 - мобильный переносной набор для проведения реанимационных мероприятий в других отделениях;
 - набор инструментов и приспособлений для экстренных и малых хирургических вмешательств (1 набор);
 - негатоскоп на 2 снимка (2 шт.);
 - набор интубационных трубок.
- для операционного отделения:
- операционный стол функциональный (2 комплекта);
 - оборудование для создания ламинарного потока воздуха в операционной;
 - кондиционер воздуха;
 - столик операционной сестры рабочий на колесиках (2 комплекта);
 - операционный светильник (стационарный, бестеневой) (2 шт.);
 - набор инструментов для сердечно-сосудистой хирургии (на 2 смежные операционные) (3 комплекта);
 - набор инструментов для коронарной хирургии (2 комплекта);
 - осветитель налобный (2 шт.);
 - пила стернотомическая (на 2 смежные операционные) (3 шт.);
 - пила стернотомическая осцилляционная;
 - облучатель-рециркулятор воздуха ультрафиолетовый;
 - дефибрилятор-монитор;
 - аппарат для проведения эхокардиографии;
 - датчик чрезпищеводный;
 - датчик чрезпищеводный детский;
 - датчик чрезпищеводный неонатальный;
 - льдогенератор;
 - термостат;
 - электрокоагулятор хирургический (2 шт.);
 - анализатор кислотно-основного равновесия с определением электролитов;
 - аспиратор (отсос) хирургический (4 шт.);
 - операционный монитор (1+1);
 - наркозно-дыхательный аппарат для пациентов от 0,5 кг с мониторингом;
 - электрокардиостимулятор наружный временный (2 комплект);
 - датчики для операционных мониторов (12 шт.);
 - детские датчики для операционных мониторов (12 шт.);
 - перфузор (шприцевой дозатор) (6 шт.);
 - устройство для нагнетания растворов под давлением (3 комплекта);
 - анестезиологический столик (2 шт.);
 - аппарат для интродооперационной оценки качества кровотока в шунтах методом транзитного времени потока (1 (по требованию)).

49.	Наличие минимального перечня оборудования для проведения искусственного кровообращения: - аппарат искусственного кровообращения; - смеситель газовый; - терморегулирующее устройство с двумя контурами циркуляции; - аппарат для аутогемотрансфузии (гемосепаратор); - портативный аппарат для измерения активированного времени свертывания; - аппарат для проведения экстракорпоральной мембранной оксигенации; - стол медицинской сестры; - бронхоскоп	значительное
50.	Наличие минимального перечня оборудования для организации здравоохранения, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь населению, в структуре которого имеется кардиологический кабинет, в частности: - электрокардиограф 12-канальный (3 шт.); - электрокардиограф 6-канальный (портативный); - тредмил-система; - холтер-монитор ЭКГ 3-канальный, 2-канальный 1 установка+10 регистраторов; - дефибриллятор бифазный (2 шт.); - суточный монитор артериального давления (1 установка+10 регистраторов); - УЗИ-аппарат с 4В в реальном времени с кардиологическим, брюшным, сосудистым датчиками; - УЗИ-аппарат с 4В в реальном времени с кардиологическим датчиком, портативный (2 шт.); - спирометр (2 шт.); - тонометр; - фонендоскоп; - глюкометр (все кабинеты доврачебного контроля); - липидометр (все кабинеты доврачебного контроля); - коагулек для определения международного нормализованного отношения (все кабинеты доврачебного контроля); - сантиметровая лента для измерения объема талии	значительное
51.	Наличие оценки сложности оперативных вмешательств при врожденных пороках сердца по Базовой шкала Аристотеля и эффективности операций в кардиохирургическом отделении	значительное
52.	Наличие отделения восстановительного лечения и реабилитации	значительное
53.	Наличие кардиологического кабинета в структуре организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь населению (района, города, области, республики) и организаций, оказывающих стационарную помощь	значительное
54.	Наличие при невозможности установления диагноза ССЗ в организации ПМСП, направления пациента на консультацию в клинику-диагностический центр для оказания КДП с проведением при необходимости консилиума, с привлечением профильных специалистов, в том числе консультантов из медицинских организаций республиканского уровня.	значительное
55.	Наличие оказания КДП пациенту с ССЗ профильным специалистом по направлению специалиста ПМСП или другого профильного специалиста	значительное
56.	Наличие заключения на оформление документов для направления на медико-социальную экспертизу при наличии высоких показателей артериального давления (кризовое течение), аритмии различного генеза, учащения приступов стенокардии и нарастания симптомов сердечной недостаточности, выдачи и продлевания листа или справки временной утраты трудоспособности, а при стойкой утрате трудоспособности (состояние после перенесенного инфаркта миокарда, аорто-коронарного шунтирования, застойной сердечной недостаточности)	значительное
57.		

	Наличие осмотра пациента врачом в приемном отделении стационара с заполнением карты стационарного больного, при наличии письменного согласия пациента или его законного представителя на предоставление ему медицинской помощи	значительное
58.	Наличие, при госпитализации на стационарном уровне: 1) первичного осмотра врачом пациента с целью определения его состояния и установления предварительного диагноза; 2) проведения лечебно-диагностических неинвазивных методов тестирования для снижения риска инвазивных исследований; 3) подбора и назначения лечения; 4) проведения при необходимости консультаций специалистов другого профиля	значительное
59.	При экстренных состояниях, установление основного диагноза в течении 24 часов с момента поступления пациента в стационар на основании данных клинико-anamnestического обследования, результатов инструментальных и лабораторных методов исследования и заносится в медицинскую карту стационарного больного	значительное
60.	Наличие выдачи выписного эпикриза пациенту при выписке с указанием полного клинического диагноза, проведенного объема диагностических исследований, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению. Данные по выписке заносятся в информационные системы день в день, с указанием фактического времени выписки	значительное
61.	Соответствие оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и (или) острым инфарктом миокарда осуществляется по уровням регионализации: 1) на первом уровне оказание медицинской помощи организациями скорой медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи, а также организациями, оказывающими стационарную помощь без возможности проведения чрескожных коронарных вмешательств пациентам с острым коронарным синдромом или острым инфарктом миокарда; 2) на втором уровне - организациями, оказывающими стационарную помощь с возможностью проведения чрескожных коронарных вмешательств без кардиохирургического отделения; 3) на третьем уровне - организациями, оказывающими стационарную помощь и республиканскими медицинскими организациями, с наличием кардиохирургического отделения	грубое
Критерии для субъектов (объектов), оказывающих гемодиализную помощь***		
62.	Наличие у пациентов решения Комиссии по отбору пациентов на заместительную почечную терапию на основании заключения врача-нефролога поликлиники	грубое
63.	Соблюдение отделением (центром) проведения внепочечного очищения крови с ежедневным двухсменным использованием гемодиализной аппаратуры при пропускной способности одного гемодиализного места не менее 624 (2496 часов/год) сеансов гемодиализа в год (12 часов в неделю на одного пациента) по календарным дням	грубое
64.	Наличие возможности отделения (центра) оказывать неотложные реанимационные мероприятий и лабораторный контроль качества диализной терапии путем биохимических исследований воды для гемодиализа во время диализа и в междиализном периоде	грубое
65.	Наличие предоставления в отделении (центре) питания амбулаторным пациентам после проведения сеанса гемодиализа в пределах установленного тарифа на проведение сеанса гемодиализа	грубое
66.	Обеспечение транспортировки пациентов для проведения сеанса гемодиализа в пределах установленного тарифа на проведение сеанса гемодиализа	значительное
67.	Соответствие критериям для отбора и начала заместительной почечной терапии, в частности: 1) мочевины сыворотки крови свыше 30 ммоль/л и/или снижение скорости клубочковой фильтрации (далее – СКФ) ниже 10 мл/мин /1,73м ² (у больных сахарным диабетом ниже 20 мл/мин/1,73м ²), рассчитанная по формуле MDRD/ CKD-EPI; 2) СКФ (мл/мин/1,73м ²) = 186 x (креатинин плазмы) -1,154 x (возраст) - 0,203 x (0,742 – для женщин); 3) снижение стандартного бикарбоната ниже 20 ммоль/л и/или дефицита буферных оснований меньше – 10 ммоль/л; 4) гиперкалиемия – свыше 6,5 ммоль/л.	грубое
68.	Соответствие показаниям для экстренного проведения внепочечного очищения крови у пациентов с острой почечной недостаточностью:	грубое

	<p>1) ренальная острая почечная недостаточность с гиперкатаболизмом (прирост мочевины в сутки более 5 ммоль/л, креатинина – более 88 - 177, калия – более 0,5 ммоль/л);</p> <p>2) олигурия (диурез < 0,3 мл/кг/ч за 24 часа) или анурия в течение 12 часов и более и/или повышение креатинина сыворотки крови в 3 раза выше нормы (снижение СКФ более чем на 75% от исходной) и/или повышение мочевины крови более 30 ммоль/л);</p> <p>3) неконтролируемые гиперкалиемия (более 6,0 ммоль/л), гипернатриемия, гипонатриемия;</p> <p>4) отек легких, резистентный к диуретикам;</p> <p>5) метаболический ацидоз со снижением pH артериальной крови < 7,2;</p> <p>6) уремический перикардит/ уремическая энцефалопатия.</p>	
69.	<p>Соответствие материально-технического оснащения диализных залов, в частности:</p> <ul style="list-style-type: none"> - наличие: аппарата «Искусственная почка»; - систему очистки водопроводной воды; - наличие врача-нефролога и медицинской сестры обученной по гемодиализу на один диализный зал 	грубое
70.	<p>Соответствие аппарата гемодиализа стандартам и сертификатам качества, с достаточным ресурсом и производительностью, предусмотренными страной-производителем</p>	грубое
71.	<p>Наличие минимального перечня оснащения диализных залов, в частности:</p> <ul style="list-style-type: none"> - аппараты гемодиализа – 2 шт.; - мобильные кровати – 2 шт.; - стол для врача – 1 шт.; - стол для медицинской сестры – 1 шт.; - стул – 2 шт.; - стол для медикаментов – 1 шт.; - штатив для длительных инфузионных вливаний – 2 шт.; - шкаф для медикаментов – 1 шт.; - холодильник медицинский – 1 шт.; - аптечка первой помощи – 1 шт.; - электрокардиограф многоканальный – 1 шт.; - дефибрилятор – 1 шт.; - набор для трахеостомии – 1 шт.; - аппарат дыхательный – 1 шт.; - термометр медицинский – 1 шт.; - фонендоскоп – 1 шт.; - измеритель артериального давления – 1 шт.; - облучатель-рециркулятор воздуха ультрафиолетовый – 1 шт.; - весы медицинские – 1 шт. 	грубое
72.	<p>Соблюдение алгоритма проведения процедуры гемодиализа:</p> <ul style="list-style-type: none"> - подготовка аппарата «искусственная почка» к работе: тестирование и проверка аппаратов АИП с контролем ионного состава диализирующего раствора на иономере; - подготовка рабочего места медицинской сестры диализного зала: раскладка стерильных упаковок, приготовление фистульных игл, диализатора, растворов для заполнения магистралей и диализатора; - сборка экстракорпорального контура (кровопроводящих магистралей, диализатора) с установкой на аппарат «искусственная почка»; - заполнение и промывка экстракорпорального контура физиологическим раствором с антикоагулянтом; - подготовка пациента: взвешивание на электронных весах с регистрацией величины междиализной прибавки веса в карте диализа, обработка кожной поверхности дезинфектантами в месте пункции сосудистого доступа; 	грубое

	<ul style="list-style-type: none"> - подключение пациента к аппарату «искусственная почка»; - установка скорости кровотока на аппарате «искусственная почка»; - контроль за артериальным давлением крови, частотой сердечных сокращений и ритмичностью пульса не реже 1 раза в час, с почасовой регистрацией результатов в карте диализа; - контроль корректности объема ультрафильтрации (в конце диализа), с регистрацией результатов в карте диализа; - контроль положения фистульных игл в артериовенозной фистулы (постоянно); - контроль показаний датчиков венозного и артериального давления (постоянно); - контроль за антикоагуляцией (постоянно визуально); - контроль ионного состава крови во время процедуры (по показаниям); - по окончании времени процедуры: остановка насоса по крови, извлечение фистульных игл из сосудистого доступа, контроль остановки кровотечения из мест пункций, окончательная остановка кровотечения, перевязка фистульной конечности стерильным перевязочным материалом; - контрольное взвешивание пациента на электронных весах с регистрацией результатов в карте диализа; - холодная промывка аппарата, горячая дезинфекция; - транспортировка использованного расходного материала для утилизации 	
Критерии для субъектов (объектов), оказывающих стоматологическую помощь***		
73.	<p>Соблюдение следующих требований при организации стоматологической помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) привлечение врачей смежных специальностей для оказания консультативной помощи при наличии сопутствующей патологии у пациентов со стоматологическими заболеваниями (по медицинским показаниям); 2) направление пациентов со стоматологическими заболеваниями в челюстно-лицевые отделения многопрофильных стационаров в случаях, требующих оказания специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг с круглосуточным медицинским наблюдением; 3) наличие консультативно-диагностического заключения с указанием результатов проведенного обследования и лечения, а также рекомендации по дальнейшему лечению пациента со стоматологическими заболеваниями; 4) предоставление стоматологической медицинской помощи пациенту после получения информированного его согласия по утвержденной форме письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах; 5) соблюдение показаний для экстренной госпитализации: <ul style="list-style-type: none"> - острые или обострение хронических одонтогенных и неодонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области; - травмы челюстно-лицевой области; - кровотечения челюстно-лицевой области; 6) соблюдения показания для плановой госпитализации пациента со стоматологическими заболеваниями: <ul style="list-style-type: none"> - уточнения диагноза в неясных и сложных для диагностики и лечения случаях и подбора необходимой схемы лечения; - лечения хронических заболеваний органов полости рта и челюстно-лицевой области в стадии обострения; - хирургического лечения доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний; - лечения травм и гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области; - хирургического лечения дефектов и деформаций челюстно-лицевой области; - хирургического лечения врожденной патологии челюстно-лицевой области. 	грубое
74.	Наличие договора на оказание платных услуг в организациях здравоохранения	незначительное
75.	Соблюдение клинико-диагностических исследований по уровням оказания стоматологической помощи	значительное
Критерии для субъектов (объектов), оказывающих фтизиатрическую помощь***		
Оказание противотуберкулезной помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне		

76.	<p>Осуществление специалистами ПМСП следующих мероприятий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) проведение информационно-разъяснительной работы по профилактике, раннему выявлению туберкулеза; 2) планирование (формирование списков подлежащих лиц, оформление графика), организацию и проведение флюорографического обследования с оформлением в медицинской документации результатов обследования; 3) планирование (формирование списков подлежащих лиц, оформление графика), организацию и проведение туберкулинодиагностики детей и подростков с оформлением в медицинской документации результатов обследования, проведение дообследования туберкулиноположительных детей); 4) направление на обследование лиц при подозрении на туберкулез по диагностическому алгоритму обследования; 5) направление к фтизиатру лиц с положительными результатами флюорографического обследования, детей и подростков с впервые выявленной положительной и гиперергической туберкулиновой пробой, с нарастанием туберкулиновой чувствительности на 6 мм и более, детей с побочными реакциями и осложнениями на прививку против туберкулеза; 6) планирование, организацию и проведение вакцинации против туберкулеза; 7) контролируемое лечение латентной туберкулезной инфекции (далее -ЛТИ) по назначению фтизиатра, в том числе в видеонаблюдаемом режиме; 8) обследование контактных; 9) амбулаторное непосредственно-контролируемое или видеонаблюдаемое лечение больных туберкулезом; 10) диагностику и лечение побочных реакций на противотуберкулезные препараты по назначению фтизиатра; 11) диагностику и лечение сопутствующих заболеваний; 12) ведение медицинских карт больных туберкулезом, находящихся на амбулаторном лечении, в том числе туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью; 13) регулярное внесение данных в Национальный регистр больных туберкулезом в пределах компетенции 	грубое
77.	Обследование пациента при подозрении на туберкулез в организациях, оказывающих ПМСП, в соответствии утвержденной схеме	грубое
78.	Выявление туберкулеза методом флюорографии среди целевой группы населения: с высоким риском заболевания и подлежащих обязательному ежегодному флюорографическому обследованию	значительное
79.	<p>Организация кабинетов непосредственно контролируемого лечения в организациях ПМСП для проведения амбулаторного лечения.</p> <p>Больной получает и принимает лекарства в КНКЛ под контролем ответственного медицинского работника. Один раз в 10 дней больные, находящиеся на непосредственном контролируемом лечении, осматриваются врачом ПМСП/фтизиатром поликлиники, по показаниям – чаще.</p> <p>Больные, проживающие в сельской местности осматриваются фтизиатром один раз в месяц</p>	значительное
80.	<p>Проведение оценки клинического состояния больного, получающего противотуберкулезное лечение, на наличие нежелательных реакций и явлений осуществляется ежедневно лечащим врачом или врачом-фтизиатром, медицинским работником кабинета непосредственно наблюдаемого лечения. Медицинский работник, выявивший нежелательные реакции и явления на лекарственный препарат, заполняет карту-сообщение и оформляет запись в медицинской документации больного.</p> <p>Первичная информация о нежелательных реакциях и явлениях предоставляется ответственным лицом медицинской организации в государственную экспертную организацию в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий. Контроль за регистрацией карт-сообщений возлагается на ответственное лицо по фармаконадзору.</p> <p>Каждый случай нежелательных реакций и явлений рассматривается на заседании централизованной врачебно-консультативной комиссии для определения причинно-следственной связи с принимаемыми медикаментами.</p>	грубое
81.	Учет движения противотуберкулезных препаратов на амбулаторном уровне в журнале регистрации ПТП	значительное
82.	До начала лечения с пациентом (родителями или опекунами детей) проводится беседа о необходимости проведения полного курса химиотерапии с последующим подписанием информированного согласия	значительное

83.	Взятие на учет и диспансерное наблюдение за больными туберкулезом осуществляется в организациях, оказывающих ПМСП, по месту фактического проживания, работы, учебы или прохождения воинской службы, независимо от прописки	значительное
Оказание противотуберкулезной помощи на стационарном уровне		
84.	Распределение больных в отделениях по палатам с учетом данных лабораторных исследований и лекарственной чувствительности на момент поступления и в процессе лечения. Содержание больных с бактериовыделением с неизвестной лекарственной чувствительностью в одностенных палатах или боксах до получения результатов теста на лекарственную чувствительность	значительное
85.	Наличие ежедневного осмотра врачом-фтизиатром пациентов, находящихся в стационаре. Ведение записи в медицинской карте пациента в зависимости от тяжести его состояния (не менее 3 раз в неделю при легком и среднетяжелом состоянии больного и ежедневно – при тяжелом состоянии больного). Осмотр заведующим отделением больных туберкулезом, туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью и туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью не менее 1 раза в неделю с внесением записи в медицинскую карту больного	значительное
86.	Организация консилиума в сложных ситуациях для верификации диагноза и определения тактики лечения с участием специалистов областных и республиканских уровней в очной или дистанционной форме посредством телемедицины	грубое
87.	Учет движения противотуберкулезных препаратов на стационарном уровне в журнале регистрации ПТП	значительное
88.	Соблюдение критериев выписки больного туберкулезом из стационара: 1) отсутствие бактериовыделения и необходимости круглосуточного медицинского наблюдения; 2) получение двух отрицательных результатов микроскопии, последовательно взятых с интервалом не менее 10 календарных дней у больных с исходным бактериовыделением; 3) общепринятые исходы стационарного лечения (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть и переведен в другую медицинскую организацию); 4) по письменному заявлению пациента (его законного представителя) до завершения курса лечения при отсутствии непосредственной опасности для жизни пациента или для окружающих	значительное
Критерии для субъектов (объектов), оказывающих онкологическую помощь***		
89.	Наличие материально-технического оснащения онкологического кабинета: - шкаф для медицинской документации; - облучатель ультрафиолетовый бактерицидный; - аптечка для оказания первой помощи - весы для взрослых; - ростомер; - тонометр; - фонендоскоп; - термометр; - шпатели	значительное
90.	Наличие материально-технического оснащения маммологического кабинета: - негатоскоп для просмотра маммологических снимков; - бактерицидная лампа; - кушетка медицинская; - ширма; - аптечка для оказания первой помощи	значительное
91.	Наличие материально-технического оснащения проктологического кабинета: - ректороманоскоп с набором тубусов (длиной от 20 см до 35 см) – 5 тубусов; - гинекологическое кресло;	значительное

	<ul style="list-style-type: none">- набор стекол для биопсии;- аноскоп;- ректальные зеркала;- электрокоагулятор;- стол медицинской сестры;- столик медицинский передвижной;- бестеневая лампа;- лампа для УФО настенная;- мягкий зажим;- пинцет анатомический;- пинцет хирургический;- ножницы операционные;- ножницы рабочие;- зонд пуговчатый;- зонд желобоватый;- хирургические перчатки;- аптечка для оказания первой помощи.	
92.	<p>Наличие материально-технического оснащения кабинета централизованного разведения цитостатических лекарственных средств:</p> <ul style="list-style-type: none">- ламинарный бокс с отсекающим потоком воздуха, системой ультрафиолетового облучения внутренней камеры и защитным экраном для персонала;- медицинские шкафы хранения растворов для приготовления цитостатиков;- роторная термозапаивающая машина для герметичной упаковки шприцев и флаконов с готовыми растворами цитостатиков;- держатель для рулонов;- полиэтиленовые мешки для упаковки готовых разведенных растворов во флаконах и/или шприцах, рулон 300 мм*200 м;- емкости для дезинфицирующих растворов (10 литровой), для обработки поверхностей;- раковина и дозирующие устройства с жидким мылом и антисептиком для гигиенической обработки рук;- сейф для хранения цитостатиков;- облучатель бактерицидный настенный;- контейнеры для транспортировки химиопрепаратов;- держатели для жидкого мыла и дезинфицирующих средств;- контейнеры для утилизации использованных химиопрепаратов одноразовые. Класса А, В;- шкаф медицинский для хранения химиопрепаратов закрытый;- фармацевтический холодильник;- гидрометр;- шкаф для хранения документации;- шкаф для одежды;- компьютерный стол;- компьютерное кресло;- письменный стол;- шкаф для хранения одноразовых комплектов защитной одежды;- компьютер;- принтер/ксерокс;	значительное

	<ul style="list-style-type: none"> - кондиционер; - стол; - емкость для бытовых отходов; - телефон 	
93.	Наличие мультидисциплинарной группы для обеспечения индивидуального подхода к оказанию медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями, состоящей из врачей по специальностям: «Онкология (химиотерапия, маммология) (взрослая)», «Лучевая терапия (радиационная онкология)», «Общая хирургия (торакальная хирургия, абдоминальная хирургия, трансплантология, колопроктология, онкологическая хирургия, ультразвуковая диагностика по профилю основной специальности, эндоскопия по профилю основной специальности)», «Патологическая анатомия (цитопатология) (взрослая, детская)». В случае необходимости привлекаются другие профильные специалисты	грубое
94.	Наличие решений мультидисциплинарной группы в журнале заседаний мультидисциплинарной группы, протоколе заседания мультидисциплинарной группы (2 экземпляра) с последующим вклеиванием в медицинскую карту амбулаторного пациента и медицинскую карту стационарного пациента,	значительное
95.	Соблюдение требований при оказании онкологической помощи в форме амбулаторно-поликлинической помощи: формирование групп лиц с риском развития онкологических заболеваний; осмотр врачом с целью определения состояния пациента и установления диагноза; лабораторное и инструментальное обследование пациента с целью постановки диагноза; динамическое наблюдение за онкологическими больными; отбор и направление на госпитализацию онкологических больных для получения специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичных медицинских услуг; дообследование лиц с подозрением на ЗН с целью верификации диагноза; определение тактики ведения и лечения пациента; проведение амбулаторной противоопухолевой терапии	значительное
96.	Своевременность дообследования больных при подозрении или выявлении опухолевого заболевания: - специалисты ПМСП в течении 5 рабочих дней с момента выявления направляют пациента к онкологу, в случае отсутствия в штатах онколога к координатору оказания онкологической помощи (далее – КООП); - Онколог/КООП в течение 7 рабочих дней проводит осмотр и необходимые исследования и по результатам направляет пациента в самостоятельный городской/областной онкологический центр/диспансер или в составе многопрофильных больниц (далее – онкологический центр) для подтверждения диагноза и определения последующей тактики ведения и лечения; -сроки проведения иммуногистологических исследований не превышают четырнадцать рабочих дней со дня получения материала лабораторией - углубленное обследование пациентов Ia клинической группы проводится в течение 10 рабочих дней с момента обращения в онкологический центр/ диспансер	грубое
97.	Основания снятия с учета пациента со ЗН: 1) переезд в другую страну с выдачей ему на руки подробной выписки из амбулаторной карты; 2) наблюдение в организации, оказывающей онкологическую помощь, с диагнозом «базалиома кожи» свыше пяти лет после излечения, при отсутствии рецидивов; 3) Смерть на основании окончательного медицинского свидетельства о смерти	значительное
98.	Обоснование и контроль назначения наркотических обезболивающих препаратов: Решение о назначении наркотических обезболивающих препаратов на амбулаторно-поликлиническом уровне принимается комиссионно и оформляется соответствующим протоколом. Заключение вносится в амбулаторную карту пациента по месту прикрепления. Пациенты со ЗН, получающие наркотические препараты осматриваются специалистом ПМСП не реже одного раза в десять рабочих дней. В случае приема пациентом наркотических препаратов свыше трех месяцев,	грубое

	проводится комиссионный разбор с участием специалистов ПМСП и КДП с привлечением профильных специалистов с предоставлением рекомендаций по дальнейшему наблюдению и лечению. Контроль за сроками назначения наркотических препаратов осуществляет онколог/КООП	
99.	<p>Требования к оказанию онкологической помощи на стационарном уровне. Определение метода и тактики лечения МДГ.</p> <p>Заседания МДГ проводятся в онкологическом центре ежедневно (за исключением выходных и праздничных дней).</p> <p>Наличие кабинетов централизованного разведения цитостатических лекарственных средств (далее – КЦРЦ) для обеспечения безопасности медицинского персонала от токсического воздействия противоопухолевых препаратов и рационального использования лекарственных средств. Работа в КЦРЦ по разведению противоопухолевых лекарственных средств организуется посменно.</p> <p>Наличие и контроль заявок на разведение противоопухолевых лекарственных средств на каждого пациента.</p> <p>Требования к упаковке маркировке, транспортировке (лекарственные средства пакуются в одноразовые стерильные емкости (флаконы, шприцы), маркируются. Транспортировка лекарственных средств осуществляется в контейнерах.)</p>	грубое
100.	Соответствие оказанной медицинской помощи клиническим протоколам	значительное
Критерии для субъектов (объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья		
Критерии для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья на амбулаторно-поликлиническом уровне		
101.	<p>Соблюдение критериев взятия на динамическое наблюдение лиц с ПППР:</p> <p>1 группа динамического психиатрического наблюдения - лица склонные по своему психическому состоянию к социально-опасным действиям, в том числе, имеющие риск совершения насильственных действий сексуального характера в отношении несовершеннолетних, а также совершивших особо опасные деяния в состоянии невменяемости, и которым судом определены принудительные меры медицинского характера в виде амбулаторного принудительного лечения;</p> <p>2 группа динамического психиатрического наблюдения - Лица с ПППР имеющие инвалидность по психическому заболеванию, за исключением ПППР указанных в диагностических рубриках F8 и F9; лица с диагнозом F20 "Шизофрения" в течение одного года после установления (при этом в случае признания инвалидом он продолжает наблюдаться во 2 группе динамического психиатрического наблюдения);</p> <p>2А – лица с частыми и выраженными обострениями психотической симптоматики, декомпенсациями, нуждающиеся в психофармакотерапии в рамках бесплатного амбулаторного лечения, в том лица с ПППР указанных в диагностических рубриках F8 и F9</p> <p>2Б – лица со стабилизированными состояниями, с умеренно прогрессивным течением процесса и спонтанными ремиссиями;</p> <p>группа динамического наркологического наблюдения - Лица склонные к социально-опасным действиям, вследствие клинических проявлений ПППР, вызванные злоупотреблением психоактивных веществ.</p> <p>Соблюдение периодичности и частоты наблюдения лиц с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями):</p> <p>1 группа динамического психиатрического наблюдения - не менее одного раза в месяц</p> <p>2 группа динамического психиатрического наблюдения:</p> <p>2А - не менее одного раза в три месяца,</p> <p>2Б - не менее одного раза в шесть месяцев;</p> <p>группа динамического наркологического наблюдения - не менее одного раза в месяц</p>	значительное
102.	<p>Соблюдение требования к лекарственному обеспечению лиц с ПППР, находящихся на динамическом наблюдении</p> <p>Лекарственное обеспечение лиц с ПППР, находящихся на динамическом наблюдении, осуществляется в рамках действующего законодательства</p>	значительное
103.	Соблюдение требований к снятию с учета и переводу в другую группу динамического наблюдения, прекращения динамического наблюдения лиц с ПППР и снятию с учета	значительное

	<p>Снятие с учета и перевод в другую группу динамического наблюдения осуществляется на основании решения ВКК по представлению участкового врача-психиатра. Прекращение динамического наблюдения лиц с ППР и снятие с учета осуществляется в следующих случаях:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отсутствие критериев, взятия на учет для оказания динамического наблюдения лиц с ППР не менее 12 месяцев; 2) изменение места жительства с выездом за пределы Республики Казахстан (подтверждается документом). <p>В случае изменения постоянного места жительства пациента в пределах Республики Казахстан, осуществляется изменение прикрепления к соответствующей территориальной организации, оказывающей медицинскую помощь в области психического здоровья с изменением данных в ЭИС;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) отсутствие достоверных сведений о местонахождении в течение 12 месяцев; 4) смерть, на основании медицинского свидетельства о смерти, и (или) подтвержденная данными в регистре прикрепленного населения; 5) лица, с диагнозом F20 "шизофрения" по международной классификации болезней 10-го пересмотра, состоящие на учете во второй группе динамического психиатрического наблюдения: в случае не установления группы инвалидности в течении 12 месяцев с момента взятия на динамическое наблюдение 	
104.	<p>Наличие динамического наблюдения лиц, подвергавшихся принудительному лечению, после выписки.</p> <p>Лица с ППР, связанными с употреблением ПАВ, после окончания принудительного лечения и выписки из организации, оказывающей медицинскую помощь в области психического здоровья, кроме выписанных по постановлению суда как излечившиеся досрочно наблюдаются в группе динамического наркологического наблюдения в соответствии правилами динамического наблюдения, а также прекращения динамического наблюдения за лицами с ППР, утверждаемыми уполномоченным органом</p>	значительное
105.	<p>Наличие индивидуальных плана лечения и программы реабилитации лиц после выписки из организации, оказывающей медицинскую помощь в области психического здоровья, кроме выписанных по постановлению суда как излечившиеся досрочно.</p> <p>При поддерживающем лечении, лиц с ППР врач психиатр (нарколог) составляет индивидуальный план лечения и индивидуальную программу реабилитации.</p> <p>Индивидуальный план лечения и индивидуальная программа реабилитации включают в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) диагностические методики: анализ содержания ПАВ в биологических жидкостях и тканях организма, тестирование на ВИЧ, экспериментально-психологическая диагностика, определение качества жизни и социального функционирования, клинико-биохимическая диагностика, нейрофизиологическая диагностика; 2) медикаментозную терапию: психофармакотерапия, симптоматическая терапия, терапия коморбидной патологии, антагонистическая терапия с использованием блокаторов опиоидных рецепторов; 3) консультативные методики: медицинское, психологическое и социальное консультирование лиц, зависимых от ПАВ и созависимых лиц; 4) тренинговые методики: мотивационные тренинги на продолжение поддерживающей противорецидивной терапии, по формированию адаптационных навыков и стрессоустойчивости, по формированию свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ; 5) психотерапевтические методики: индивидуальная и групповая психотерапия лиц, зависимых от ПАВ, индивидуальная экспресс-психотерапия лиц, зависимых от ПАВ, находящихся в состоянии срыва. 	значительное
<p>Критерии для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья в стационарных условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение</p>		
106.	<p>Наличие оснований для госпитализации в стационарные клинические отделения.</p> <p>Основанием для госпитализации в стационарные клинические отделения, являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) направление врача психиатрического профиля; 2) постановление, решение, определение судебно-следственных органов; 3) направление военно-врачебной комиссии; 4) письменное заявление самого лица, при наличии показаний; 5) решение суда о принудительном лечении лиц с ППР, вызванные употреблением ПАВ, вступившее в законную силу; 	значительное

	б) решение суда о применении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных статьей 93 УК РК, вступившее в законную силу	
107.	<p>Полнота проведенных мероприятий при плановой госпитализации в стационарные клинические отделения РНПЦПЗ, ЦПЗ.</p> <p>При плановой госпитализации в стационарные клинические отделения РНПЦПЗ, ЦПЗ заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения, приемно-диагностического отделения осуществляет следующие мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) идентификацию пациента; 2) проверяет наличие имеющейся медицинской и другой документации, в случае необходимости направляет на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований; 3) проверяет наличие вступившего в законную силу решения суда о госпитализации, при наличии такового; 4) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации; 5) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебного питания и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения; 6) заполняет первичную медицинскую документацию; 7) при анонимном лечении пациента имя и отчество (при наличии), дата рождения, адрес проживания заполняются со слов пациента. <p>Полнота проведенных мероприятий при плановой госпитализации в стационарные клинические отделения РНПЦПЗ, ЦПЗ лица с ППР, вызванные употреблением ПАВ для лечения в анонимном порядке.</p> <p>При плановой госпитализации в стационарные клинические отделения РНПЦПЗ, ЦПЗ лица с ППР, вызванные употреблением ПАВ для лечения в анонимном порядке, заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения или приемно-диагностического отделения, осуществляет следующие мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) присваивает пациенту регистрационный медицинский код; 2) направляет на прохождение обязательных и (или) дополнительных обследований; 3) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации; 4) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебного питания и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения; 5) заполняет первичную медицинскую документацию 	значительное
108.	<p>Полнота проведенных мероприятий при госпитализации в стационарное клиническое отделение РНПЦПЗ, ЦПЗ по экстренным показаниям.</p> <p>При госпитализации в стационарное клиническое отделение РНПЦПЗ, ЦПЗ по экстренным показаниям, заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения или приемно-диагностического отделения, или дежурный врач осуществляет следующие мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) идентификацию пациента; 2) оценивает психическое и соматическое состояния, результаты лабораторно-диагностических исследований и определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации; 3) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения; 4) заполняет первичную медицинскую документацию 	значительное
109.	<p>Полнота проведенных мероприятий при плановой госпитализации в ПОСТИН.</p> <p>При плановой госпитализации в ПОСТИН дежурный врач осуществляет следующие мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) проверяет наличие и соответствие имеющейся документации: 	значительное

	<p>вступившее в законную силу решение суда;</p> <p>документ удостоверяющий личность.</p> <p>2) проводит идентификацию пациента;</p> <p>3) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;</p> <p>4) определяет отделение, устанавливает режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;</p> <p>5) заполняет первичную медицинскую документацию</p>	
110.	<p>Полнота проведенных мероприятий после поступления лица с ППР в стационарное клиническое отделение.</p> <p>После поступления лица с ППР в стационарное клиническое отделение, осуществляются следующие мероприятия:</p> <p>1) идентификация пациента;</p> <p>2) проверка наличия и соответствия имеющейся медицинской и другой документации;</p> <p>3) оценка психического и соматического состояния, результатов лабораторно-диагностических исследований, установление предварительного диагноза, определения объема дифференциальной диагностики, режима наблюдения, лечебного питания и других лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с протоколами диагностики и лечения;</p> <p>4) заполнение первичной медицинской документации</p>	значительное
111.	<p>Полнота проведенных мероприятий после поступления лица в стационарное клиническое отделение ПОСТИН</p> <p>После поступления лица в стационарное клиническое отделение ПОСТИН осуществляются следующие мероприятия:</p> <p>1) идентификация пациента;</p> <p>2) проверка наличия и соответствия имеющейся медицинской и другой документации;</p> <p>3) оценка психического и соматического состояния, результатов лабораторно-диагностических исследований, установление предварительного диагноза, определения объема дифференциальной диагностики, режима наблюдения, лечебного питания и других лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с протоколами диагностики и лечения;</p> <p>4) заполнение первичной медицинской документации</p>	значительное
112.	<p>Соблюдение режимов наблюдения.</p> <p>В клинических стационарных отделениях РНПЦПЗ, ЦПЗ и многопрофильных городских (областных) больниц предполагаются следующие виды наблюдения:</p> <p>1) общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение без ограничения передвижения в отделении. Общий режим для пациентов устанавливается при:</p> <p>отсутствии опасности для себя и окружающих;</p> <p>способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;</p> <p>2) режим частичной госпитализации – возможность нахождения в отделении в дневное или ночное время с учетом необходимости его адаптации во внебольничных условиях, а также возможности осуществления трудовой деятельности на фоне проводимого лечения и контроля симптомов ППР в целях ресоциализации. Режим частичной госпитализации устанавливается решением врачебной комиссии (далее – ВК) в составе двух врачей при:</p> <p>отсутствии опасности для себя и окружающих;</p> <p>способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;</p> <p>стабилизации психического состояния, требующего ежедневного, но не круглосуточного наблюдения и контроля;</p>	значительное

	<p>3) режим лечебных отпусков– возможность нахождения вне отделения от нескольких часов до нескольких суток с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям, решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта. Режим лечебных отпусков устанавливается решением ВК в составе двух врачей и предоставляется при:</p> <ul style="list-style-type: none"> отсутствии опасности для себя и окружающих; способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи; стабилизации психического состояния, не требующего ежедневного наблюдения. <p>4) усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения за пределами отделения. Усиленный режим наблюдения устанавливается для пациентов при:</p> <ul style="list-style-type: none"> острых ППР, не представляющих опасности для себя и окружающих; способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи; отсутствии психического и соматического расстройства, требующего иного режима наблюдения и содержания; <p>5) строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение в наблюдательной палате, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами. Строгий режим для пациентов устанавливается для пациентов при:</p> <ul style="list-style-type: none"> непосредственной опасности для себя и окружающих; беспомощности, то есть неспособности самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода; возможном нанесении существенного вреда здоровью, если лицо будет оставлено без наблюдения. <p>В клинических стационарных отделениях ПОСТИН предполагаются следующие виды наблюдения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение с передвижением в отделении согласно распорядку дня, возможностью участия в трудотерапии за пределами отделения; 2) усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения в пределах отделения; 3) строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение в наблюдательной палате, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами 	
<p>113.</p>	<p>Соблюдение условий выписки.</p> <p>Выписка из стационарных клинических отделений производится по выздоровлении пациента или улучшении его психического состояния, когда не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также по завершении обследования, экспертизы, мер безопасности, принудительных мер медицинского характера, явившихся основаниями для помещения в стационар.</p> <p>Выписка пациента, находящегося в стационарных клинических отделениях добровольно, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению его лечащего врача.</p> <p>Выписка пациента, к которому по определению суда применены принудительные меры медицинского характера и меры безопасности, производится только по вступившему в силу определению суда.</p> <p>Пациенту, госпитализированному в стационарное клиническое отделение добровольно, отказывается в выписке, если ВКК установлены основания для госпитализации в принудительном порядке</p>	<p>значительное</p>
<p>Критерии для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья в стационароразмещающих условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения и предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время с предоставлением койко-места</p>		
<p>114.</p>	<p>Наличие показаний для лечения в стационароразмещающих условиях для лиц с ППР</p> <p>Показаниями для лечения в стационароразмещающих условиях для лиц с ППР являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) необходимость активной терапии лиц с ППР, в том числе вызванной употреблением ПАВ, не требующее круглосуточного наблюдения; 2) необходимость постепенной адаптации к обычной жизненной обстановке, после получения курса лечения в круглосуточном стационаре; 3) проведение обследований и экспертиз, не требующих круглосуточного стационарного наблюдения 	<p>значительное</p>
<p>115.</p>	<p>Требования к длительности лечения и времени пребывания в дневном стационаре.</p>	

	<p>Длительность лечения в дневном стационаре составляет не более 30 календарных дней.</p> <p>В случаях ухудшения состояния пациента, требующего круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, он госпитализируется в соответствующее стационарное отделение.</p> <p>Ежедневное время пребывания в дневном стационаре - не менее 6 часов. В дневном стационаре предусматривается двухразовое питание с учетом времени приема психотропных препаратов</p>	значительное
116.	<p>Соблюдение требований к выписке из дневного стационара.</p> <p>Выписка производится по выздоровлении пациента или улучшении его психического состояния, когда возможен перевод на амбулаторное лечение, а также по завершению обследования, экспертизы, явившихся основаниями для помещения в дневной стационар</p>	значительное
Критерии для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную реабилитацию в области психического здоровья		
117.	<p>Соблюдение требований к медико-социальной реабилитации в амбулаторных, либо стационарозамещающих условиях.</p> <p>При оказании медико-социальной реабилитации в амбулаторных, либо стационарозамещающих условиях ежедневное время пребывания составляет не менее 6 (шести) часов, за исключением выходных и праздничных дней, при этом предусматривается двухразовое питание с учетом времени приема психотропных препаратов. В подразделении медико-социальной реабилитации пациент обеспечивается необходимой медикаментозной терапией и необходимым обследованием.</p> <p>Медико-социальная реабилитация пациентов с ППР оказывается в соответствии с индивидуальной программой реабилитации пациента с ППР</p>	значительное
118.	<p>Соблюдение требований к медико-социальной реабилитации в стационарных условиях.</p> <p>При госпитализации на медико – социальную реабилитацию осуществляются следующие мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) идентификация пациента; 2) проверка наличия и соответствие имеющейся медицинской документации, направление на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований; 3) разрабатывается индивидуальная программа реабилитации пациента с ППР; 4) заполняется первичная медицинская документация. <p>Общими противопоказаниями для госпитализации на медико – социальную реабилитацию являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острые состояния, требующие строгого или усиленного режима наблюдения; 2) наличие сопутствующих заболеваний, требующих лечения в стационарах другого профиля; 3) инфекционные заболевания в период эпидемиологической опасности 	значительное
119.	<p>Наличие мультидисциплинарной группы.</p> <p>Медико-социальную реабилитацию взрослых с ППР осуществляет мультидисциплинарная группа:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) руководитель (врач менеджер здравоохранения или врач психиатр); 2) врач психиатр; 3) психолог; 4) социальный работник или специалист по социальной работе; 5) инструктор по труду или специалист в области трудовой терапии, спорта; 6) средний медицинский работник. <p>Состав мультидисциплинарной группы расширяется при увеличении перечня и (или) объема услуг</p>	грубое
120.	<p>Требования к длительности медико-социальной реабилитации.</p> <p>Длительность медико-социальной реабилитации взрослых пациентов с ППР составляет не более 3 (трех) месяцев.</p> <p>Длительность медико-социальной реабилитации детей с ППР составляет не более 3 (трех) месяцев.</p> <p>Длительность медико-социальной реабилитации взрослых с ППР вследствие употребления ПАВ составляет не более 9 (девяти) месяцев.</p> <p>Длительность медико-социальной реабилитации детей с ППР, вследствие употребления ПАВ составляет не более 9 (девяти) месяцев.</p>	значительное

Критерии для субъектов(объектов), оказывающих проведение медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения		
121.	<p>Соблюдение требований к проведению идентификации лица направленного или пришедшего на медицинское освидетельствование.</p> <p>Перед проведением медицинского освидетельствования медицинский работник осуществляет идентификацию лица направленного или пришедшего на медицинское освидетельствование, ознакомившись с его документами, удостоверяющими личность.</p> <p>При отсутствии документов в Заключении медицинского освидетельствования для установления факта употребления ПАВ и состояния опьянения указываются особые приметы лица с обязательным указанием о получении паспортных данных со слов доставившего лица или обследуемого, допускается фотографирование освидетельствуемого лица</p>	значительное
122.	<p>Соблюдение требований к медицинскому освидетельствованию лиц, доставленных в тяжелом бессознательном состоянии.</p> <p>В специализированной организации здравоохранения, при доставлении лица в тяжелом, бессознательном состоянии для определения состояния, связанного с употреблением ПАВ, проводится двукратное (с интервалом 30-60 минут), количественное исследование на наличие ПАВ в биологических жидкостях организма (кровь, моча, слюна).</p> <p>В специализированной организации здравоохранения на момент оказания медицинской помощи в медицинской карте больного делается запись о наличии (отсутствии) у лица состояния опьянения или факта употребления ПАВ по результатам клинического обследования и лабораторного исследования биологических образцов, при этом Заключение не составляется</p>	значительное
123.	<p>Соблюдение требований к условиям проведения лабораторного исследования или экспресс-тестирования биологических сред.</p> <p>Проведение лабораторного исследования или экспресс-тестирования биологических сред (кровь или моча при подозрении на алкогольное опьянение, моча при подозрении на наркотическое или токсикоманическое опьянение) осуществляется в следующих случаях:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) невозможность полного освидетельствования в связи с тяжестью состояния освидетельствуемого; 2) при наличии сомнений медицинского работника в комплексной оценке состояния опьянения (психических, поведенческих, вегетативных и соматоневрологических расстройств); 3) несогласия освидетельствуемого с результатами Заключения; 4) повторного освидетельствования; 5) при установлении факта употребления ПАВ и отсутствии признаков состояния опьянения (психических, поведенческих, вегетативных и соматоневрологических расстройств); 6) при дорожно-транспортном происшествии или совершении правонарушения с наличием пострадавших лиц; 7) если с момента совершения дорожно-транспортного происшествия и правонарушения без пострадавших прошло более 3 (трех) часов 	значительное
124.	<p>Соблюдение требований к проведению лабораторного исследования или экспресс-тестирования биологических сред.</p> <p>Характер и последовательность проведения биологических проб определяется медицинским работником, производящим освидетельствование, в зависимости от особенностей клинического состояния освидетельствуемого.</p> <p>Опечатывание и этикетирование отобранных биологических проб для лабораторного исследования производится в присутствии освидетельствуемого и лица, направившего и (или) доставившего освидетельствуемого.</p> <p>В случаях, если освидетельствуемое лицо не в состоянии объективно оценивать происходящие события, данная процедура производится в присутствии понятых (незаинтересованных лиц)</p>	значительное
125.	<p>Соблюдение требований к проведению количественного исследования выдыхаемого воздуха на алкоголь.</p> <p>При проведении медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния алкогольного опьянения проводится количественное исследование выдыхаемого воздуха на алкоголь.</p> <p>Исследование выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя осуществляется с использованием технических средств измерения, официально зарегистрированных в Республике Казахстан.</p>	значительное

	Если проведение освидетельствования в полном объеме не представляется возможным в силу психических и (или) соматоневрологических нарушений, или отказа лица от освидетельствования, в Заключении указываются причины невозможности проведения освидетельствования в полном объеме	
126.	<p>Соблюдение требований к оформлению отказа от медицинского освидетельствования</p> <p>В случае отказа лица от медицинского освидетельствования, медицинским работником заполняется пункт 1 Заключения и ставятся подписи понятых (незаинтересованных лиц).</p> <p>Присутствие понятых (незаинтересованных лиц) в случае, когда освидетельствуемое лицо не в состоянии оценивать происходящие события или отказывается от прохождения медицинского освидетельствования, обеспечивается лицами, по инициативе которых проводится освидетельствование.</p>	значительное
127.	<p>Соблюдение требований к установлению состояния освидетельствуемого лица.</p> <p>Медицинский работник при составлении Заключения и при проведении полного освидетельствования и с согласия лица на проведение освидетельствования устанавливает одно из следующих состояний на основании имеющихся клинических и (при необходимости) лабораторных данных либо результатов экспресс-тестирования, подтверждающих вид психоактивного вещества, вызвавшего опьянение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) трезв(а); 2) факт употребления ПАВ, признаки опьянения не выявлены; 3) алкогольное опьянение (легкая, средняя, тяжелая степень); 4) состояние опьянения (наркотическое, токсикоманическое), вызванное употреблением ПАВ (наркотики – опиоиды, каннабиоиды, кокаин; седативные, снотворные вещества; психостимуляторы; галлюциногены; летучие растворители) 	значительное
128.	<p>Соблюдение требований к оформлению Заключения медицинского освидетельствования.</p> <p>Заключение составляется в 3 (трех) экземплярах, заверяется подписью медицинского работника и печатью медицинской организации, в которой проводилось освидетельствование. Один экземпляр выдается лицу, доставившему освидетельствуемого, либо лицу, пришедшему на освидетельствование самостоятельно, второй экземпляр остается в медицинской организации и хранится в архиве в течение 5 (пяти) лет, третий экземпляр выдается лицу, доставленному на медицинское освидетельствование.</p> <p>При отсутствии сопровождающего, экземпляр Заключения по официальному письменному запросу лица, направившего на медицинское освидетельствование, высылается почтой или на указанный электронный адрес.</p> <p>Результаты освидетельствования, сообщаются освидетельствуемому лицу сразу же в присутствии лица, его направившего и (или) доставившего. В случаях, когда Заключение выносится после получения результатов лабораторных исследований, экземпляр Заключения выдается не позднее 5 рабочих дней со дня получения результатов лабораторных исследований.</p> <p>При несогласии освидетельствуемого лица, либо должностного лица, его доставившего, с результатами медицинского освидетельствования производится повторное медицинское освидетельствование.</p>	значительное
129.	<p>Соблюдение требований к повторному медицинскому освидетельствованию.</p> <p>Повторное медицинское освидетельствование проводится не позднее 2 (двух) часов после первичного освидетельствования.</p>	значительное
130.	<p>Соблюдение требований по помещению и выписке пациентов Центра временной адаптации и детоксикации:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сведения о наличии документов, личных вещей (одежда, деньги и другие ценности) пациента в журнале регистрации документов и личных вещей, помещенных перед помещением пациента в Центр временной адаптации и детоксикации; - наличие карты пациента, находящегося в центре временной адаптации и детоксикации; - наличие заключения о медицинском освидетельствовании после проведения медицинского освидетельствования на каждого пациента, доставленного в Центр временной адаптации и детоксикации; - занесение в карту пациента, находящегося в Центре временной адаптации и детоксикации назначения врача; - регистрация результатов динамического наблюдения за пациентом в карте пациента, находящегося в Центре временной адаптации и детоксикации; - выписка пациента из центра временной адаптации и детоксикации при достижении улучшения состояния, не требующего дальнейшего наблюдения и лечения в условиях центра. 	значительное

Критерии для субъектов (объектов), предоставляющих лабораторные услуги****		
131.	Наличие лицензии и приложений к ней по осуществляемым видам деятельности	грубое
132.	Наличие сертификата специалиста по соответствующей клинической специальности	грубое
133.	Наличие в штате лаборатории специалиста по биобезопасности (при штате лабораторного персонала больше двадцати штатных единиц)	значительное
134.	Наличие в организациях первичной медико-санитарной помощи портативных анализаторов на тест-полосках	значительное
135.	Наличие на стационарном уровне в организациях здравоохранения в составе консультативно-диагностической лаборатории (далее - КДЛ) создается дополнительное подразделение либо отдельная экспресс-лаборатория при отделениях реанимации для выполнения экстренных и неотложных лабораторных исследований в минимальные сроки от взятия пробы до сообщения результата (в течении 15-60 минут). Для экстренной оценки патологического состояния пациентов проводятся общеклинические и биохимические исследования, в том числе экспресс-тесты. Лабораторная диагностика экспресс-лабораторией осуществляется при различных неотложных состояниях (при проведении хирургических вмешательств, оказании анестезиологического пособия, ведении больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии) в круглосуточном режиме. При отсутствии экспресс-лаборатории в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь в вечернее и ночное время, а также в воскресные и праздничные дни, работа в КДЛ обеспечивается дежурной бригадой, состоящей из врачей и лаборантов	значительное
136.	Выполнение процессов по управлению качеством клинических лабораторных исследований по принципу этапности, который включает в себя преаналитический, аналитический и постаналитический этапы лабораторного исследования	значительное
137.	Использование для выполнения исследований сертифицированного и зарегистрированного в Республике Казахстан оборудования, диагностических наборов реагентов, тест-систем и комплектующих расходных материалов	значительное
138.	Наличие лабораторной информационной системы	значительное
139.	Проведение внутрилабораторного контроля качества исследования	значительное
140.	Наличие письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах	значительное
141.	Транспортировка биоматериала, в том числе авто-, авиа- и железнодорожным транспортом осуществляется с соблюдением правил тройной упаковки и температурного режима	значительное
142.	Для обеспечения доступности лабораторной диагностики в медицинских организациях здравоохранения амбулаторного и стационарного уровня организуются пункты забора и приема биоматериала. В пунктах забора и приема биоматериала предусматриваются кабинеты для забора крови, кабинет приема биологического материала, кабинет пробоподготовки и временного хранения биологического материала.	значительное
143.	Соблюдение требований к условиям хранения и транспортировки образцов биологических материалов	значительное
144.	Соблюдение алгоритма проведения контроля аналитического качества в лабораторной диагностике	значительное
Критерии для субъектов (объектов), оказывающих скорую медицинскую помощь и медицинскую помощь в форме медицинской авиации		
Общие требования		
145.	Наличие лицензии и приложений к ней по осуществляемым видам деятельности	грубое
146.	Соответствие сертификата специалиста по соответствующей клинической специальности	грубое
147.	Соответствие проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов	значительное
Для скорой медицинской помощи		
148.	Оснащение санитарного автотранспорта радиосвязью и навигационной системой	грубое

149.	Наличие в службе скорой медицинской помощи областей, городов республиканского значения и столицы автоматизированной системы управления по приему и обработке вызовов и систем, позволяющим вести мониторинг за санитарным автотранспортом посредством навигационных систем, а также системы компьютерной записи диалогов с абонентами и автоматическим определителем номера телефона, с которого поступает вызов. Хранение записей диалогов осуществляется не менее 2 лет.	грубое
150.	Наличие региональных Call-центров (колл-центры) в составе областных станциях скорой медицинской помощи и станциях скорой медицинской помощи городов республиканского значения и столицы	грубое
151.	Время обработки вызова с момента его получения диспетчером составляет пять минут, в течение которого проводится сортировка по категории срочности вызова. Время прибытия бригады до места нахождения пациента с момента получения вызова от диспетчера согласно перечню категорий срочности вызовов скорой медицинской помощи (от 10 минут до 60 минут)	Значительное
152.	Правильное определение диспетчером ССМП вызовов по категории срочности согласно: 1) вызов 1 (первой) категории срочности – состояние пациента, представляющее непосредственную угрозу жизни, требующее оказания немедленной медицинской помощи; 2) вызов 2 (второй) категории срочности – состояние пациента, представляющее потенциальную угрозу жизни без оказания медицинской помощи; 3) вызов 3 (третьей) категории срочности – состояние пациента, представляющую потенциальную угрозу для здоровья без оказания медицинской помощи; 4) вызов 4 (четвертой) категории срочности – состояние пациента, вызванное острым заболеванием или обострением хронического заболевания, без внезапных и выраженных нарушений органов и систем, при отсутствии непосредственной и потенциальной угрозы жизни и здоровью пациента.	значительное
153.	По результатам данных осмотра, инструментальной диагностики, динамики состояния пациента на фоне или после проведенных лечебных мероприятий, в соответствии с предварительным диагнозом, отражающим причины данного состояния, фельдшером или врачом бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП принимается одно из следующих решений: транспортировка пациента в медицинскую организацию, оказывающую стационарную помощь (далее – стационар); пациент оставлен на месте вызова; пациент оставлен на дому (по месту проживания)	грубое
154.	В случае оставления пациента, не нуждающегося в госпитализации, на месте вызова или на дому, бригадой ССМП или отделения СМП при организации ПМСП предоставляются медицинские рекомендации для дальнейшего обращения в организацию ПМСП (по месту жительства или прикрепления)	значительное
155.	Наличие сигнального листа для пациента в случае заболевания пациента и необходимости его посещения на дому участковым врачом	значительное
156.	Наличие фиксирования следующих данных при поступлении вызова в диспетчерскую службу станции скорой медицинской помощи: 1) фамилия, имя, отчества (при его наличии), возраст и пол пациента; 2) данные по состоянию пациента и обстоятельства несчастного случая, травмы или заболевания; 3) адрес и телефон, а также ориентировочные данные по проезду к месту нахождения пациента.	значительное
157.	Соблюдение времени прибытия фельдшерских и специализированных (врачебных) бригад до места нахождения пациента с момента получения вызова от диспетчера станции скорой медицинской помощи с учетом категории срочности: 1) 1 категория срочности – до десяти минут; 2) 2 категория срочности – до пятнадцати минут; 3) 3 категория срочности - до тридцати минут; 4) 4 категория срочности - до шестидесяти минут	значительное
158.	В случае принятия решения бригадой ССМП или отделения СМП при организации ПМСП о транспортировке пациента в стационар, диспетчер ССМП информирует приемное отделение стационара о доставке пациента.	грубое
Для медицинской помощи в форме медицинской авиации		
159.	Наличие задание на санитарный полет по форме № 090/уф	

		значительное
160.	Проведение мобильной бригадой медицинской авиации при транспортировке пациента (ов) на постоянной основе оценку состояния и лечение пациента (ов) в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения	
161.	Наличие оснований для предоставления медицинской помощи в форме медицинской авиации (выписка из медицинской карты пациента, нуждающегося в медицинской помощи в форме медицинской авиации; заявка врача-координатора отделения медицинской авиации диспетчеру Координирующей организации; в экстренных случаях устное поручение уполномоченного органа, с письменным подтверждением; вызов от службы СМП и других экстренных служб)	грубое
162.	Наличие согласования диспетчером Координирующей организации состава мобильной бригады медицинской авиации и привлеченного квалифицированного (ых) профильного (ых) специалиста (специалистов) из медицинских организаций региона с получением их информированного согласия	значительное
163.	Наличие в Координирующей организации утвержденного субъектами здравоохранения и организациями медицинского образования графика квалифицированных специалистов по оказанию медицинской помощи в форме медицинской авиации	грубое
164.	Наличие информированного согласия пациента (ов) на оказание медицинской помощи в форме медицинской авиации при его транспортировке. В отношении несовершеннолетних и граждан, признанных судом недееспособными, согласие предоставляют их законные представители. Оказание медицинской помощи пациентам, находящимся в бессознательном состоянии, принимается решением консилиума или врачом медицинской организации региона, или мобильной бригадой медицинской авиации, или квалифицированным специалистом с уведомлением в произвольной форме должностных лиц медицинской организации.	грубое
Критерии для субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции		
165.	Наличие лицензии и приложений к ней по осуществляемым видам деятельности	грубое
166.	Соответствие сертификата специалиста по соответствующей клинической специальности	грубое
167.	Проведение обследования по результатам экспресс-теста. В случае отрицательного результата экспресс-теста, обследуемому проводится повторное обследование на ВИЧ-инфекцию через 3 (три) месяца при наличии факторов риска инфицирования. В случае положительного результата экспресс-теста при информированном согласии тестируемого лица проводится обследование на ВИЧ-инфекцию.	значительное
168.	Соблюдение сроков выдачи отрицательных результатов и наличие проведения послетестового консультирования. Отрицательный результат обследуемый получает по месту забора крови при предъявлении документа, удостоверяющего личность в течение 3 (трех) рабочих дней с момента поступления образца крови для исследования в лабораторию. Перед выдачей результата проводится послетестовое консультирование.	значительное
169.	Соблюдение сроков направления образцов сыворотки в РГОЗ. При получении двух положительных результатов исследований образец сыворотки объемом не менее 1 (одного) мл направляется в лабораторию РГОЗ для проведения подтверждающих исследований в срок не позднее трех рабочих дней с момента последней постановки.	значительное
170.	Соблюдение сроков повторного обследования при сомнительном результате. При получении противоречивых результатов исследований, результат считается сомнительным. Через 14 (четырнадцать) календарных дней проводится повторный забор крови и исследование на ВИЧ-инфекцию, согласно первому этапу порядка проведения диагностики ВИЧ-инфекции у взрослых (РГОЗ информацию о сомнительном результате на ВИЧ-инфекцию передает в территориальную государственную организацию здравоохранения, осуществляющую деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции, для повторного обследования на ВИЧ-инфекцию). При получении повторного сомнительного результата на ВИЧ-инфекцию через 14 (четырнадцать) календарных дней, проводятся дополнительные исследования с применением других серологических тестов. Отрицательный результат выдается по двум отрицательным результатам из трех проведенных исследований. Положительный результат выдается по двум положительным результатам из трех проведенных исследований. В	значительное

	случае обследования беременных дополнительно используются молекулярно-биологические тесты (количественное определение рибонуклеиновой кислоты ВИЧ с чувствительностью теста не более 50 копий/мл или определение провирусной дезоксирибонуклеиновой кислоты ВИЧ).	
171.	<p>Наличие дотестового и послетестового консультирования.</p> <p>Дотестовое консультирование предоставляется через средства наглядной агитации, которые демонстрируются в местах ожидания.</p> <p>Дотестовое консультирование включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) информацию о пользе обследования на ВИЧ-инфекцию, путях передачи и значении ВИЧ-положительного и ВИЧ-отрицательного результатов теста; 2) разъяснение об имеющихся услугах в случае ВИЧ-положительного диагноза, включая разъяснение о бесплатном получении антиретровирусной терапии; 3) краткое описание методов профилактики и обследования партнера при положительном результате теста на ВИЧ-инфекцию; 4) гарантию конфиденциальности результатов теста. <p>Наличие послетестового консультирования обследованных.</p> <p>Послетестовое консультирование включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сообщение пациенту результата тестирования и значения результата; 2) информирование о возможном нахождении в серонегативном окне (при неопределенном или отрицательном результате) и необходимости повторного обследования на ВИЧ-инфекцию; 3) разъяснение возможностей снижения риска инфицирования за счет изменения поведения; 4) информирование о возможностях дополнительной медицинской помощи для ключевых групп населения, психо-социальной помощи; 5) психологическую помощь и поддержку. 	значительное
172.	<p>Наличие информированного согласия на ввод персональных данных в информационные системы лиц с положительными результатами.</p> <p>При положительном результате тестирования на ВИЧ-инфекцию, подписывается информированное согласие на ввод персональных данных в систему электронного слежения. При отказе на ввод персональных данных в систему электронного слежения вносятся номер и дата результата ИБ, инициалы, дата рождения, данные эпидемиологического анамнеза</p>	значительное
173.	Мониторинг и оценка охвата ключевых групп населения и людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, проводится путем ведения базы данных индивидуального учета клиентов и соответствующих форм учетной и отчетной документации специалистами организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции	значительное
174.	<p>Осуществление диагностики и лечения ИППП.</p> <p>В дружественных кабинетах осуществляется диагностика и лечение ИППП в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения ИППП</p>	значительное
175.	Наличие оборудованного транспорта для передвижных пунктов доверия	значительное
176.	Осуществление доконтактной и постконтактной профилактики среди населения и ключевых групп населения	грубое
177.	<p>Наличие наблюдения за контактными в установленные сроки.</p> <p>За контактными устанавливается наблюдение в организации здравоохранения, осуществляющей деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции. Продолжительность наблюдения за контактными устанавливается для:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей – восемнадцать месяцев; 2) медицинских работников в случае аварийной ситуации – три месяца; 4) реципиентов донорского биоматериала – три месяца; 5) половых партнеров ВИЧ-инфицированных и контактных по совместному введению наркотиков - до получения через 3 месяца после завершения контакта отрицательного результата теста на ВИЧ-инфекцию; при продолжающемся контакте проводится обследование контактных на наличие ВИЧ-инфекции 2 раза в год; 	грубое

	б) лиц из внутрибольничного очага - три месяца после выписки из медицинской организации; в случае, если после выписки прошло более трех месяцев, контактные проходят однократное обследование, при отрицательном результате наблюдение прекращается.	
178.	Наличие динамического наблюдения и обеспечение антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированных лиц. Результаты лабораторного обследования контактных фиксируются в амбулаторной карте ВИЧ-инфицированного, состоящего на диспансерном учете (дискордантные пары). ВИЧ-инфицированный в динамике представляет данные на изменение семейного положения, фамилии, имени, отчества (при его наличии), данные о новых контактных лицах для обследования и наблюдения, которые вводятся в базу электронного слежения. Предоставление антиретровирусной терапии для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции с момента установления диагноза проводится в соответствии с рекомендациями клинических протоколов диагностики и лечения ВИЧ-инфекции у взрослых и детей, с привлечением услуг аутрич работников и социальных работников.	грубое
Критерии для субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере службы крови		
179.	Наличие лицензии и приложений к ней по осуществляемым видам деятельности	грубое
180.	Соответствие сертификата специалиста по соответствующей клинической специальности	грубое
181.	Соблюдение в организации службы крови требований поэтапной маркировки крови и ее компонентов. Обеспечение условий для прослеживаемости движения каждого продукта крови от донора до получения готового продукта и его использование	грубое
182.	Лабораторное исследование образцов крови реципиента на наличие маркеров гемотрансмиссивных инфекций до и после трансфузий осуществляется качественными иммуносерологическими и молекулярно-биологическими методами на автоматических анализаторах закрытого типа.	грубое
183.	После донации крови и ее компонентов вся информация о донации крови и ее компонентов, в том числе вид реакции и объем оказанной медицинской помощи, в случае побочных эффектов донации, регистрируются в электронной информационной базе данных. Заготовленная кровь и ее компоненты передаются в блок первичного фракционирования с сопроводительной документацией	значительное
184.	Донору предоставляется анкета донора крови и ее компонентов, которую он заполняет самостоятельно или при участии медицинского регистратора, а также информационный лист	значительное
185.	Выполнение иммуногематологических исследований на наличие нерегулярных антиэритроцитарные антител в жидкофазных системах на плоскости и в пробирках, прочтение результата реакции агглютинации с обязательной микроскопией.	значительное
186.	Входной и ежедневный внутрилабораторный контроль качества реагентов для подтверждения их активности, и специфичности. Входному контролю подлежат: 1) закупленные материалы (контейнеры для сбора крови, реагенты, тест-системы, дезинфицирующие средства, инструменты и другие материалы), номенклатура которых утверждается первым руководителем организации службы крови; 2) единицы донорской крови и ее компонентов (при приемке в производство)	значительное
187.	Собранная в выездных условиях кровь помещается в термоконтейнеры с маркировкой "Гемопродукция необследованная, выдаче не подлежит" и при температуре 22±2°С доставляется в течение 18-24 часов в организацию службы крови	значительное
188.	Для иммуногематологических исследований образцов крови потенциальных реципиентов используются реагенты с моноклональными антителами и оборудование, зарегистрированные государственным органом в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий	значительное
2. Критерии по источнику информации «Результаты мониторинга сведений, получаемых из автоматизированных информационных систем»		
1.	Наличие случаев роста числа предотвратимых летальных исходов на 5% по сравнению с предыдущим периодом	грубое
2.	Наличие случаев превышения показателя необоснованного отклонения лечебных, диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения (более 10% от числа пролеченных)	значительное
3.	Наличие случаев послеоперационных осложнений	значительное

4.	Наличие случаев необоснованной госпитализации в стационар	значительное
5.	Наличие случаев проведения оперативного лечения через 2 суток и более при плановой госпитализации	значительное
6.	Наличие случаев осложнений после проведенной трансплантации	грубое
7.	Наличие случаев охвата реперфузионной терапией при трансмуральном инфаркте менее 75%	значительное
8.	Наличие случаев охвата чрескожным коронарным вмешательством при субэндокардиальном инфаркте менее 40%	значительное
9.	Наличие случаев отклонений в средней численности населения на участке от нормативов	значительное
10.	Наличие случаев несвоевременного выявления злокачественных новообразований визуальной локализации	грубое
11.	Наличие случаев несвоеременно диагностированного туберкулеза легких	грубое
12.	Наличие случаев превышения показателя госпитализированных по поводу осложнений болезней системы кровообращения (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения) из числа состоящих на диспансерном учете более 5%	значительное
13.	Наличие случаев превышения показателя детской смертности (от 7 дней до 5 лет), предотвратимой на уровне амбулаторно-поликлинической организации по сравнению с предыдущим годом на 5 %	грубое
14.	Наличие случаев несвоевременной госпитализации бацилловыделителей	грубое
15.	Наличие случаев деструктивных форм туберкулеза легких среди впервые выявленных детей	значительное
16.	Наличие случаев заболевания туберкулезом сотрудников противотуберкулезных организаций	грубое
17.	Наличие случаев превышения показателя летальности в стационаре на 5 % и более от предыдущего периода	значительное
18.	Наличие случаев несоблюдения сроков начала специализированного лечения со дня установки диагноза злокачественного новообразования	значительное
19.	Наличие случаев роста показателя родовых травм новорожденных по сравнению с предыдущим периодом оценки	значительное
20.	Наличие случаев осложнений, связанных с применением высокотехнологичных медицинских услуг, уникальных технологий	значительное
3. Критерии по источнику информации «Результаты мониторинга отчетных данных, представляемых субъектом контроля»		
1.	Наличие случаев несоответствия нагрузки на 1 врача-лаборанта, утвержденным стандартам	значительное
2.	Наличие случаев несоответствия показателя числа пациентов, снятых с наркологического учета с выздоровлением или ремиссией утвержденным стандартам (менее 8%)	значительное
3.	Наличие случаев несоответствия показателя числа больных, находящихся на конец отчетного периода в состоянии ремиссии 1 год и более утвержденным стандартам (менее 18% – употребление алкоголя, менее 22% употребление наркотиков)	значительное
4.	Наличие случаев несоответствия сроков среднего пребывания больных в программах медико-социальной реабилитации утвержденным стандартам (менее 30 койко/дней)	значительное
5.	Наличие случаев несоответствия показателя удельного веса пациентов с зависимостью от психоактивных веществ, прошедших курс стационарного лечения и реабилитации в течение последнего года к общему количеству лиц, зависимых от психоактивных веществ, состоящих на наркологическом учете утвержденным значениям (ниже 10% от числа состоящих)	значительное
6.	Наличие случаев снижения показателя числа больных, находящихся на конец отчетного периода в состоянии ремиссии 1 год и более по сравнению с показателем предыдущего периода оценки	значительное
7.	Наличие случаев отклонений от времени доезда в соответствующей категории (для организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь)	значительное

8.	Наличие случаев повторных выездов по одному и тому же случаю в течение суток	значительное
9.	Наличие случаев снижения доли донаций, обследованных методом двухступенчатого скрининга маркеров трансфузионных инфекций в общем объеме обследованных донаций менее 100%	значительное
10.	Наличие случаев снижения доли образцов донорской крови подвергнутых иммунологическому исследованию на наличие маркеров к ВИЧ-1,2, вирусным гепатитам С, вирусным гепатитам В, сифилису методами иммуноферментного анализа или иммунохемилюминесцентного анализа, с применением закрытой автоматизированной диагностической системы в общем объеме исследованных образцов донорской крови менее 100%	значительное
11.	Наличие случаев снижения доли образцов донорской крови, подвергнутых молекулярно-биологическому исследованию – полимеразно-цепной реакции на наличие рибонуклеиновой кислоты к ВИЧ-1,2, вирусным гепатитам С и дезоксирибонуклеиновой кислоты к вирусным гепатитам В с применением закрытой автоматизированной диагностической системы в общем объеме исследованных образцов донорской крови менее 100%	значительное
12.	Наличие случаев снижения доли безвозмездных добровольных донаций крови и ее компонентов в общем объеме донаций за отчетный период ниже среднереспубликанского показателя	значительное
13.	Наличие случаев снижения доли автоматизации процесса заготовки плазмы в общем объеме заготовки методом плазмафереза отчетный период ниже среднего республиканского показателя	значительное
14.	Наличие случаев снижения показателя автоматизации процесса заготовки тромбоцитов в общем объеме заготовки методом цитафереза за отчетный период ниже среднего республиканского показателя	значительное
15.	Наличие медицинского оборудования, применяемого в производстве и при контроле качества продуктов крови, не прошедшего регулярное плановое техническое обслуживание	значительное
16.	Наличие случаев превышения показателя нарушения режима лечения среди новых случаев с бактериовыделением более 5%	значительное
17.	Наличие случаев снижения показателя охвата лечением препаратами резервного ряда среди всех больных с мультирезистентностью менее 85%	значительное
18.	Наличие случаев предоставления недостоверной отчетной информации	незначительное
4. Критерии по источнику информации «Результаты анализа информации, получаемой от уполномоченных органов и организаций»		
1.	Наличие случаев заболевания гепатитом, сифилисом сотрудников лабораторий	значительное
2.	Наличие случаев снижения процента лиц, употребляющих инъекционные наркотики (менее 50%) и секс работников (менее 60%), прошедших диагностику на ВИЧ-инфекции, из числа обратившихся в профилактические программы, кроме лиц с установленным ВИЧ-инфекцией статусом	значительное
3.	Наличие пяти и более подтвержденных жалоб, обращений от физических и юридических лиц за прошедший год (для республиканских, областных и городских медицинских организаций)	грубое
4.	Наличие двух и более подтвержденных жалоб, обращений от физических и юридических лиц за прошедший год (для районных медицинских организаций)	грубое

Расшифровка аббревиатур:

БИТ – блок интенсивной терапии

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВОП – врач общей практики

ЗН – злокачественное новообразование

ИПП – инфекции, передающиеся половым путем

КДП – консультативно-диагностическая помощь

МДГ – мультидисциплинарная группа

ПАВ – психоактивные вещества

ПМСП - первичная медико-санитарная помощь

ПОСТИН – психиатрическая организация специализированного типа с
интенсивным наблюдением

ППР – психические, поведенческие расстройства

ПТП - противотуберкулезные препараты

ПЦПЗ - первичный центр психического здоровья

РГОЗ - республиканская государственная организация здравоохранения,
осуществляющая деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции

РНЦПЗ – республиканский научно-практический центр психического
здоровья

СМП – скорая медицинская помощь

ССМП – служба скорой медицинской помощи

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЦПЗ – центр психического здоровья

ЭИС – электронная информационная система

ЭКГ – электрокардиография

**Приложение 2 совместному приказу
 Министра национальной экономики
 Республики Казахстан
 от 6 января 2021 года
 № 5 и Министр здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 6 января 2021 года
 № ҚР ДСМ-3**

Приложение 2 к совместному приказу Министра
 здравоохранения Республики Казахстан от 15
 ноября 2018 года № ҚР ДСМ-32 и Министра
 национальной экономики Республики Казахстан
 от 15 ноября 2018 года № 70

**Проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания
 медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих
 стационарную, стационарозамещающую помощь***

Государственный орган, назначивший проверку _____

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта (объекта)
 контроля _____

№, дата _____

Наименование субъекта (объекта) контроля _____

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный
 номер субъекта (объекта) контроля _____

Адрес места нахождения _____

№	Перечень требований	Тре- бу- ется	Не тре- бу- ет- ся	Со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям	Не со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям
1.	Наличие лицензии и приложений к ней по осуществляемым видам деятельности				
2.	Наличие сертификата специалиста по соответствующей клинической специальности				

3.	Наличие заключения о соответствии субъекта здравоохранения к предоставлению высокотехнологических медицинских услуг				
4.	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий				
5.	<p>Время пребывания бригады Службы скорой медицинской помощи или отделения СМП при организации ПМСП в приемном отделении стационара не превышает 10 минут (время для передачи пациента врачу приемного отделения) с момента ее прибытия в стационар, за исключением случаев необходимости оказания скорой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.</p> <p>После передачи бригадами СМП или отделения СМП при организации ПМСП пациента в приемное отделение стационара медицинская сестра проводит распределение поступающих пациентов (медицинскую сортировку по триаж-системе) на группы, исходя из первоочередности оказания экстренной медицинской помощи.</p> <p>Медицинская сортировка по триаж-системе проводится непрерывно и преемственно. По завершению оценки, пациенты помечаются цветом одной из категорий сортировки, в виде специальной цветной бирки либо цветной ленты.</p> <p>Согласно медицинской сортировке, выделяют 3 группы пациентов:</p> <p>первая группа (красная зона) – пациенты, состояние которых представляет непосредственную угрозу жизни или имеющие высокий риск ухудшения и требующие экстренной медицинской помощи;</p> <p>вторая группа (желтая зона) – пациенты, состояние которых представляет потенциальную угрозу для здоровья или может прогрессировать с развитием ситуации, требующей экстренной медицинской помощи;</p> <p>третья группа (зеленая зона) – пациенты, состояние которых не представляет непосредственной угрозы для жизни и здоровья и не требует госпитализации.</p>				
6.	Госпитализация тяжелого пациента, нуждающегося в постоянном мониторинге жизненно важных функций по медицинским показаниям, по решению консилиума и уведомлению руководителей организаций здравоохранения после стабилизации состояния переводится в другую медицинскую организацию по профилю заболевания для дальнейшего обследования и лечения				
7.	<p>При отсутствии показаний для госпитализации в организацию здравоохранения, врач приемного отделения выдает пациенту медицинское заключение с письменным обоснованием отказа.</p> <p>Медицинской сестрой приемного отделения направляется актив в организацию ПМСП по месту прикрепления пациента</p>				
8.	<p>Наличие показаний для госпитализации:</p> <p>необходимость оказания доврачебной, квалифицированной, специализированной медицинской помощи, в том числе с применением высокотехнологических медицинских услуг, с круглосуточным медицинским наблюдением пациентов:</p> <p>1) в плановом порядке – по направлению специалистов ПМСП или другой организации здравоохранения;</p> <p>2) по экстренным показаниям (включая выходные и праздничные дни) - вне зависимости от наличия направления</p>				
9.	Осмотр пациента заведующим отделением тяжелых пациентов в день госпитализации, в последующем – ежедневно. Пациенты, находящиеся в среднетяжелом состоянии, осматриваются не реже одного раза в неделю. Результаты осмотра пациента регистрируются в медицинской карте с указанием рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента с обязательной идентификацией медицинского работника, вносящего записи				
10.	Клинический диагноз устанавливается совместно с заведующим отделением не позднее трех календарных дней со дня госпитализации пациента в организацию здравоохранения				
11.	Ежедневный осмотр пациентов, находящихся в стационаре, лечащим врачом, кроме выходных и праздничных дней. При осмотре и назначении дежурным врачом дополнительных диа-				

	гностических и лечебных манипуляций проводятся соответствующие записи в медицинской карте				
12.	Соблюдение требований при плановой госпитализации: 1) наличие направления на госпитализацию в стационар и талона плановой госпитализации; 2) госпитализация пациента в соответствии с установленной датой плановой госпитализации в направлении; 3) наличие проведенных клинико-диагностических (лабораторных, инструментальных и функциональных) исследований и консультаций профильных специалистов соответственно диагнозу				
13.	Наличие консультаций или консилиума при затруднении в идентификации диагноза, неэффективности проводимого лечения, а также при иных показаниях				
14.	Соблюдение критериев при выписке, в частности: 1) общепринятые исходы лечения (выздоровление, улучшение, без перемен, смерть, переведен в другую медицинскую организацию); 2) письменное заявление пациента или его законного представителя при отсутствии непосредственной опасности для жизни пациента или для окружающих; 3) случаи нарушения правил внутреннего распорядка, установленных организацией здравоохранения, а также создание препятствий для лечебно-диагностического процесса, ущемления прав других пациентов на получение надлежащей медицинской помощи (при отсутствии непосредственной угрозы его жизни), о чем делается запись в медицинской карте.				
15.	Наличие выдачи выписного эпикриза пациенту на руки при выписке с указанием полного клинического диагноза, проведенного объема диагностических исследований, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению. Данные по выписке заносятся в информационные системы день в день, с указанием фактического времени выписки.				
16.	Соблюдение требований к переливанию компонентов крови и в случае развития осложнений: Перед переливанием компонентов крови реципиент обследуется на маркеры гемотрансмиссивных инфекций ВИЧ, гепатиты В и С, а после окончания лечения в выписном эпикризе указывается необходимость повторного обследования на ВИЧ и гепатиты В и С по месту жительства. Обследование реципиентов на наличие ВИЧ-инфекции в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется в государственных организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции В медицинскую карту пациента до начала трансфузионной терапии вносятся сведения, касающиеся трансфузионного и акушерского анамнеза: наличие предшествующих переливаний, когда и в связи с чем; имелись ли посттрансфузионные осложнения, беременности, закончившиеся рождением детей с гемолитической болезнью новорожденного. В случае развития осложнений во время биологической пробы, во время переливания или после него, производится подробная запись (записи) с описанием состояния реципиента, данных мониторинга жизненно важных функций, методов лечения и их эффективности. Проводится немедленный лабораторный контроль крови и мочи реципиента.				
17.	Соблюдение показаний для госпитализации в дневной стационар при амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения и в стационар на дому являются: 1) обострение хронических заболеваний, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения; 2) активное плановое оздоровление группы пациентов с хроническими заболеваниями, подлежащими динамическому наблюдению; 3) долечивание пациента на следующий день после курса стационарного лечения по медицинским показаниям; 4) проведение курсов медицинской реабилитации второго и третьего этапа;				

	<p>5) паллиативная помощь;</p> <p>6) орфанные заболевания у детей, сопряженных с высоким риском инфекционных осложнений и требующих изоляции в период сезонных вирусных заболеваний, для получения регулярной заместительной ферментативной и антибактериальной терапии.</p> <p>Соблюдений для госпитализации в дневной стационар при круглосуточном стационаре являются:</p> <p>1) проведение операций и вмешательств со специальной предоперационной подготовкой и реанимационной поддержкой;</p> <p>2) проведение сложных диагностических исследований, требующих специальной предварительной подготовки, а также не доступных в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения;</p> <p>3) наблюдение пациентов, лечение которых связано с переливанием препаратов крови, внутривенных вливаний кровезамещающих жидкостей, специфической гипосенсибилизирующей терапии, инъекций сильнодействующих препаратов, внутрисуставных введений лекарственных средств;</p> <p>4) долечивание на следующий день после стационарного лечения при наличии показаний к ранней выписке после оперативного лечения;</p> <p>5) паллиативная помощь;</p> <p>6) химиотерапия, лучевая терапия, коррекция патологических состояний, возникших после проведения специализированного лечения онкологическим пациентам</p>				
18.	<p>Наличие обследования лиц по клиническим показаниям на ВИЧ-инфекции при выявлении следующих заболеваний, синдромов и симптомов: 1) увеличение двух и более лимфатических узлов длительностью более 1 месяца, персистирующая, генерализованная лимфаденопатия;</p> <p>2) лихорадка неясной этиологии (постоянная или рецидивирующая длительностью более 1 месяца);</p> <p>3) необъяснимая тяжелая кахексия или выраженные нарушения питания, плохо поддающиеся стандартному лечению (у детей), необъяснимая потеря 10% веса и более;</p> <p>4) хроническая диарея в течение 14 суток и более (у детей), необъяснимая хроническая диарея длительностью более месяца;</p> <p>5) себорейный дерматит, зудящая папулезная сыпь (у детей);</p> <p>6) ангулярный хейлит;</p> <p>7) рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (синусит, средний отит, фарингит, трахеит, бронхит);</p> <p>8) опоясывающий лишай;</p> <p>9) любой диссеминированный эндемический микоз, глубокие микозы (кокцидиоидоз, внелегочный криптококкоз (криптококковый менингит), споротрихоз, аспергиллез, изоспороз, внелегочной гистоплазмоз, стронгилоидоз, актиномикоз);</p> <p>10) туберкулез легочный и внелегочный, в том числе диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями, кроме туберкулеза периферических лимфоузлов; 11) волосяная лейкоплакия полости рта, линейная эритема десен;</p> <p>12) тяжелые затяжные рецидивирующие пневмонии и хронические бронхиты, не поддающиеся обычной терапии (кратностью два или более раз в течение года), бессимптомная и клинически выраженная лимфоидная интерстициальная пневмония;</p> <p>13) сепсис, затяжные и рецидивирующие гнойно-бактериальные заболевания внутренних органов (пневмония, эмпиема плевры, менингит, менингоэнцефалиты, инфекции костей и суставов, гнойный миозит, сальмонеллезная септицемия (кроме <i>Salmonella typhi</i>), стоматиты, гингивиты, периодонтиты);</p> <p>14) пневмоцистная пневмония;</p>				

	<p>15) инфекции, вызванные вирусом простого герпеса, с поражением внутренних органов и хроническим (длительностью более одного месяца с момента заболевания) поражением кожи и слизистых оболочек, в том числе глаз;</p> <p>16) кардиомиопатия;</p> <p>17) нефропатия;</p> <p>18) энцефалопатия неясной этиологии;</p> <p>19) прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия;</p> <p>20) саркома Капоши;</p> <p>21) новообразования, в том числе лимфома (головного мозга) или В-клеточная лимфома;</p> <p>22) токсоплазмоз центральной нервной системы;</p> <p>23) кандидоз пищевода, бронхов, трахей, легких, слизистых оболочек полости рта и носа;</p> <p>24) диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями;</p> <p>25) кахексия неясной этиологии;</p> <p>26) затяжные рецидивирующие пиодермии, не поддающиеся обычной терапии;</p> <p>27) тяжелые хронические воспалительные заболевания женской половой сферы неясной этиологии;</p> <p>28) инвазивные новообразования женских половых органов;</p> <p>29) мононуклеоз через 3 месяцев от начала заболевания;</p> <p>30) инфекции, передающиеся половым путем (сифилис, хламидиоз, трихомониаз, гонорея, генитальный герпес, вирусный папилломатоз и другие) с установленным диагнозом;</p> <p>31) вирусные гепатиты В и С, при подтверждении диагноза;</p> <p>32) обширные сливные кондиломы;</p> <p>33) контактный моллюск с обширными высыпаниями, гигантский обезображивающий контактный моллюск;</p> <p>34) первичное слабоумие у ранее здоровых лиц;</p> <p>35) больные гемофилией и другими заболеваниями, систематически получающие переливания крови и ее компонентов;</p> <p>36) генерализованная цитомегаловирусная инфекция.</p>				
19.	Наличие договора на оказание платных услуг в организациях здравоохранения				
20.	<p>Соблюдение следующих требований при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности:</p> <p>1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;</p> <p>2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении (включая дневные стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;</p> <p>3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена;</p> <p>4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня);</p> <p>5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;</p>				

	<p>6) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации;</p> <p>7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;</p> <p>8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.</p>				
21.	<p>Наличие проведения клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:</p> <p>1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям:</p> <p>отсутствие сбора анамнеза;</p> <p>полнота сбора анамнеза;</p> <p>наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус;</p> <p>развитие осложнений вследствие допущенных тактических ошибок при проведении лечебно-диагностических мероприятий из-за некачественного сбора анамнеза;</p> <p>2) полнота и обоснованность проведения диагностических исследований, которые оцениваются по следующим критериям:</p> <p>отсутствие диагностических мероприятий;</p> <p>неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;</p> <p>проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;</p> <p>проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;</p> <p>проведение диагностических исследований, неинформативных для постановки правильного диагноза и приведших к необоснованному увеличению сроков лечения и удорожанию стоимости лечения;</p> <p>3) правильность, своевременность и обоснованность выставленного клинического диагноза с учетом результатов проведенных исследований (при плановой госпитализации учитываются исследования, проведенные и на догоспитальном этапе), которые оцениваются по следующим критериям:</p> <p>диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней;</p> <p>не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения;</p> <p>диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром при выделенных осложнениях, не распознаны сопутствующие заболевания, влияющие на исход;</p> <p>диагноз основного заболевания правильный, но не диагностированы сопутствующие заболевания, влияющие на результат лечения.</p> <p>Объективные причины неправильной и (или) несвоевременной диагностики (атипичное течение основного заболевания, бессимптомное течение сопутствующего заболевания, редко встречающиеся осложнения и сопутствующие заболевания) отражаются в результатах экспертизы. Проводится оценка влияния неправильной и (или) несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);</p> <p>4) своевременность и качество консультаций профильных специалистов, которые оцениваются по следующим критериям:</p>				

	<p>отсутствие консультации, приведшее к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, отрицательно повлиявших на исход заболевания;</p> <p>консультация своевременная, принятие во внимание мнения консультанта при постановке диагноза частично повлияло на исход заболевания;</p> <p>консультация своевременная, мнение консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания;</p> <p>мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.</p> <p>В случаях проведения консультаций с опозданием, проводится оценка объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);</p> <p>5) объем, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий, которые оцениваются по следующим критериям:</p> <p>отсутствие лечения при наличии показаний;</p> <p>назначение лечения при отсутствии показаний;</p> <p>назначение малоэффективных лечебных мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний и осложнений;</p> <p>выполнение лечебных мероприятий не в полном объеме, без учета функционального состояния органов и систем, назначения лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;</p> <p>несоблюдение требований Стандартов, необоснованное отклонение от требований клинических протоколов, наличие полипрагмазии, приведшее к развитию нового патологического синдрома и ухудшению состояния пациента;</p> <p>6) отсутствие или развитие осложнений после медицинских вмешательств, оцениваются все возникшие осложнения, в том числе обусловленные оперативными вмешательствами (запоздалое оперативное вмешательство, неадекватный объем и метод, технические дефекты) и диагностическими процедурами;</p> <p>7) достигнутый результат, который оценивается по следующим критериям:</p> <p>достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи);</p> <p>отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований;</p> <p>отсутствие ожидаемого клинического эффекта вследствие проведения малоэффективных лечебных, профилактических мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний, осложнений, назначение лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;</p> <p>наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>8) качество ведения медицинской документации, которое оценивается по наличию, полноте и качеству записей в первичной медицинской документации, предназначенной для записи данных о состоянии здоровья пациентов, отражающих характер, объем и качество оказанной медицинской помощи в соответствии с формами отчетной и учетной документации</p>				
22.	<p>Соблюдение следующих действий при проведении патологоанатомического вскрытия:</p> <p>1) проведение патологоанатомического вскрытия трупов после констатации врачами биологической смерти, после предоставления медицинской карты стационарного больного или медицинской карты амбулаторного больного с письменным распоряжением главного врача или его заместителя по медицинской (лечебной) части организации здравоохранения о направлении на патологоанатомическое вскрытие;</p> <p>2) оформление результатов патологоанатомического вскрытия в виде патологоанатомического диагноза (патологоанатомический диагноз включает: основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание, комбинированное основное заболевание);</p>				

- 3) передача медицинской карты стационарного больного или медицинской карты амбулаторного больного с внесенным в нее патологоанатомическим диагнозом в медицинский архив организации здравоохранения не позднее десяти рабочих дней после патологоанатомического вскрытия;
- 4) проведение клинико-патологоанатомического разбора в случаях смерти больных в организациях здравоохранения;
- 5) патологоанатомическое вскрытие при подозрениях на острые инфекционные, онкологические заболевания, патологию детского возраста, летальный исход в связи с медицинскими манипуляциями в целях установления причины смерти и уточнения диагноза заболевания со смертельным исходом;
- 6) организация главным врачом и заведующим патологоанатомического отделения вирусологического (иммунофлюоресцентного) и бактериологического исследования материалов вскрытия трупов в случаях подозрения на инфекционные заболевания;
- 7) передача в патологоанатомическое бюро, централизованное патологоанатомическое бюро и патологоанатомическое отделение медицинских карт стационарных больных на всех умерших за предшествующие сутки не позднее 10 часов утра дня, следующего после установления факта смерти;
- 8) оформление:
- медицинского свидетельства о смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» в день проведения патологоанатомического вскрытия;
 - медицинского свидетельства о перинатальной смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» в день проведения патологоанатомического вскрытия;
- 9) оформление результатов вскрытия в виде протокола патологоанатомического исследования; 10) наличие письменного уведомления в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа на судебно-медицинскую экспертизу при обнаружении признаков насильственной смерти и прекращение проведения патологоанатомического исследования трупа;
- 11) наличие письменного извещения врача по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» в случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку, а также экстренное извещение в органы государственной санитарно-эпидемиологической службы, сразу же после их выявления;
- 12) проведение патологоанатомического исследования плаценты:
- в случае мертворождения;
 - при всех заболеваниях новорожденных, выявленных в момент рождения;
 - в случаях, подозрительных на гемолитическую болезнь новорожденных;
 - при раннем отхождении вод и при грязных водах;
 - при заболеваниях матери, протекающих с высокой температурой в последний триместр беременности;
 - при явной аномалии развития или прикрепления плаценты;
 - при подозрении на наличие врожденных аномалий развития плода;
 - при случаях преэклампсий, эклампсий
- 13) обязательная регистрация плода массой менее 500 граммов с антропометрическими данными (масса, рост, окружность головы, окружность грудной клетки);
- 14) установление патологоанатомического вскрытия в зависимости от сложности на следующие категории:
- первая категория;
 - вторая категория;

**** – данный проверочный лист используется в отношении субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере лабораторной службы, также при проведении проверки субъекта (объекта) здравоохранения, в составе которого имеется лабораторная служба, данный проверочный лист используется в качестве дополнительного проверочного листа к основному проверочному листу, используемому в зависимости от формы и профиля оказания медицинской помощи в субъекте (объекте) контроля

**Приложение 3 совместному приказу
 Министра национальной экономики
 Республики Казахстан
 от 6 января 2021 года
 № 5 и Министр здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 6 января 2021 года
 № ҚР ДСМ-3**

Приложение 3 к совместному приказу Министра
 здравоохранения Республики Казахстан от 15
 ноября 2018 года № ҚР ДСМ-32 и Министра
 национальной экономики Республики Казахстан
 от 15 ноября 2018 года № 70

**Проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания
 медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих
 амбулаторно-поликлиническую помощь (первичную медико-санитарную
 помощь и консультативно-диагностическую помощь)****

Государственный орган, назначивший проверку _____

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля _____

№, дата _____

Наименование субъекта (объекта) контроля _____

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер
 субъекта (объекта) контроля _____

Адрес места нахождения _____

№	Перечень требований	Тре- бу- ется	Не тре- бу- ет- ся	Со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям	Не со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям
1.	Наличие лицензии и приложений к ней по осуществляемым видам деятельности				
2.	Наличие сертификата специалиста по соответствующей клинической специальности				
3.					

	Соответствие проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов				
4.	<p>Соблюдение следующих требований при организации и проведении врачебно-консультативной комиссии:</p> <p>1) наличие приказа руководителя медицинской организации:</p> <ul style="list-style-type: none"> - о создании врачебно-консультативной комиссии; - о составе, количестве членов (не менее трех врачей), - о порядке и графике работы врачебно-консультативной комиссии <p>2) наличие заключения врачебно-консультативной комиссии</p>				
5.	<p>Соблюдение организациями первичной медико-санитарной помощи общего порядка проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения:</p> <p>1) наличие списков целевых групп лиц, подлежащих скрининговому осмотру;</p> <p>2) обеспечение преемственности с профильными медицинскими организациями для проведения данных осмотров;</p> <p>3) информируют население о необходимости прохождения скрининговых исследований;</p> <p>4) внесение данные о прохождении скрининговых исследований в медицинской информационной системе;</p> <p>5) проведение ежемесячного анализа проведенных скрининговых исследований с предоставлением информации в местные органы государственного управления здравоохранением до 5 числа месяца, следующим за отчетным.</p>				
6.	<p>Соответствие уровней оказания медицинской реабилитации пациентам:</p> <p>1) первичный уровень – медицинские организации первичной медико-санитарной помощи, имеющие в своей структуре кабинет/отделение реабилитации, дневной стационар и оказывающие медицинскую реабилитацию пациентам, состояние которых оценивается от 1 до 2-х баллов по Шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ);</p> <p>2) вторичный уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре специализированные отделения и (или) центры, осуществляющие медицинскую реабилитацию в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, оказывающие медицинскую реабилитацию пациентам, состояние которых оценивается от 2-х до 4-х баллов по ШРМ;</p> <p>3) третичный уровень – специализированные медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую реабилитацию, в том числе с применением высокотехнологичных услуг, в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, пациентам, состояние которых оценивается от 2-х до 4-ти баллов по ШРМ.</p>				
7.	<p>Соответствие оказания противотуберкулезной помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне:</p> <p>1) проведение информационно-разъяснительной работы по профилактике, раннему выявлению туберкулеза;</p> <p>2) планирование (формирование списков подлежащих лиц, оформление графика), организацию и проведение флюорографического обследования с оформлением в медицинской документации результатов обследования;</p> <p>3) планирование (формирование списков подлежащих лиц, оформление графика), организацию и проведение туберкулинодиагностики детей и подростков с оформлением в медицинской документации результатов обследования, проведение дообследования туберкулиноположительных детей);</p> <p>4) направление на обследование лиц при подозрении на туберкулез по диагностическому алгоритму обследования</p> <p>5) направление к фтизиатру лиц с положительными результатами флюорографического обследования, детей и подростков с впервые выявленной положительной и гиперергической туберкулиновой пробой, с нарастанием туберкулиновой чувствительности на 6 мм и более, детей с побочными реакциями и осложнениями на прививку против туберкулеза;</p>				

	<p>6) планирование, организацию и проведение вакцинации против туберкулеза;</p> <p>7) контролируемое лечение латентной туберкулезной инфекции (далее -ЛТИ) по назначению фтизиатра, в том числе в видеонаблюдаемом режиме;</p> <p>8) обследование контактных;</p> <p>9) амбулаторное непосредственно-контролируемое или видеонаблюдаемое лечение больных туберкулезом;</p> <p>10) диагностика и лечение побочных реакций на противотуберкулезные препараты по назначению фтизиатра;</p> <p>11) диагностика и лечение сопутствующих заболеваний;</p> <p>12) ведение медицинских карт больных туберкулезом, находящихся на амбулаторном лечении, в том числе туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью;</p> <p>13) регулярное внесение данных в Национальный регистр больных туберкулезом в пределах компетенции</p>				
8.	<p>Соблюдение следующего порядка оказания оказания онкологической помощи в форме амбулаторно-поликлинической помощи:</p> <p>формирование групп лиц с риском развития онкологических заболеваний;</p> <p>осмотр врачом с целью определения состояния пациента и установления диагноза;</p> <p>лабораторное и инструментальное обследование пациента с целью постановки диагноза;</p> <p>динамическое наблюдение за онкологическими больными;</p> <p>отбор и направление на госпитализацию онкологических больных для получения специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичных медицинских услуг;</p> <p>дообследование лиц с подозрением на ЗН с целью верификации диагноза;</p> <p>определение тактики ведения и лечения пациента;</p> <p>проведение амбулаторной противоопухолевой терапии</p>				
9.	<p>Наличие обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям, включая половых партнеров беременных, лиц, обратившихся добровольно и анонимно</p>				
10.	<p>При первом обращении женщины по поводу беременности и при желании сохранить ее, врачу акушер-гинекологу необходимо проведение следующих мероприятий:</p> <p>1) собирает анамнез, выясняет наличие у беременной и родственников заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия, туберкулез, психические расстройства, онкологические заболевания и другие), рождение детей с врожденными пороками развития и наследственными болезнями;</p> <p>2) обращает внимание на перенесенные в детстве и в зрелом возрасте заболевания (соматические и гинекологические), операции, переливания крови и ее компонентов;</p> <p>3) при сборе анамнеза выявляет группу «риска» по врожденной и наследственной патологии для направления к врачу по специальности «Медицинская генетика» (без ультразвукового скрининга и анализа материнских сывороточных маркеров) по следующим показаниям: возраст беременной женщины 37 лет и старше, наличие в анамнезе случаев прерывания беременности по генетическим показаниям и/(или) рождения ребенка с ВПР или хромосомной патологией, наличие в анамнезе случаев рождения ребенка (или наличие родственников) с моногенным наследственным заболеванием, наличие семейного носительства хромосомной или генной мутации, отягощенный акушерский анамнез (мертворождение, привычное невынашивание и другие);</p> <p>4) направляет на забор крови беременных женщин для анализа материнских сывороточных маркеров в первом триместре беременности и назначает ультразвуковой скрининг в первом, втором и третьем триместрах беременности;</p> <p>5) изучает особенности репродуктивной функции;</p> <p>6) уточняет состояние здоровья супруга, группу крови и резус принадлежность;</p> <p>7) изучает характер производства, где работают супруги, вредные привычки;</p>				

	<p>8) осуществляет раннюю постановку на учет беременных до 12 недель и регистрацию в день выявления беременности для своевременного обследования;</p> <p>9) выясняет наличие противопоказаний к вынашиванию беременности;</p> <p>10) использует возможность получения информации из регистра беременных и ЖФВ о течении предыдущих беременностей и ранее выявленных соматических заболеваниях.</p> <p>11) составляет предварительный план ведения с учетом выявленных факторов</p>				
<p>11.</p>	<p>Врач акушер-гинеколог оказывает и организует акушерско-гинекологическую помощь женщинам при беременности, после родов, предоставляет услуги по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья, а также профилактику, диагностику и лечение гинекологических заболеваний репродуктивной системы путем:</p> <p>1) диспансерного наблюдения беременных в целях предупреждения и раннего выявления осложненной беременности, родов и послеродового периода с выделением женщин «по факторам риска»;</p> <p>2) проведения пренатального скрининга - комплексного обследования беременных женщин с целью выявления группы риска по хромосомной патологии и врожденным порокам развития (далее – ВПП) внутриутробного плода;</p> <p>3) выявления беременных, нуждающихся в своевременной госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности медицинских организаций стационарного уровня, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, профильные медицинские организации с экстрагенитальной патологией, с соблюдением принципов регионализации перинатальной помощи;</p> <p>4) направления беременных, рожениц и родильниц для получения специализированной помощи с медицинским наблюдением, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг в медицинские организации республиканского уровня;</p> <p>5) проведения дородового обучения беременных по подготовке к родам, в том числе к партнерским родам, информирование беременных о тревожных признаках, об эффективных перинатальных технологиях, принципах безопасного материнства, грудного вскармливания и перинатального ухода;</p> <p>6) проведения патронажа беременных и родильниц по показаниям;</p> <p>7) консультирования и оказания услуг по вопросам планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья;</p> <p>8) профилактики и выявления инфекций, передаваемых половым путем для направления к профильным специалистам;</p> <p>9) обследования женщин фертильного возраста с назначением, при необходимости углубленного обследования с использованием дополнительных методов и привлечением профильных специалистов для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия их на диспансерный учет;</p> <p>10) по результатам обследования женщина включается в группу динамического наблюдения женщин фертильного возраста в зависимости от состояния репродуктивного и соматического здоровья для своевременной подготовки к планируемой беременности с целью улучшения исходов беременности для матери и ребенка;</p> <p>11) организации и проведения профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления экстрагенитальных заболеваний;</p> <p>12) обследования и лечения гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий;</p> <p>13) выявления и обследования гинекологических больных для подготовки к госпитализации в специализированные медицинские организации; 14) диспансеризации гинекологических больных, включая реабилитацию и санаторно-курортное лечение;</p> <p>15) выполнения малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий;</p> <p>16) обеспечения преемственности взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных;</p>				

	17) проведения экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам и гинекологическим заболеваниям, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направления в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности				
12.	Дополнительные данные последующих осмотров и исследований фиксируются в Индивидуальной карте беременной и родильницы и Обменная карта беременной и родильницы при каждом посещении беременной врача акушера-гинеколога				
13.	Патронаж на дому акушеркой или патронажной медицинской сестрой беременных женщин, не явившихся на прием в течение 3 дней после назначенной даты				
14.	Наличие заключения врачебно-консультативной комиссии о возможном вынашивании беременности у женщин с противопоказаниями к беременности по экстрагенитальной патологии				
15.	Наличие договора на оказание платных услуг в организациях здравоохранения				
16.	Соблюдение медицинской сестрой медицинского пункта организации образования следующих требований: 1) наличие единого списка обучающихся в организациях образования; 2) наличие списка обучающихся (целевых групп), подлежащих скрининговому осмотру; 3) организация и проведение иммунопрофилактики с последующим поствакцинальным наблюдением за привитым; 4) ведение контроля за соблюдением сроков прохождения обязательных медицинских осмотров всех сотрудников школы и работников пищеблока; 5) ведение учетно-отчетной документации				
17.	Соблюдение следующих мероприятий при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности: 1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы; 2) соблюдение сроков выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности: - при заболеваниях и травмах единолично и одновременно на три календарных дня и с общей продолжительностью не более шести календарных дней; - в период повышенной заболеваемости населения гриппом, острой респираторной вирусной инфекции на основании приказа руководителя медицинской организации до шести календарных дней; 3) совместное проведение продления листа и справки о временной нетрудоспособности свыше шести календарных дней с заведующим отделением медицинской организации общей продолжительностью не более двадцати календарных дней; 4) наличие заключения врачебно-консультативной комиссии при продлении листа о временной нетрудоспособности свыше двадцати календарных дней; 5) соблюдение сроков (не более шести календарных дней) при выдаче листа и справки о временной нетрудоспособности физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой; 6) выдача листа и справки о временной нетрудоспособности на основании справки, подтверждающей обращение в травматологический пункт и станцию скорой медицинской помощи с зачетом дня обращения и последующих за ним выходных и праздничных дней; 7) выдача листа и справки о временной нетрудоспособности иногородним лицам по месту их временного пребывания по согласованию с руководителем соответствующей медицинской организации. В случае продления указанного листа и справки о временной нетрудоспособности производится в медицинской организации по месту прикрепления лица при наличии заключения врачебно-консультативной комиссии медицинской организации, открывшей лист и справку о временной нетрудоспособности;				

	<p>8) учет выданных листов о временной нетрудоспособности производится в книге регистрации листов временной нетрудоспособности</p>				
<p>18.</p>	<p>Соблюдение следующих требований при выдаче листа и справки о временной нетрудоспособности по беременности и родам:</p> <p>- лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается медицинским работником (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии - врачом, совместно с заведующим отделением после заключения ВКК с тридцати недель беременности на срок продолжительностью сто двадцать шесть календарных дней (семьдесят календарных дней до родов и пятьдесят шесть календарных дней после родов) при нормальных родах.</p> <p>Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, лист или справка о нетрудоспособности по беременности и родам выдается с двадцати семи недель продолжительностью сто семьдесят календарных дней (девяносто один календарный день до родов и семьдесят девять календарных дней после родов) при нормальных родах;</p> <p>2) женщинам, временно выехавшим с постоянного места жительства в пределах Республики Казахстан, лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается (продлевается) в медицинской организации, где произошли роды или в женской консультации (кабинете) по месту наблюдения согласно выписке (обменной карты) родовспомогательной организации</p> <p>3) в случае осложненных родов, рождении двух и более детей, лист или справка о временной нетрудоспособности продлевается дополнительно на четырнадцать календарных дней медицинским работником (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии - врачом, совместно с заведующим отделением после заключения ВКК по месту наблюдения согласно выписке родовспомогательной организации здравоохранения. В этих случаях общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет сто сорок календарных дней (семьдесят календарных дней до родов и семьдесят календарных дней после родов).</p> <p>Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае осложненных родов, рождении двух и более детей, лист или справка о временной нетрудоспособности продлевается дополнительно на четырнадцать календарных дней, общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет сто восемьдесят четыре дня (девяносто один календарный день до родов и девяносто три календарных дня после родов);</p> <p>4) в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, прожившего более семи суток, женщине выдается лист или справка о нетрудоспособности по факту родов на семьдесят календарных дней после родов.</p> <p>В случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения мертвого плода или ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, умершего до семи суток жизни, женщине выдается лист или справка о временной нетрудоспособности по факту родов на пятьдесят шесть календарных дней после родов;</p> <p>5) женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, прожившего более семи суток, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается на девяносто три календарных дня после родов.</p> <p>Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения мертвого плода или ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, умершего до семи суток жизни, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается на семьдесят девять календарных дней после родов;</p> <p>6) при обращении женщины в период беременности за листом временной нетрудоспособности отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставляется полностью независимо от числа дней, фактически использованных ею до родов.</p>				

	<p>При обращении женщины в период после родов за листом временной нетрудоспособности предоставляется только отпуск после родов продолжительностью, предусмотренной настоящим пунктом;</p> <p>7) при наступлении беременности в период нахождения женщины в оплачиваемом ежегодном трудовом отпуске или отпуске без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им трех лет, лист о временной нетрудоспособности выдается на все дни отпуска по беременности и родам, за исключением случаев, предусмотренных частью второй подпункта б) настоящего пункта;</p> <p>8) в случае смерти матери при родах или в послеродовом периоде, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается лицу, осуществляющему уход за новорожденным;</p> <p>9) при операции по искусственному прерыванию беременности, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается врачом совместно с заведующим отделением на время пребывания в стационаре и амбулаторно-поликлиническом уровне, где производилась операция, а в случае осложнения - на весь период временной нетрудоспособности.</p> <p>При самопроизвольном аборте (выкидыше) выдается лист или справка о временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности;</p> <p>10) при проведении операции пересадки эмбриона лист или справка о временной нетрудоспособности выдается медицинской организацией, проводившей операцию, со дня подсадки эмбриона до факта установления беременности.</p> <p>Лицам, усыновившим (удочерившим) новорожденного ребенка (детей), а также биологической матери при суррогатном материнстве непосредственно из родильного дома лист или справка о временной нетрудоспособности выдается, со дня усыновления (удочерения) и до истечения пятидесяти шести календарных дней со дня рождения ребенка</p>				
19.	<p>Наличие проведения клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:</p> <p>1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям:</p> <p>отсутствие сбора анамнеза;</p> <p>полнота сбора анамнеза;</p> <p>наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус;</p> <p>развитие осложнений вследствие допущенных тактических ошибок при проведении лечебно-диагностических мероприятий из-за некачественного сбора анамнеза;</p> <p>2) полнота и обоснованность проведения диагностических исследований, которые оцениваются по следующим критериям:</p> <p>отсутствие диагностических мероприятий;</p> <p>неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;</p> <p>проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;</p> <p>проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;</p> <p>проведение диагностических исследований, неинформативных для постановки правильного диагноза и приведших к необоснованному увеличению сроков лечения и удорожанию стоимости лечения;</p> <p>3) правильность, своевременность и обоснованность выставленного клинического диагноза с учетом результатов проведенных исследований (при плановой госпитализации учитываются исследования, проведенные и на догоспитальном этапе), которые оцениваются по следующим критериям:</p> <p>диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней;</p>				

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

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

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

Объективные причины неправильной и (или) несвоевременной диагностики (атипичное течение основного заболевания, бессимптомное течение сопутствующего заболевания, редко встречающиеся осложнения и сопутствующие заболевания) отражаются в результатах экспертизы. Проводится оценка влияния неправильной и (или) несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

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

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

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

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

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

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

6) отсутствие или развитие осложнений после медицинских вмешательств, оцениваются все возникшие осложнения, в том числе обусловленные оперативными вмешательствами (запоздалое оперативное вмешательство, неадекватный объем и метод, технические дефекты) и диагностическими процедурами;

7) достигнутый результат, который оценивается по следующим критериям:

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

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

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

наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;

8) качество ведения медицинской документации, которое оценивается по наличию, полноте и качеству записей в первичной медицинской документации, предназначенной для записи

**Приложение 4 совместному приказу
 Министра национальной экономики
 Республики Казахстан
 от 6 января 2021 года
 № 5 и Министр здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 6 января 2021 года
 № ҚР ДСМ-3**

Приложение 4 к совместному приказу Министра
 здравоохранения Республики Казахстан от 15
 ноября 2018 года № ҚР ДСМ-32 и Министра
 национальной экономики Республики Казахстан
 от 15 ноября 2018 года № 70

**Проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания
 медицинских услуг
 в отношении субъектов (объектов) родовспоможения**

Государственный орган, назначивший проверку

Акт о назначении проверки/ особого порядка проведения проверок

№, дата

Наименование субъекта (объекта) контроля

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер субъекта (объекта) контроля

Адрес места нахождения

№	Перечень требований	Тре- бу- ется	Не тре- бу- ет- ся	Со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям	Не со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям
1.	Наличие лицензии и приложений к ней по осуществляемым видам деятельности				
2.	Наличие сертификата специалиста по соответствующей клинической специальности				
3.					

	Наличие заключения о соответствии субъекта здравоохранения к предоставлению высокотехнологичных медицинских услуг				
4.	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий				
5.	<p>Время пребывания бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП в приемном отделении стационара не превышает 10 минут (время для передачи пациента врачу приемного отделения) с момента ее прибытия в стационар, за исключением случаев необходимости оказания скорой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.</p> <p>После передачи бригадами СМП или отделения СМП при организации ПМСП пациента в приемное отделение стационара медицинская сестра проводит распределение поступающих пациентов (медицинскую сортировку по триаж-системе) на группы, исходя из первоочередности оказания экстренной медицинской помощи.</p> <p>Медицинская сортировка по триаж-системе проводится непрерывно и преемственно. По завершению оценки, пациенты помечаются цветом одной из категорий сортировки, в виде специальной цветной бирки либо цветной ленты.</p> <p>Согласно медицинской сортировке, выделяют 3 группы пациентов:</p> <p>первая группа (красная зона) – пациенты, состояние которых представляет непосредственную угрозу жизни или имеющие высокий риск ухудшения и требующие экстренной медицинской помощи;</p> <p>вторая группа (желтая зона) – пациенты, состояние которых представляет потенциальную угрозу для здоровья или может прогрессировать с развитием ситуации, требующей экстренной медицинской помощи;</p> <p>третья группа (зеленая зона) – пациенты, состояние которых не представляет непосредственной угрозы для жизни и здоровья и не требует госпитализации</p>				
6.	<p>При отсутствии показаний для госпитализации в организацию здравоохранения, врач приемного отделения выдает пациенту медицинское заключение с письменным обоснованием отказа.</p> <p>Медицинской сестрой приемного отделения направляется актив в организацию ПМСП по месту прикрепления пациента</p>				
7.	<p>Наличие показаний для госпитализации:</p> <p>необходимость оказания доврачебной, квалифицированной, специализированной медицинской помощи, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг, с круглосуточным медицинским наблюдением пациентов:</p> <p>1) в плановом порядке – по направлению специалистов ПМСП или другой организации здравоохранения;</p> <p>2) по экстренным показаниям (включая выходные и праздничные дни) - вне зависимости от наличия направления</p>				
8.	Осмотр пациента заведующим отделением тяжелых пациентов в день госпитализации, в последующем – ежедневно. Пациенты, находящиеся в среднетяжелом состоянии, осматриваются не реже одного раза в неделю. Результаты осмотра пациента регистрируются в медицинской карте с указанием рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента с обязательной идентификацией медицинского работника, вносящего записи				
9.	Ежедневный осмотр пациентов, находящихся в стационаре, лечащим врачом, кроме выходных и праздничных дней. При осмотре и назначении дежурным врачом дополнительных диагностических и лечебных манипуляций проводятся соответствующие записи в медицинской карте				
10.	Дополнительное и повторное проведение исследований, проведенных перед госпитализацией в организации ПМСП или другой организации здравоохранения, по медицинским показаниям, с обоснованием в медицинской карте для динамической оценки состояния больного, согласно клиническим протоколам диагностики и лечения.				
11.					

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	<p>7) при наступлении беременности в период нахождения женщины в оплачиваемом ежегодном трудовом отпуске или отпуске без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им трех лет, лист о временной нетрудоспособности выдается на все дни отпуска по беременности и родам, за исключением случаев, предусмотренных частью второй подпункта б) настоящего пункта;</p> <p>8) в случае смерти матери при родах или в послеродовом периоде, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается лицу, осуществляющему уход за новорожденным;</p> <p>9) при операции по искусственному прерыванию беременности, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается врачом совместно с заведующим отделением на время пребывания в стационаре и амбулаторно-поликлиническом уровне, где производилась операция, а в случае осложнения - на весь период временной нетрудоспособности.</p> <p>При самопроизвольном аборте (выкидыше) выдается лист или справка о временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности;</p> <p>10) при проведении операции пересадки эмбриона лист или справка о временной нетрудоспособности выдается медицинской организацией, проводившей операцию, со дня подсадки эмбриона до факта установления беременности.</p> <p>Лицам, усыновившим (удочерившим) новорожденного ребенка (детей), а также биологической матери при суррогатном материнстве непосредственно из родильного дома лист или справка о временной нетрудоспособности выдается, со дня усыновления (удочерения) и до истечения пятидесяти шести календарных дней со дня рождения ребенка</p>				
12.	<p>Наличие проведения клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:</p> <p>1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям:</p> <p>отсутствие сбора анамнеза;</p> <p>полнота сбора анамнеза;</p> <p>наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус;</p> <p>развитие осложнений вследствие допущенных тактических ошибок при проведении лечебно-диагностических мероприятий из-за некачественного сбора анамнеза;</p> <p>2) полнота и обоснованность проведения диагностических исследований, которые оцениваются по следующим критериям:</p> <p>отсутствие диагностических мероприятий;</p> <p>неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;</p> <p>проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;</p> <p>проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;</p> <p>проведение диагностических исследований, неинформативных для постановки правильного диагноза и приведших к необоснованному увеличению сроков лечения и удорожанию стоимости лечения;</p> <p>3) правильность, своевременность и обоснованность выставленного клинического диагноза с учетом результатов проведенных исследований (при плановой госпитализации учитываются исследования, проведенные и на догоспитальном этапе), которые оцениваются по следующим критериям:</p> <p>диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней;</p> <p>не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения;</p>				

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

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

Объективные причины неправильной и (или) несвоевременной диагностики (атипичное течение основного заболевания, бессимптомное течение сопутствующего заболевания, редко встречающиеся осложнения и сопутствующие заболевания) отражаются в результатах экспертизы. Проводится оценка влияния неправильной и (или) несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

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

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

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

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

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

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

6) отсутствие или развитие осложнений после медицинских вмешательств, оцениваются все возникшие осложнения, в том числе обусловленные оперативными вмешательствами (запоздалое оперативное вмешательство, неадекватный объем и метод, технические дефекты) и диагностическими процедурами;

7) достигнутый результат, который оценивается по следующим критериям:

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

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

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

наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;

8) качество ведения медицинской документации, которое оценивается по наличию, полноте и качеству записей в первичной медицинской документации, предназначенной для записи

	данных о состоянии здоровья пациентов, отражающих характер, объем и качество оказанной медицинской помощи в соответствии с формами отчетной и учетной документации в области здравоохранения согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса				
13.	Наличие информированного добровольного согласия (отказа) на переливание компонентов крови по форме учетной и отчетной документации в области здравоохранения				
14.	<p>Соблюдение следующих действий при проведении патологоанатомического вскрытия:</p> <p>1) проведение патологоанатомического вскрытия трупов после констатации врачами биологической смерти, после предоставления медицинской карты стационарного больного или медицинской карты амбулаторного больного с письменным распоряжением главного врача или его заместителя по медицинской (лечебной) части организации здравоохранения о направлении на патологоанатомическое вскрытие;</p> <p>2) оформление результатов патологоанатомического вскрытия в виде патологоанатомического диагноза (патологоанатомический диагноз включает: основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание, комбинированное основное заболевание);</p> <p>3) передача медицинской карты стационарного больного или медицинской карты амбулаторного больного с внесенным в нее патологоанатомическим диагнозом в медицинский архив организации здравоохранения не позднее десяти рабочих дней после патологоанатомического вскрытия;</p> <p>4) проведение клинко-патологоанатомического разбора в случаях смерти больных в организациях здравоохранения;</p> <p>5) патологоанатомическое вскрытие при подозрениях на острые инфекционные, онкологические заболевания, патологию детского возраста, летальный исход в связи с медицинскими манипуляциями в целях установления причины смерти и уточнения диагноза заболевания со смертельным исходом;</p> <p>6) организация главным врачом и заведующим патологоанатомического отделения вирусологического (иммунофлюоресцентного) и бактериологического исследования материалов вскрытия трупов в случаях подозрения на инфекционные заболевания;</p> <p>7) передача в патологоанатомическое бюро, централизованное патологоанатомическое бюро и патологоанатомическое отделение медицинских карт стационарных больных на всех умерших за предшествующие сутки не позднее 10 часов утра дня, следующего после установления факта смерти;</p> <p>8) оформление:</p> <ul style="list-style-type: none"> - медицинского свидетельства о смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» в день проведения патологоанатомического вскрытия; - медицинского свидетельства о перинатальной смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» в день проведения патологоанатомического вскрытия; <p>9) оформление результатов вскрытия в виде протокола патологоанатомического исследования;</p> <p>10) наличие письменного уведомления в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа на судебно-медицинскую экспертизу при обнаружении признаков насильственной смерти и прекращение проведения патологоанатомического исследования трупа;</p> <p>11) наличие письменного извещения врача по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» в случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку, а также экстренное извещение в органы государственной санитарно-эпидемиологической службы, сразу же после их выявления;</p> <p>12) проведение патологоанатомического исследования плаценты:</p> <ul style="list-style-type: none"> в случае мертворождения; при всех заболеваниях новорожденных, выявленных в момент рождения; 				

	<p>в случаях, подозрительных на гемолитическую болезнь новорожденных;</p> <p>при раннем отхождении вод и при грязных водах;</p> <p>при заболеваниях матери, протекающих с высокой температурой в последний триместр беременности;</p> <p>при явной аномалии развития или прикрепления плаценты;</p> <p>13) обязательная регистрация плода массой менее 500 граммов с антропометрическими данными (масса, рост, окружность головы, окружность грудной клетки);</p> <p>14) установление патологоанатомического вскрытия в зависимости от сложности на следующие категории:</p> <p>первая категория;</p> <p>вторая категория;</p> <p>третья категория;</p> <p>четвертая категория;</p> <p>15) установление врачом по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» категории патологоанатомического вскрытия и причины расхождения диагнозов при расхождении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов</p> <p>16) наличие подробного анализа с определением профиля и категорий ятрогении во всех случаях ятрогенной патологии, выявленные в результате патологоанатомического вскрытия</p>				
15.	<p>Соблюдение следующих требований при организации акушерско-гинекологической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне:</p> <p>1) диспансерное наблюдение беременных в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода с выделением женщин «по факторам риска»;</p> <p>2) проведение пренатального скрининга - комплексного обследования беременных женщин с целью выявления группы риска по хромосомной патологии и врожденным порокам развития внутриутробного плода;</p> <p>3) выявление беременных, нуждающихся в своевременной госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности медицинских организаций стационарного уровня, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, профильные медицинские организации с экстрагенитальной патологией, с соблюдением принципов регионализации перинатальной помощи;</p> <p>4) направление беременных, рожениц и родильниц для получения специализированной помощи с медицинским наблюдением, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг в медицинские организации республиканского уровня;</p> <p>5) проведение родового обучения беременных по подготовке к родам, в том числе к партнерским родам, информирование беременных о тревожных признаках, об эффективных перинатальных технологиях, принципах безопасного материнства, грудного вскармливания и перинатального ухода;</p> <p>6) проведение патронажа беременных и родильниц по показаниям;</p> <p>7) консультирование и оказание услуг по вопросам планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья;</p> <p>8) профилактика и выявление инфекций, передаваемых половым путем для направления к профильным специалистам;</p> <p>9) обследование женщин фертильного возраста с назначением, при необходимости углубленного обследования с использованием дополнительных методов и привлечением профильных специалистов для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия их на диспансерный учет;</p> <p>10) организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления экстрагенитальных заболеваний;</p> <p>11) обследование и лечение гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий;</p>				

	<p>12) диспансеризации гинекологических больных, включая реабилитацию и санаторно-курортное лечение;</p> <p>13) выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий;</p> <p>14) проведение экспертизы о временной нетрудоспособности по беременности, родам и гинекологическим заболеваниям, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направления в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;</p> <p>15) двухкратное обследование в течение беременности на ВИЧ-инфекцию с оформлением информированного согласия пациентки с фиксированием данных</p>				
16.	<p>Оказание средними медицинскими работниками (акушеры, фельдшеры, медицинские сестры /братья) доврачебной помощи женщинам во время и вне беременности, включающие:</p> <p>1) самостоятельный прием и медицинский осмотр с целью определения состояния здоровья пациента, выявления заболеваний и осложнений беременности</p> <p>2) внесение данных в подсистему «Регистр беременных и женщин фертильного возраста» электронного портала "Регистр прикрепленного населения" с целью автоматизированного ведения групп беременных и женщин фертильного возраста (далее – ЖФВ) и мониторинга показателей состояния здоровья беременных и ЖФВ;</p> <p>3) оказание неотложной и экстренной доврачебной медицинской помощи беременным, родильницам и женщинам фертильного возраста при состояниях, угрожающих жизни и здоровью женщины, в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения;</p> <p>4) динамическое наблюдение за беременными с хроническими заболеваниями совместно с участковыми врачами и профильными специалистами;</p> <p>5) выполнение назначений врача акушер-гинеколога в соответствии с функциональными обязанностями;</p> <p>6) ведение физиологической беременности и патронаж беременных и родильниц со своевременным предоставлением направлений и рекомендаций в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения;</p> <p>7) медицинское обслуживание на дому беременных, родильниц, гинекологических больных и группы ЖФВ социального риска;</p> <p>8) проведение профилактического медицинского осмотра женщин с целью раннего выявления предопухолевых и раковых заболеваний женских половых органов и других локализаций (кожи, молочных желез);</p> <p>9) проведение медицинского сестринского осмотра женщин всех возрастных групп, обратившихся за медицинской помощью;</p> <p>10) участие в проведении скрининговых и профилактических осмотров для выявления заболеваний</p>				
17.	<p>Соблюдение следующих требований при организации оказания акушерско-гинекологической помощи на стационарном уровне:</p> <p>1) оказание стационарной консультативно-диагностической, лечебно-профилактической и реабилитационной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным;</p> <p>2) проведение совместного осмотра лечащего врача с заведующим отделения при поступлении беременных женщин до 36 недель беременности, страдающих хроническими заболеваниями, нуждающихся в лечении в специализированных отделениях многопрофильных стационаров, для оценки тяжести течения заболевания, течения беременности и тактики лечения.</p> <p>3) составление плана ведения беременности, родов и послеродового периода с учетом индивидуального подхода;</p> <p>4) ведение беременности, родов и послеродового периода в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения, а также с планом ведения;</p>				

- 5) проведение консультирования беременных, рожениц и родильниц, осуществление контроля по соблюдению уровня оказания медицинской помощи;
- 6) проведение реабилитационных мероприятий матерям и новорожденным, в том числе уход за недоношенными новорожденными;
- 7) консультации по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным с использованием телекоммуникационных систем;
- 8) осуществление экспертизы о временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки временной нетрудоспособности по беременности и родам, гинекологическим больным;
- 9) оказание реанимационной помощи и интенсивной терапии матерям и новорожденным, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела;
- 10) наличие минимального перечня оборудования для блока интенсивной терапии:
- кровать функциональная (по числу коек);
 - матрас противопролежневый (1 на 3 койки);
 - прикроватный кардиомонитор (по числу коек);
 - электрокардиограф портативный (1 на 6 коек);
 - электрокардиостимулятор (1 на 6 коек);
 - портативный аппарат для ультразвукового исследования сердца и сосудов (1 на 9 коек);
 - аппарат для вспомогательного кровообращения (внутриаортальной баллонной контрпульсации) (1 на 9 коек);
 - централизованная система подводки кислорода к каждой кровати (по числу коек);
 - электроотсасыватель хирургический с бактериальным фильтром (1 на 3 койки);
 - дефибриллятор бифазный с функцией синхронизации (1 на 3 койки);
 - аппарат для искусственной вентиляции легких (1 на 6 коек);
 - портативный дыхательный аппарат для транспортировки (1 на БИТ);
 - набор для интубации трахеи (2 на БИТ);
 - набор для катетеризации магистральных сосудов (100 наборов);
 - автоматический дозатор лекарственных веществ шприцевой (2 на 1 койку);
 - инфузомат (1 на 1 койку);
 - тонометр прикроватный для измерения артериального давления (по числу коек);
 - мобильный (переносной) набор для проведения реанимационных мероприятий в других отделениях (1 на БИТ);
 - передвижной рентген аппарат (1 на БИТ);
 - глюкометр (1 на БИТ);
 - набор инструментов и приспособлений для малых хирургических вмешательств (1 на БИТ)
- блок электрических розеток (не менее 8-и розеток) с заземлением у каждой койки, в том числе и для электропитания энергоемких приборов (рентгеновских аппаратов) (по числу коек).
- 11) осуществление медико-психологической помощи женщинам;
- 12) оповещение медицинских организаций более высокого уровня регионализации перинатальной помощи и местных органов государственного управления здравоохранением при выявлении в период поступления или нахождения в стационаре у беременной, роженицы, родильницы критического состояния;
- 13) соблюдение схемы оповещения в случае возникновения критических ситуаций у женщин;
- 14) транспортировка беременных, родильниц, рожениц в критическом состоянии на третий уровень перинатальной помощи, в областные и республиканские организации здравоохранения осуществляется по решению консилиума врачей с участием специалистов медицинской бригады медицинской авиации после восстановления гемодинамики и стабилизации жизненно важных функций с уведомлением принимающей медицинской организации;

	<p>15) при нетранспортабельном состоянии беременных, рожениц, родильниц осуществление вызова квалифицированных специалистов «на себя», оказание комплекса первичной реанимационной помощи при возникновении неотложных состояний, диагностика угрожающих состояний у матери и плода, решение вопроса о родоразрешении, проведение интенсивной и поддерживающей терапии до перевода на более высокий уровень</p>				
Оказание медицинской помощи новорожденным					
<p>18.</p>	<p>Соблюдение следующих требований при организации оказания медицинской помощи новорожденным на стационарном уровне:</p> <p>1) оказание медицинской помощи новорожденным по уровням регионализации перинатальной помощи в зависимости от показаний;</p> <p>2) структура организаций стационаров первого уровня регионализации перинатальной помощи: индивидуальные родильные палаты, отделение для совместного пребывания матери и ребенка, прививочный кабинет, палаты интенсивной терапии для новорожденных, а также предусмотренные штатным расписанием ставка врача по специальности «Педиатрия (неонатология)» и круглосуточный пост неонатальной медицинской сестры;</p> <p>3) в стационарах второго уровня организация палат реанимации и интенсивной терапии новорожденных с полным набором для реанимации, аппаратами искусственной вентиляции легких с различными режимами вентиляции (постоянное положительное давление в дыхательных путях), кувезами, клинико-диагностической лабораторией, а также предусмотренного штатным расписанием круглосуточным постом (врач неонатолог и детская медицинская сестра);</p> <p>4) в стационарах третьего уровня регионализации перинатальной помощи: имеют круглосуточный неонатальный пост, клиническую, биохимическую и бактериологическую лаборатории, отделение реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных, а также отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных совместно с матерью.</p> <p>организуются отделения интенсивной терапии новорожденных, отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных, оснащенные современным лечебно-диагностическим оборудованием, лекарственными препаратами, круглосуточным постом (врачебный и сестринский), экспресс-лабораторией.</p> <p>5) в стационарах первого уровня больному новорожденному осуществляются следующие мероприятия:</p> <p>первичная реанимационная помощь;</p> <p>интенсивная и поддерживающая терапия;</p> <p>оксигенотерапия;</p> <p>инвазивная или неинвазивная респираторная терапия;</p> <p>фототерапия;</p> <p>лечебная гипотермия;</p> <p>инфузионная терапия и/или парентеральное питание;</p> <p>лечение, согласно утвержденным клиническим протоколам диагностики и лечения.</p> <p>В стационарах второго уровня больному новорожденному осуществляются следующие мероприятия:</p> <p>первичная реанимационная помощь новорожденного и стабилизация состояния, выхаживание недоношенных детей с сроком гестации более 34 недель;</p> <p>катетеризация центральных вен и периферических сосудов;</p> <p>выявление и лечение врожденных пороков, задержки внутриутробного развития, гипогликемии новорожденных, гипербилирубинемии, неонатального сепсиса, поражения центральной нервной системы, респираторного дистресс-синдрома, пневмоторакса, некротического энтероколита и других патологических состояний неонатального периода;</p>				

	<p>проведение интенсивной терапии, включающую коррекцию жизненно важных функций (дыхательной, сердечно-сосудистой, метаболических нарушений), инвазивной и неинвазивной респираторной терапии, инфузионной терапии и парентерального питания;</p> <p>при необходимости оказания высокоспециализированной помощи определяется степень готовности к транспортировке с матерью в организацию родовспоможения третьего уровня или учреждение республиканского значения</p>				
19.	<p>Оказание медицинской помощи новорожденным в медицинских организациях третьего уровня включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) первичную реанимацию новорожденных и уход за новорожденными; 2) проведение интенсивной и поддерживающей терапии: респираторной терапии, катетеризацию центральных вен и периферических сосудов, терапевтической гипотермии, парентерального питания, выхаживание недоношенных детей; 3) диагностику и лечение врожденных пороков, задержки внутриутробного развития плода (малый вес к сроку гестации), гипогликемии новорожденных, неонатального сепсиса, респираторного дистресс-синдрома, гипербилирубинемии, некротического энтероколита, пневмоторакса, бронхолегочной дисплазии, персистирующей легочной гипертензии новорожденных, перинатальных поражений центральной нервной системы и других патологических состояний неонатального периода; 4) проведение интенсивной и поддерживающей терапии, терапевтической гипотермии, парентерального питания; 5) проведение инвазивной и не инвазивной респираторной терапии; 6) выхаживание недоношенных детей; 7) оказание круглосуточной консультативной и лечебно-диагностической помощи специалистам первого и второго уровня регионализации, оказание экстренной и неотложной медицинской помощи с выездом в медицинскую организацию 				
20.	Обеспечение здоровому новорожденному основного ухода, включающий профилактику гипотермии с соблюдением «тепловой цепочки», кожный контакт с матерью или контакт «кожа-к-коже», раннее начало грудного вскармливания в течение первого часа (при наличии признаков готовности младенца), профилактика внутрибольничных инфекций				
21.	Антропометрия здорового новорожденного, его полный осмотр и другие мероприятия через 2 часа после родов				
22.	Оказание неотложной медицинской помощи при выявлении нарушений состояния новорожденного, по показаниям перевод в палату интенсивной терапии или отделение реанимации новорожденных				
23.	<p>В родильной палате наблюдение за матерью и здоровым новорожденным акушером в течение двух часов после рождения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) измеряет температуру тела у новорожденного через 15 минут после рождения, затем – каждые 30 минут; 2) наблюдает за частотой сердцебиения и дыхания, характером дыхания (выявление экспираторного стопа, оценка степени втяжения нижних отделов грудной клетки), окраской кожных покровов, активностью сосательного рефлекса, при необходимости определяет сатурацию пульсоксиметром 				
24.	Перевод через 2 часа после рождения здорового новорожденного с матерью в отделение совместного пребывания матери и ребенка				
25.	В послеродовом отделении в палатах совместного пребывания матери и ребенка обеспечивается круглосуточное наблюдение медицинского персонала и постоянное участие матери в осуществлении ухода за ребенком, за исключением случаев состояний матери средней и тяжелой степеней тяжести				
26.	Динамическое наблюдение за новорожденным с своевременным выявлением нарушений состояния новорожденного, необходимое обследование, осмотр заведующего отделения, организация консилиума для уточнения тактики ведения. По показаниям оказывается неотложная				

	медицинская помощь, осуществляется перевод в палату интенсивной терапии или отделение реанимации новорожденных				
27.	<p>В палатах совместного пребывания матери и ребенка медицинские работники:</p> <p>1) консультируют о преимуществах грудного вскармливания, о технике и кратности сцеживания грудного молока ручным способом, проводят визуальную оценку грудного вскармливания для предоставления практической помощи в правильном расположении и прикладывании ребенка к груди матери во избежание таких состояний как трещины сосков или лактостаз;</p> <p>2) при наличии противопоказаний к грудному вскармливанию обучают мать (родителя или законного представителя) альтернативным методам кормления детей; консультируют родителей как поддерживать лактацию в случаях отдельного пребывания новорожденных</p>				
28.	Ежедневный осмотр новорожденных врачом-неонатологом, консультация матерей по вопросам ухода, профилактики гипотермии и вакцинации				
29.	При наличии трех и более микроаномалий развития или выявлении врожденной патологии новорожденных организация консультации профильными специалистами, с проведением лечебно-диагностических мероприятий и предоставлением матери рекомендаций по обследованию, лечению и реабилитации				
30.	В случае возникновения неотложных состояний у новорожденного (асфиксия, респираторный дистресс-синдром и другие) стабилизация его состояния и определение степени готовности к транспортировке с матерью в организацию родовспоможения второго или третьего уровней				
31.	Вакцинация новорожденных осуществляется на основании добровольного информированного согласия родителей (матери, отца или законных представителей) на проведение профилактических прививок в соответствии со сроками проведения профилактических прививок в Республике Казахстан.				
32.	Проведение всем новорожденным перед выпиской неонатального скрининга с целью выявления фенилкетонурии, врожденного гипотиреоза и аудиологический скрининг				
33.	При возникновении неотложных состояний у новорожденного врач неонатолог проводит оценку тяжести состояния, стабилизацию, оценивает степень готовности к транспортировке, и организует его перевод с матерью (по согласованию с акушером-гинекологом) в медицинскую организацию второго или третьего уровня				
34.	При подозрении и (или) выявлении у новорожденного острой хирургической патологии, в экстренном порядке проводится консультация врача по специальности «Детская хирургия (неонатальная хирургия)». После стабилизации показателей витальных функций новорожденный переводится в хирургическое отделение другой медицинской организации (детской или многопрофильной больницы) или в неонатальное (или детское) хирургическое отделение при его наличии в структуре медицинской организации родовспоможения для оказания ему соответствующей специализированной медицинской помощи				
35.	Доношенные новорожденные после достижения возраста 28 суток или недоношенные новорожденные, после достижения постконцептуального возраста 42 недели, нуждающиеся в дальнейшем круглосуточном медицинском наблюдении, переводятся в стационар педиатрического профиля				
36.	Наличие медицинского оборудования и изделий медицинского назначения для оказания медицинской помощи новорожденным в соответствии со стандартом организации педиатрической помощи в зависимости от уровня регионализации перинатальной помощи				
37.	<p>Наличие медицинского оборудования и изделий медицинского назначения для оснащения автомобиля реанимационной бригады для транспортировки новорожденных:</p> <p>1. оборудование:</p> <p>1) кувез (переносной или перевозной);</p> <p>2) «печка» для обогрева салона автомобиля;</p> <p>3) термоизолирующая пленка для ребенка;</p>				

	<p>4) белье для ребенка (одеяло, пеленки, одежда);</p> <p>5) монитор ЭКГ и артериального давления с набором манжет и датчиков,</p> <p>6) пульсоксиметр с одноразовыми манжетами;</p> <p>7) часы с секундной стрелкой;</p> <p>8) термометр электронный;</p> <p>8) фонендоскоп.</p> <p>2. Оборудование для респираторной поддержки:</p> <p>1) кислородный баллон;</p> <p>2) воздушный компрессор для проведения искусственной вентиляции легких и использования вакуумных средств;</p> <p>3) дозиметр кислородный для баллонов;</p> <p>4) аппарат искусственной вентиляции легких портативный с системой увлажнения и обогрева дыхательной смеси;</p> <p>5) кислородный смеситель;</p> <p>6) мешок Амбу, объем не более 700 кубических сантиметров;</p> <p>7) набор масок разных размеров для искусственной вентиляции легких;</p> <p>8) оральные воздуховоды;</p> <p>9) система респираторной поддержки N CPAP.</p> <p>3. Оборудование и изделия медицинского назначения для интубации трахеи и санации дыхательных путей:</p> <p>1) ларингоскоп с прямыми клинками № 0 и № 1;</p> <p>2) интубационные трубки (D-диаметр 2,5; 3,0; 3,5; 4,0);</p> <p>3) электрический или вакуумный отсос, груша одноразовая и набор катетеров для аспирации (№ 5, 6, 8, 10, 12, 14);</p> <p>4) назогастральный зонд – диаметр 6 миллиметр.</p> <p>4. Оборудование и изделия медицинского назначения для введения лекарственных препаратов:</p> <p>1) инфузомат, шприцевый насос (2-3 штуки на аккумуляторах);</p> <p>2) наборы для катетеризации периферических вен;</p> <p>3) системы для проведения инфузии;</p> <p>4) шприцы различных объемов;</p> <p>5) тройники;</p> <p>6) иглы-бабочки;</p> <p>7) хирургические пинцеты, скальпель, ножницы;</p> <p>8) стерильные перчатки</p>				
38.	Наличие обязательного патологоанатомического исследования плода и плаценты при прерывании беременности по медицинским показаниям при подозрении на наличие врожденных аномалий развития у плода				
39.	Наличие клинко-патологоанатомического разбора всех случаев материнской и младенческой смерти после завершения всего комплекса патологоанатомических исследований				

Должностное (ые) лицо (а) _____

 должность _____ подпись _____

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Руководитель _____
 субъекта контроля _____

должность

подпись

фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Расшифровка аббревиатур:

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

СМП – скорая медицинская помощь

БИТ – блок интенсивной терапии

Примечания:

* – данный проверочный лист используется в отношении всех субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь независимо от профиля оказываемых медицинских услуг

** – данный проверочный лист используется в отношении всех субъектов (объектов), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (первичная медико-санитарная помощь и консультативно-диагностическая помощь) независимо от профиля медицинских услуг, оказываемых в форме консультативно-диагностической помощи, (в том числе для субъектов (объектов) оказания доврачебной помощи)

*** – данный проверочный лист используется в отношении субъектов (объектов), оказывающих медицинские услуги по соответствующему профилю, в качестве дополнительного проверочного листа к основному проверочному листу, используемому в отношении субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь и амбулаторно-поликлиническую помощь, в зависимости от формы оказания медицинской помощи в субъекте (объекте) контроля

**** – данный проверочный лист используется в отношении субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере лабораторной службы, также при проведении проверки субъекта (объекта) здравоохранения, в составе которого имеется лабораторная служба, данный проверочный лист используется в качестве дополнительного проверочного листа к основному проверочному листу, используемому в зависимости от формы и профиля оказания медицинской помощи в субъекте (объекте) контроля

**Приложение 5 совместному приказу
Министра национальной экономики
Республики Казахстан
от 6 января 2021 года
№ 5 и Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 6 января 2021 года
№ ҚР ДСМ-3**

**Приложение 8 к совместному приказу Министра
здравоохранения Республики Казахстан от 15
ноября 2018 года № ҚР ДСМ-32 и Министра
национальной экономики Республики Казахстан
от 15 ноября 2018 года № 70**

**Проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания
медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих
фтизиатрическую помощь*****

Государственный орган, назначивший проверку _____

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта
(объекта) контроля _____

№, дата _____

Наименование субъекта (объекта) контроля _____

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер
субъекта (объекта) контроля _____

Адрес места нахождения _____

№	Перечень требований	Тре- бу- ется	Не тре- бу- ет- ся	Со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям	Не со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям
Оказание противотуберкулезной помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне					
1.	Осуществление специалистами ПМСП следующих мероприятий:				

	<p>1) проведение информационно-разъяснительной работы по профилактике, раннему выявлению туберкулеза;</p> <p>2) планирование (формирование списков подлежащих лиц, оформление графика), организацию и проведение флюорографического обследования с оформлением в медицинской документации результатов обследования;</p> <p>3) планирование (формирование списков подлежащих лиц, оформление графика), организацию и проведение туберкулинодиагностики детей и подростков с оформлением в медицинской документации результатов обследования, проведение дообследования туберкулинополжительных детей);</p> <p>4) направление на обследование лиц при подозрении на туберкулез по диагностическому алгоритму обследования;</p> <p>5) направление к фтизиатру лиц с положительными результатами флюорографического обследования, детей и подростков с впервые выявленной положительной и гиперергической туберкулиновой пробой, с нарастанием туберкулиновой чувствительности на 6 мм и более, детей с побочными реакциями и осложнениями на прививку против туберкулеза;</p> <p>6) планирование, организацию и проведение вакцинации против туберкулеза;</p> <p>7) контролируемое лечение латентной туберкулезной инфекции (далее -ЛТИ) по назначению фтизиатра, в том числе в видеонаблюдаемом режиме;</p> <p>8) обследование контактных;</p> <p>9) амбулаторное непосредственно-контролируемое или видеонаблюдаемое лечение больных туберкулезом;</p> <p>10) диагностику и лечение побочных реакций на противотуберкулезные препараты по назначению фтизиатра;</p> <p>11) диагностику и лечение сопутствующих заболеваний;</p> <p>12) ведение медицинских карт больных туберкулезом, находящихся на амбулаторном лечении, в том числе туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью;</p> <p>13) регулярное внесение данных в Национальный регистр больных туберкулезом в пределах компетенции</p>				
2.	Обследование пациента при подозрении на туберкулез в организациях, оказывающих ПМСП, в соответствии утвержденной схеме				
3.	Выявление туберкулеза методом флюорографии среди целевой группы населения: с высоким риском заболевания и подлежащих обязательному ежегодному флюорографическому обследованию				
4.	<p>Организация кабинетов непосредственно контролируемого лечения в организациях ПМСП для проведения амбулаторного лечения.</p> <p>Больной получает и принимает лекарства в КНКЛ под контролем ответственного медицинского работника. Один раз в 10 дней больные, находящиеся на непосредственном контролируемом лечении, осматриваются врачом ПМСП/фтизиатром поликлиники, по показаниям – чаще.</p> <p>Больные, проживающие в сельской местности осматриваются фтизиатром один раз в месяц</p>				
5.	<p>Проведение оценки клинического состояния больного, получающего противотуберкулезное лечение, на наличие нежелательных реакций и явлений осуществляется ежедневно лечащим врачом или врачом-фтизиатром, медицинским работником кабинета непосредственно наблюдаемого лечения. Медицинский работник, выявивший нежелательные реакции и явления на лекарственный препарат, заполняет карту-сообщение и оформляет запись в медицинской документации больного.</p> <p>Первичная информация о нежелательных реакциях и явлениях предоставляется ответственным лицом медицинской организации в государственную экспертную организацию в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий. Контроль за регистрацией карт-сообщений возлагается на ответственное лицо по фармаконадзору.</p>				

	Каждый случай нежелательных реакций и явлений рассматривается на заседании централизованной врачебно-консультативной комиссии для определения причинно-следственной связи с принимаемыми медикаментами.				
6.	Учет движения противотуберкулезных препаратов на амбулаторном уровне в журнале регистрации ПТП				
7.	До начала лечения с пациентом (родителями или опекунами детей) проводится беседа о необходимости проведения полного курса химиотерапии с последующим информированным согласием				
8.	Взятие на учет и диспансерное наблюдение за больными туберкулезом осуществляется в организациях, оказывающих ПМСП, по месту фактического проживания, работы, учебы или прохождения воинской службы, независимо от прописки				
Оказание противотуберкулезной помощи на стационарном уровне					
9.	Распределение больных в отделениях по палатам с учетом данных лабораторных исследований и лекарственной чувствительности на момент поступления и в процессе лечения. Содержание больных с бактериовыделением с неизвестной лекарственной чувствительностью в одноместных палатах или боксах до получения результатов теста на лекарственную чувствительность				
10.	Наличие ежедневного осмотра врачом-фтизиатром пациентов, находящихся в стационаре. Ведение записи в медицинской карте пациента в зависимости от тяжести его состояния (не менее 3 раз в неделю при легком и среднетяжелом состоянии больного и ежедневно – при тяжелом состоянии больного). Осмотр заведующим отделением больных туберкулезом, туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью и туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью не менее 1 раза в неделю с внесением записи в медицинскую карту больного				
11.	Организация консилиума в сложных ситуациях для верификации диагноза и определения тактики лечения с участием специалистов областных и республиканских уровней в очной или дистанционной форме посредством телемедицины				
12.	Учет движения противотуберкулезных препаратов на стационарном уровне в журнале регистрации ПТП				
13.	Соблюдение критериев выписки больного туберкулезом из стационара: 1) отсутствие бактериовыделения и необходимости круглосуточного медицинского наблюдения; 2) получение двух отрицательных результатов микроскопии, последовательно взятых с интервалом не менее 10 календарных дней у больных с исходным бактериовыделением; 3) общепринятые исходы стационарного лечения (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть и переведен в другую медицинскую организацию); 4) по письменному заявлению пациента (его законного представителя) до завершения курса лечения при отсутствии непосредственной опасности для жизни пациента или для окружающих				

Должностное (ые) лицо (а) _____
_____ должность _____ подпись

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Руководитель
субъекта контроля _____

_____ должность _____ подпись

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Список сокращений:

ПМСП - первичная медико-санитарная помощь

ПТП - противотуберкулезные препараты

Примечания:

* – данный проверочный лист используется в отношении всех субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь независимо от профиля оказываемых медицинских услуг

** – данный проверочный лист используется в отношении всех субъектов (объектов), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (первичная медико-санитарная помощь и консультативно-диагностическая помощь) независимо от профиля медицинских услуг, оказываемых в форме консультативно-диагностической помощи, (в том числе для субъектов (объектов) оказания доврачебной помощи)

*** – данный проверочный лист используется в отношении субъектов (объектов), оказывающих медицинские услуги по соответствующему профилю, в качестве дополнительного проверочного листа к основному проверочному листу, используемому в отношении субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь и амбулаторно-поликлиническую помощь, в зависимости от формы оказания медицинской помощи в субъекте (объекте) контроля

**** – данный проверочный лист используется в отношении субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере лабораторной службы, также при проведении проверки субъекта (объекта) здравоохранения, в составе которого имеется лабораторная служба, данный проверочный лист используется в качестве дополнительного проверочного листа к основному проверочному листу, используемому в зависимости от формы и профиля оказания медицинской помощи в субъекте (объекте) контроля

**Приложение 6 совместному приказу
 Министра национальной экономики
 Республики Казахстан
 от 6 января 2021 года
 № 5 и Министр здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 6 января 2021 года
 № ҚР ДСМ-3**

**Приложение 10 к совместному приказу
 Министра здравоохранения Республики
 Казахстан от 15 ноября 2018 года № ҚР ДСМ-32
 и Министра национальной экономики
 Республики Казахстан от 15 ноября 2018 года №
 70**

**Проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания
 медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих медико-
 социальную помощь в области психического здоровья**

Государственный орган, назначивший проверку _____

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта (объекта)
 контроля _____

№, дата _____

Наименование субъекта (объекта) контроля _____

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный
 номер субъекта (объекта) контроля _____

Адрес места нахождения _____

№	Перечень требований	Тре- бу- ется	Не тре- бу- ет- ся	Со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям	Не со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям
для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья на амбулаторно-поликлиническом уровне					

1.	<p>Соблюдение критериев взятия на динамическое наблюдение лиц с ППР:</p> <p>1 группа динамического психиатрического наблюдения - лица склонные по своему психическому состоянию к социально-опасным действиям, в том числе, имеющие риск совершения насильственных действий сексуального характера в отношении несовершеннолетних, а также совершивших особо опасные деяния в состоянии невменяемости, и которым судом определены принудительные меры медицинского характера в виде амбулаторного принудительного лечения;</p> <p>2 группа динамического психиатрического наблюдения - Лица с ППР имеющие инвалидность по психическому заболеванию, за исключением ППР указанных в диагностических рубриках F8 и F9; лица с диагнозом F20 "Шизофрения" в течение одного года после установления (при этом в случае признания инвалидом он продолжает наблюдаться во 2 группе динамического психиатрического наблюдения);</p> <p>2А – лица с частыми и выраженными обострениями психотической симптоматики, декомпенсациями, нуждающиеся в психофармакотерапии в рамках бесплатного амбулаторного лечения, в том лица с ППР указанных в диагностических рубриках F8 и F9</p> <p>2Б – лица со стабилизированными состояниями, с умеренно прогрессивным течением процесса и спонтанными ремиссиями;</p> <p>группа динамического наркологического наблюдения - Лица склонные к социально-опасным действиям, вследствие клинических проявлений ППР, вызванные злоупотреблением психоактивных веществ.</p> <p>Соблюдение периодичности и частоты наблюдения лиц с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями):</p> <p>1 группа динамического психиатрического наблюдения - не менее одного раза в месяц</p> <p>2 группа динамического психиатрического наблюдения:</p> <p>2А - не менее одного раза в три месяца,</p> <p>2Б - не менее одного раза в шесть месяцев;</p> <p>группа динамического наркологического наблюдения - не менее одного раза в месяц</p>				
2.	<p>Соблюдение требования к лекарственному обеспечению лиц с ППР, находящихся на динамическом наблюдении</p> <p>Лекарственное обеспечение лиц с ППР, находящихся на динамическом наблюдении</p>				
3.	<p>Соблюдение требований к снятию с учета и переводу в другую группу динамического наблюдения, прекращения динамического наблюдения лиц с ППР и снятию с учета</p> <p>Снятие с учета и перевод в другую группу динамического наблюдения осуществляется на основании решения ВКК по представлению участкового врача-психиатра. Прекращение динамического наблюдения лиц с ППР и снятие с учета осуществляется в следующих случаях:</p> <p>1) отсутствие критериев, взятия на учет для оказания динамического наблюдения лиц с ППР не менее 12 месяцев;</p> <p>2) изменение места жительства с выездом за пределы Республики Казахстан (подтверждается документом).</p> <p>В случае изменения постоянного места жительства пациента в пределах Республики Казахстан, осуществляется изменение прикрепления к соответствующей территориальной организации, оказывающей медицинскую помощь в области психического здоровья с изменением данных в ЭИС;</p> <p>3) отсутствие достоверных сведений о местонахождении в течение 12 месяцев;</p> <p>4) смерть, на основании медицинского свидетельства о смерти, и (или) подтвержденная данными в регистре прикрепленного населения;</p> <p>5) лица, с диагнозом F20 "шизофрения" по международной классификации болезней 10-го пересмотра, состоящие на учете во второй группе динамического психиатрического наблюдения: в случае не установления группы инвалидности в течении 12 месяцев с момента взятия на динамическое наблюдение</p>				
4.					

	<p>Наличие динамического наблюдения лиц, подвергавшихся принудительному лечению, после выписки.</p> <p>Лица с ППР, связанными с употреблением ПАВ, после окончания принудительного лечения и выписки из организации, оказывающей медицинскую помощь в области психического здоровья, кроме выписанных по постановлению суда как излечившиеся досрочно наблюдаются в группе динамического наркологического наблюдения в соответствии правилами динамического наблюдения, а также прекращения динамического наблюдения за лицами с ППР</p>				
5.	<p>Наличие индивидуальных плана лечения и программы реабилитации лиц после выписки из организации, оказывающей медицинскую помощь в области психического здоровья, кроме выписанных по постановлению суда как излечившиеся досрочно.</p> <p>При поддерживающем лечении, лиц с ППР врач психиатр (нарколог) составляет индивидуальный план лечения и индивидуальную программу реабилитации.</p> <p>Индивидуальный план лечения и индивидуальная программа реабилитации включают в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) диагностические методики: анализ содержания ПАВ в биологических жидкостях и тканях организма, тестирование на ВИЧ, экспериментально-психологическая диагностика, определение качества жизни и социального функционирования, клиничко-биохимическая диагностика, нейрофизиологическая диагностика; 2) медикаментозную терапию: психофармакотерапия, симптоматическая терапия, терапия коморбидной патологии, антагонистическая терапия с использованием блокаторов опиоидных рецепторов; 3) консультативные методики: медицинское, психологическое и социальное консультирование лиц, зависимых от ПАВ и созависимых лиц; 4) тренинговые методики: мотивационные тренинги на продолжение поддерживающей противорецидивной терапии, по формированию адаптационных навыков и стрессоустойчивости, по формированию свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ; 5) психотерапевтические методики: индивидуальная и групповая психотерапия лиц, зависимых от ПАВ, индивидуальная экспресс-психотерапия лиц, зависимых от ПАВ, находящихся в состоянии срыва. 				
<p>для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья в стационарных условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение</p>					
6.	<p>Наличие оснований для госпитализации в стационарные клинические отделения.</p> <p>Основанием для госпитализации в стационарные клинические отделения, являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) направление врача психиатрического профиля; 2) постановление, решение, определение судебно-следственных органов; 3) направление военно-врачебной комиссии; 4) письменное заявление самого лица, при наличии показаний; 5) решение суда о принудительном лечении лиц с ППР, вызванные употреблением ПАВ, вступившее в законную силу; 6) решение суда о применении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных статьей 93 УК РК, вступившее в законную силу 				
7.	<p>Полнота проведенных мероприятий при плановой госпитализации в стационарные клинические отделения РНПЦПЗ, ЦПЗ.</p> <p>При плановой госпитализации в стационарные клинические отделения РНПЦПЗ, ЦПЗ заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения, приемно-диагностического отделения осуществляет следующие мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) идентификацию пациента; 2) проверяет наличие имеющейся медицинской и другой документации, в случае необходимости направляет на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований; 				

	<p>3) проверяет наличие вступившего в законную силу решения суда о госпитализации, при наличии такового;</p> <p>4) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;</p> <p>5) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебного питания и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;</p> <p>6) заполняет первичную медицинскую документацию;</p> <p>7) при анонимном лечении пациента имя и отчество (при наличии), дата рождения, адрес проживания заполняются со слов пациента.</p> <p>Полнота проведенных мероприятий при плановой госпитализации в стационарные клинические отделения РНПЦПЗ, ЦПЗ лица с ППР, вызванные употреблением ПАВ для лечения в анонимном порядке.</p> <p>При плановой госпитализации в стационарные клинические отделения РНПЦПЗ, ЦПЗ лица с ППР, вызванные употреблением ПАВ для лечения в анонимном порядке, заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения или приемно-диагностического отделения, осуществляет следующие мероприятия:</p> <p>1) присваивает пациенту регистрационный медицинский код;</p> <p>2) направляет на прохождении обязательных и (или) дополнительных обследований;</p> <p>3) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;</p> <p>4) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебного питания и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;</p> <p>5) заполняет первичную медицинскую документацию</p>				
8.	<p>Полнота проведенных мероприятий при госпитализации в стационарное клиническое отделение РНПЦПЗ, ЦПЗ по экстренным показаниям.</p> <p>При госпитализации в стационарное клиническое отделение РНПЦПЗ, ЦПЗ по экстренным показаниям, заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения или приемно-диагностического отделения, или дежурный врач осуществляет следующие мероприятия:</p> <p>1) идентификацию пациента;</p> <p>2) оценивает психическое и соматическое состояния, результаты лабораторно-диагностических исследований и определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;</p> <p>3) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;</p> <p>4) заполняет первичную медицинскую документацию</p>				
9.	<p>Полнота проведенных мероприятий при плановой госпитализации в ПОСТИН.</p> <p>При плановой госпитализации в ПОСТИН дежурный врач осуществляет следующие мероприятия:</p> <p>1) проверяет наличие и соответствие имеющейся документации: вступившее в законную силу решение суда; документ удостоверяющий личность.</p> <p>2) проводит идентификацию пациента;</p>				

	<p>3) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;</p> <p>4) определяет отделение, устанавливает режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;</p> <p>5) заполняет первичную медицинскую документацию</p>				
10.	<p>Полнота проведенных мероприятий после поступления лица с ППР в стационарное клиническое отделение.</p> <p>После поступления лица с ППР в стационарное клиническое отделение, осуществляются следующие мероприятия:</p> <p>1) идентификация пациента;</p> <p>2) проверка наличия и соответствия имеющейся медицинской и другой документации;</p> <p>3) оценка психического и соматического состояния, результатов лабораторно-диагностических исследований, установление предварительного диагноза, определения объема дифференциальной диагностики, режима наблюдения, лечебного питания и других лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с протоколами диагностики и лечения;</p> <p>4) заполнение первичной медицинской документации</p>				
11.	<p>Полнота проведенных мероприятий после поступления лица в стационарное клиническое отделение ПОСТИН</p> <p>После поступления лица в стационарное клиническое отделение ПОСТИН осуществляются следующие мероприятия:</p> <p>1) идентификация пациента;</p> <p>2) проверка наличия и соответствия имеющейся медицинской и другой документации;</p> <p>3) оценка психического и соматического состояния, результатов лабораторно-диагностических исследований, установление предварительного диагноза, определения объема дифференциальной диагностики, режима наблюдения, лечебного питания и других лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с протоколами диагностики и лечения;</p> <p>4) заполнение первичной медицинской документации</p>				
12.	<p>Соблюдение режимов наблюдения.</p> <p>В клинических стационарных отделениях РНПЦПЗ, ЦПЗ и многопрофильных городских (областных) больниц предполагаются следующие виды наблюдения:</p> <p>1) общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение без ограничения передвижения в отделении. Общий режим для пациентов устанавливается при: отсутствии опасности для себя и окружающих; способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;</p> <p>2) режим частичной госпитализации – возможность нахождения в отделении в дневное или ночное время с учетом необходимости его адаптации во внебольничных условиях, а также возможности осуществления трудовой деятельности на фоне проводимого лечения и контроля симптомов ППР в целях ресоциализации. Режим частичной госпитализации устанавливается решением врачебной комиссии (далее – ВК) в составе двух врачей при: отсутствии опасности для себя и окружающих; способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи; стабилизации психического состояния, требующего ежедневного, но не круглосуточного наблюдения и контроля;</p> <p>3) режим лечебных отпусков – возможность нахождения вне отделения от нескольких часов до нескольких суток с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям, решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта. Режим лечебных отпусков устанавливается решением ВК в составе двух врачей и предоставляется при: отсутствии опасности для себя и окружающих;</p>				

	<p>способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;</p> <p>стабилизации психического состояния, не требующего ежедневного наблюдения.</p> <p>4) усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения за пределами отделения. Усиленный режим наблюдения устанавливается для пациентов при:</p> <p>острых ППР, не представляющих опасности для себя и окружающих;</p> <p>способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;</p> <p>отсутствии психического и соматического расстройства, требующего иного режима наблюдения и содержания;</p> <p>5) строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение в наблюдательной палате, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами. Строгий режим для пациентов устанавливается для пациентов при:</p> <p>непосредственной опасности для себя и окружающих;</p> <p>беспомощности, то есть неспособности самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;</p> <p>возможном нанесении существенного вреда здоровью, если лицо будет оставлено без наблюдения.</p> <p>В клинических стационарных отделениях ПОСТИН предполагаются следующие виды наблюдения:</p> <p>1) общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение с передвижением в отделении согласно распорядку дня, возможностью участия в трудотерапии за пределами отделения;</p> <p>2) усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения в пределах отделения;</p> <p>3) строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение в наблюдательной палате, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами</p>				
13.	<p>Соблюдение условий выписки.</p> <p>Выписка из стационарных клинических отделений производится по выздоровлении пациента или улучшении его психического состояния, когда не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также по завершении обследования, экспертизы, мер безопасности, принудительных мер медицинского характера, явившихся основаниями для помещения в стационар.</p> <p>Выписка пациента, находящегося в стационарных клинических отделениях добровольно, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению его лечащего врача.</p> <p>Выписка пациента, к которому по определению суда применены принудительные меры медицинского характера и меры безопасности, производится только по вступившему в силу определению суда.</p> <p>Пациенту, госпитализированному в стационарное клиническое отделение добровольно, отказывается в выписке, если ВКК установлены основания для госпитализации в принудительном порядке</p>				
<p>Критерии для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья в стационароразмещающих условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения и предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время с предоставлением койко-места</p>					
14.	<p>Наличие показаний для лечения в стационароразмещающих условиях для лиц с ППР</p> <p>Показаниями для лечения в стационароразмещающих условиях для лиц с ППР являются:</p> <p>1) необходимость активной терапии лиц с ППР, в том числе вызванным употреблением ПАВ, не требующее круглосуточного наблюдения;</p> <p>2) необходимость постепенной адаптации к обычной жизненной обстановке, после получения курса лечения в круглосуточном стационаре;</p> <p>3) проведение обследований и экспертиз, не требующих круглосуточного стационарного наблюдения</p>				

15.	<p>Требования к длительности лечения и времени пребывания в дневном стационаре.</p> <p>Длительность лечения в дневном стационаре составляет не более 30 календарных дней.</p> <p>В случаях ухудшения состояния пациента, требующего круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, он госпитализируется в соответствующее стационарное отделение.</p> <p>Ежедневное время пребывания в дневном стационаре - не менее 6 часов. В дневном стационаре предусматривается двухразовое питание с учетом времени приема психотропных препаратов</p>				
16.	<p>Соблюдение требований к выписке из дневного стационара.</p> <p>Выписка производится по выздоровлении пациента или улучшении его психического состояния, когда возможен перевод на амбулаторное лечение, а также по завершению обследования, экспертизы, явившихся основаниями для помещения в дневной стационар</p>				
Критерии для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную реабилитацию в области психического здоровья					
17.	<p>Соблюдение требований к медико-социальной реабилитации в амбулаторных, либо стационароразмещающих условиях.</p> <p>При оказании медико-социальной реабилитации в амбулаторных, либо стационароразмещающих условиях ежедневное время пребывания составляет не менее 6 (шести) часов, за исключением выходных и праздничных дней, при этом предусматривается двухразовое питание с учетом времени приема психотропных препаратов. В подразделении медико-социальной реабилитации пациент обеспечивается необходимой медикаментозной терапией и необходимым обследованием.</p> <p>Медико-социальная реабилитация пациентов с ППП оказывается в соответствии с индивидуальной программой реабилитации пациента с ППП</p>				
18.	<p>Соблюдение требований к медико-социальной реабилитации в стационарных условиях.</p> <p>При госпитализации на медико – социальную реабилитацию осуществляются следующие мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) идентификация пациента; 2) проверка наличия и соответствие имеющейся медицинской документации, направление на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований; 3) разрабатывается индивидуальная программа реабилитации пациента с ППП; 4) заполняется первичная медицинская документация. <p>Общими противопоказаниями для госпитализации на медико – социальную реабилитацию являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острые состояния, требующие строгого или усиленного режима наблюдения; 2) наличие сопутствующих заболеваний, требующих лечения в стационарах другого профиля; 3) инфекционные заболевания в период эпидемиологической опасности 				
19.	<p>Наличие мультидисциплинарной группы.</p> <p>Медико-социальную реабилитацию взрослых с ППП осуществляет мультидисциплинарная группа:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) руководитель (врач менеджер здравоохранения или врач психиатр); 2) врач психиатр; 3) психолог; 4) социальный работник или специалист по социальной работе; 5) инструктор по труду или специалист в области трудовой терапии, спорта; 6) средний медицинский работник. <p>Состав мультидисциплинарной группы расширяется при увеличении перечня и (или) объема услуг</p>				
20.	Требования к длительности медико-социальной реабилитации.				

	<p>Длительность медико-социальной реабилитации взрослых пациентов с ППР составляет не более 3 (трех) месяцев.</p> <p>Длительность медико-социальной реабилитации детей с ППР составляет не более 3 (трех) месяцев.</p> <p>Длительность медико-социальной реабилитации взрослых с ППР вследствие употребления ПАВ составляет не более 9 (девяти) месяцев.</p> <p>Длительность медико-социальной реабилитации детей с ППР, вследствие употребления ПАВ составляет не более 9 (девяти) месяцев.</p>				
Критерии для субъектов(объектов), оказывающих проведение медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения					
21.	<p>Соблюдение требований к проведению идентификации лица направленного или пришедшего на медицинское освидетельствование.</p> <p>Перед проведением медицинского освидетельствования медицинский работник осуществляет идентификацию лица направленного или пришедшего на медицинское освидетельствование, ознакомившись с его документами, удостоверяющими личность.</p> <p>При отсутствии документов в Заключении медицинского освидетельствования для установления факта употребления ПАВ и состояния опьянения указываются особые приметы лица с обязательным указанием о получении паспортных данных со слов доставившего лица или обсле­дуемого, допускается фотографирование освидетельствуемого лица</p>				
22.	<p>Соблюдение требований к медицинскому освидетельствованию лиц, доставленных в тяжелом бессознательном состоянии.</p> <p>В специализированной организации здравоохранения, при доставлении лица в тяжелом, бессознательном состоянии для определения состояния, связанного с употреблением ПАВ, проводится двукратное (с интервалом 30-60 минут), количественное исследование на наличие ПАВ в биологических жидкостях организма (кровь, моча, слюна).</p> <p>В специализированной организации здравоохранения на момент оказания медицинской помощи в медицинской карте больного делается запись о наличии (отсутствии) у лица состояния опьянения или факта употребления ПАВ по результатам клинического обследования и лабораторного исследования биологических образцов, при этом Заключение не составляется</p>				
23.	<p>Соблюдение требований к условиям проведения лабораторного исследования или экспресс-тестирования биологических сред.</p> <p>Проведение лабораторного исследования или экспресс-тестирования биологических сред (кровь или моча при подозрении на алкогольное опьянение, моча при подозрении на наркотическое или токсикоманическое опьянение) осуществляется в следующих случаях:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) невозможность полного освидетельствования в связи с тяжестью состояния освидетельствуемого; 2) при наличии сомнений медицинского работника в комплексной оценке состояния опьянения (психических, поведенческих, вегетативных и соматоневрологических расстройств); 3) несогласия освидетельствуемого с результатами Заключения; 4) повторного освидетельствования; 5) при установлении факта употребления ПАВ и отсутствии признаков состояния опьянения (психических, поведенческих, вегетативных и соматоневрологических расстройств); 6) при дорожно-транспортном происшествии или совершении правонарушения с наличием пострадавших лиц; 7) если с момента совершения дорожно-транспортного происшествия и правонарушения без пострадавших прошло более 3 (трех) часов 				
24.	<p>Соблюдение требований к проведению лабораторного исследования или экспресс-тестирования биологических сред.</p> <p>Характер и последовательность проведения биологических проб определяется медицинским работником, производящим освидетельствование, в зависимости от особенностей клинического состояния освидетельствуемого.</p>				

	<p>Опечатывание и этикетирование отобранных биологических проб для лабораторного исследования производится в присутствии освидетельствуемого и лица, направившего и (или) доставившего освидетельствуемого.</p> <p>В случаях, если освидетельствуемое лицо не в состоянии объективно оценивать происходящие события, данная процедура производится в присутствии понятых (незаинтересованных лиц)</p>				
25.	<p>Соблюдение требований к проведению количественного исследования выдыхаемого воздуха на алкоголь.</p> <p>При проведении медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния алкогольного опьянения проводится количественное исследование выдыхаемого воздуха на алкоголь.</p> <p>Исследование выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя осуществляется с использованием технических средств измерения, официально зарегистрированных в Республике Казахстан.</p> <p>Если проведение освидетельствования в полном объеме не представляется возможным в силу психических и (или) соматоневрологических нарушений, или отказа лица от освидетельствования, в Заключении указываются причины невозможности проведения освидетельствования в полном объеме</p>				
26.	<p>Соблюдение требований к оформлению отказа от медицинского освидетельствования</p> <p>В случае отказа лица от медицинского освидетельствования, медицинским работником заполняется пункт 1 Заключения и ставятся подписи понятых (незаинтересованных лиц).</p> <p>Присутствие понятых (незаинтересованных лиц) в случае, когда освидетельствуемое лицо не в состоянии оценивать происходящие события или отказывается от прохождения медицинского освидетельствования, обеспечивается лицами, по инициативе которых проводится освидетельствование.</p>				
27.	<p>Соблюдение требований к установлению состояния освидетельствуемого лица.</p> <p>Медицинский работник при составлении Заключения и при проведении полного освидетельствования и согласия лица на проведение освидетельствования устанавливает одно из следующих состояний на основании имеющихся клинических и (при необходимости) лабораторных данных либо результатов экспресс-тестирования, подтверждающих вид психоактивного вещества, вызвавшего опьянение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) трезв(а); 2) факт употребления ПАВ, признаки опьянения не выявлены; 3) алкогольное опьянение (легкая, средняя, тяжелая степень); 4) состояние опьянения (наркотическое, токсикоманическое), вызванное употреблением ПАВ (наркотики – опиоиды, каннабиоиды, кокаин; седативные, снотворные вещества; психостимуляторы; галлюциногены; летучие растворители) 				
28.	<p>Соблюдение требований к оформлению Заключения медицинского освидетельствования.</p> <p>Заключение составляется в 3 (трех) экземплярах, заверяется подписью медицинского работника и печатью медицинской организации, в которой проводилось освидетельствование.</p> <p>Один экземпляр выдается лицу, доставившему освидетельствуемого, либо лицу, пришедшему на освидетельствование самостоятельно, второй экземпляр остается в медицинской организации и хранится в архиве в течение 5 (пяти) лет, третий экземпляр выдается лицу, доставленному на медицинское освидетельствование.</p> <p>При отсутствии сопровождающего, экземпляр Заключения по официальному письменному запросу лица, направившего на медицинское освидетельствование, высылается почтой или на указанный электронный адрес.</p> <p>Результаты освидетельствования, сообщаются освидетельствуемому лицу сразу же в присутствии лица, его направившего и (или) доставившего. В случаях, когда Заключение выносится после получения результатов лабораторных исследований, экземпляр Заключения выдается не позднее 5 рабочих дней со дня получения результатов лабораторных исследований.</p>				

* – данный проверочный лист используется в отношении всех субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь независимо от профиля оказываемых медицинских услуг

** – данный проверочный лист используется в отношении всех субъектов (объектов), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (первичная медико-санитарная помощь и консультативно-диагностическая помощь) независимо от профиля медицинских услуг, оказываемых в форме консультативно-диагностической помощи, (в том числе для субъектов (объектов) оказания доврачебной помощи)

*** – данный проверочный лист используется в отношении субъектов (объектов), оказывающих медицинские услуги по соответствующему профилю, в качестве дополнительного проверочного листа к основному проверочному листу, используемому в отношении субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь и амбулаторно-поликлиническую помощь, в зависимости от формы оказания медицинской помощи в субъекте (объекте) контроля

**** – данный проверочный лист используется в отношении субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере лабораторной службы, также при проведении проверки субъекта (объекта) здравоохранения, в составе которого имеется лабораторная служба, данный проверочный лист используется в качестве дополнительного проверочного листа к основному проверочному листу, используемому в зависимости от формы и профиля оказания медицинской помощи в субъекте (объекте) контроля

**Приложение 7 совместному приказу
Министра национальной экономики
Республики Казахстан
от 6 января 2021 года
№ 5 и Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 6 января 2021 года
№ ҚР ДСМ-3**

**Приложение 12 к совместному приказу
Министра здравоохранения Республики
Казахстан от 15 ноября 2018 года № ҚР ДСМ-32
и Министра национальной экономики
Республики Казахстан от 15 ноября 2018 года №
70**

**Проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания
медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), предоставляющих
лабораторные услуги******

Государственный орган, назначивший проверку

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта (объекта)
контроля _____

№, дата

Наименование субъекта (объекта) контроля

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер субъекта (объекта)
контроля _____

Адрес места нахождения _____

№	Перечень требований	Тре- бу- ется	Не тре- бу- ет- ся	Со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям	Не со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям
1.	Наличие лицензии и приложений к ней по осуществляемым видам деятельности				
2.	Наличие сертификата специалиста по соответствующей клинической специальности				
3.					

	Наличие в штате лаборатории специалиста по биобезопасности (при штате лабораторного персонала больше двадцати штатных единиц)				
4.	Наличие в организациях первичной медико-санитарной помощи портативных анализаторов на тест-полосках				
5.	Наличие на стационарном уровне в организациях здравоохранения в составе консультативно-диагностической лаборатории (далее - КДЛ) создается дополнительное подразделение либо отдельная экспресс-лаборатория при отделениях реанимации для выполнения экстренных и неотложных лабораторных исследований в минимальные сроки от взятия пробы до сообщения результата (в течении 15-60 минут). Для экстренной оценки патологического состояния пациентов проводятся общеклинические и биохимические исследования, в том числе экспресс-тесты. Лабораторная диагностика экспресс-лабораторией осуществляется при различных неотложных состояниях (при проведении хирургических вмешательств, оказании анестезиологического пособия, ведении больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии) в круглосуточном режиме. При отсутствии экспресс-лаборатории в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь в вечернее и ночное время, а также в воскресные и праздничные дни, работа в КДЛ обеспечивается дежурной бригадой, состоящей из врачей и лаборантов				
6.	Выполнение процессов по управлению качеством клинических лабораторных исследований по принципу этапности, который включает в себя преаналитический, аналитический и постаналитический этапы лабораторного исследования				
7.	Использование для выполнения исследований сертифицированного и зарегистрированного в Республике Казахстан оборудования, диагностических наборов реагентов, тест-систем и комплектующих расходных материалов				
8.	Наличие лабораторной информационной системы				
9.	Проведение внутрилабораторного контроля качества исследования				
10.	Наличие письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах				
11.	Транспортировка биоматериала, в том числе авто-, авиа- и железнодорожным транспортом осуществляется с соблюдением правил тройной упаковки и температурного режима				
12.	Для обеспечения доступности лабораторной диагностики в медицинских организациях здравоохранения амбулаторного и стационарного уровня организуются пункты забора и приема биоматериала. В пунктах забора и приема биоматериала предусматриваются кабинеты для забора крови, кабинет приема биологического материала, кабинет пробоподготовки и временного хранения биологического материала.				
13.	Соблюдение требований к условиям хранения и транспортировки образцов биологических материалов				
14.	Соблюдение алгоритма проведения контроля аналитического качества в лабораторной диагностике				

Должностное (ые) лицо (а) _____
_____ должность _____ подпись

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Руководитель
субъекта контроля _____
_____ должность _____ подпись

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Список сокращений:

ЗН – злокачественное новообразование

МДГ - мультидисциплинарная группа

ПМСП - первичная медико-санитарная помощь

Примечания:

* – данный проверочный лист используется в отношении всех субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь независимо от профиля оказываемых медицинских услуг

** – данный проверочный лист используется в отношении всех субъектов (объектов), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (первичная медико-санитарная помощь и консультативно-диагностическая помощь) независимо от профиля медицинских услуг, оказываемых в форме консультативно-диагностической помощи, (в том числе для субъектов (объектов) оказания доврачебной помощи)

*** – данный проверочный лист используется в отношении субъектов (объектов), оказывающих медицинские услуги по соответствующему профилю, в качестве дополнительного проверочного листа к основному проверочному листу, используемому в отношении субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь и амбулаторно-поликлиническую помощь, в зависимости от формы оказания медицинской помощи в субъекте (объекте) контроля

**** – данный проверочный лист используется в отношении субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере лабораторной службы, также при проведении проверки субъекта (объекта) здравоохранения, в составе которого имеется лабораторная служба, данный проверочный лист используется в качестве дополнительного проверочного листа к основному проверочному листу, используемому в зависимости от формы и профиля оказания медицинской помощи в субъекте (объекте) контроля

**Приложение 8 совместному приказу
 Министра национальной экономики
 Республики Казахстан
 от 6 января 2021 года
 № 5 и Министр здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 6 января 2021 года
 № ҚР ДСМ-3**

**Приложение 13 к совместному приказу
 Министра здравоохранения Республики
 Казахстан от 15 ноября 2018 года № ҚР ДСМ-32
 и Министра национальной экономики
 Республики Казахстан от 15 ноября 2018 года №
 70**

**Проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания
 медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих скорую
 медицинскую помощь, медицинскую помощь в форме медицинской авиации**

Государственный орган, назначивший проверку

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта (объекта)
 контроля _____

№, дата

Наименование субъекта (объекта) контроля

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер субъекта
 (объекта) контроля

Адрес места нахождения _____

№	Перечень требований	Тре- бу- ется	Не тре- бу- ет- ся	Со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям	Не со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям
Общие требования					
1.	Наличие лицензии и приложений к ней по осуществляемым видам деятельности				

2.	Соответствие сертификата специалиста по соответствующей клинической специальности				
3.	Соответствие проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов				
Для скорой медицинской помощи					
4.	Оснащение санитарного автотранспорта радиосвязью и навигационной системой				
5.	Наличие в службе скорой медицинской помощи областей, городов республиканского значения и столицы автоматизированной системы управления по приему и обработке вызовов и систем, позволяющим вести мониторинг за санитарным автотранспортом посредством навигационных систем, а также системы компьютерной записи диалогов с абонентами и автоматическим определителем номера телефона, с которого поступает вызов. Хранение записей диалогов осуществляется не менее 2 лет.				
6.	Наличие региональных Call-центров (колл-центры) в составе областных станциях скорой медицинской помощи и станциях скорой медицинской помощи городов республиканского значения и столицы				
7.	Время обработки вызова с момента его получения диспетчером составляет пять минут, в течение которого проводится сортировка по категории срочности вызова. Время прибытия бригады до места нахождения пациента с момента получения вызова от диспетчера согласно перечню категорий срочности вызовов скорой медицинской помощи (от 10 минут до 60 минут)				
8.	Правильное определение диспетчером ССМП вызовов по категории срочности согласно: 1) вызов 1 (первой) категории срочности – состояние пациента, представляющее непосредственную угрозу жизни, требующее оказания немедленной медицинской помощи; 2) вызов 2 (второй) категории срочности – состояние пациента, представляющее потенциальную угрозу жизни без оказания медицинской помощи; 3) вызов 3 (третьей) категории срочности – состояние пациента, представляющую потенциальную угрозу для здоровья без оказания медицинской помощи; 4) вызов 4 (четвертой) категории срочности – состояние пациента, вызванное острым заболеванием или обострением хронического заболевания, без внезапных и выраженных нарушений органов и систем, при отсутствии непосредственной и потенциальной угрозы жизни и здоровью пациента.				
9.	По результатам данных осмотра, инструментальной диагностики, динамики состояния пациента на фоне или после проведенных лечебных мероприятий, в соответствии с предварительным диагнозом, отражающим причины данного состояния, фельдшером или врачом бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП принимается одно из следующих решений: транспортировка пациента в медицинскую организацию, оказывающую стационарную помощь (далее – стационар); пациент оставлен на месте вызова; пациент оставлен на дому (по месту проживания)				
10.	В случае оставления пациента, не нуждающегося в госпитализации, на месте вызова или на дому, бригадой ССМП или отделения СМП при организации ПМСП предоставляются медицинские рекомендации для дальнейшего обращения в организацию ПМСП (по месту жительства или прикрепления)				
11.	Наличие сигнального листа для пациента в случае заболевания пациента и необходимости его посещения на дому участковым врачом				
12.	Наличие фиксирования следующих данных при поступлении вызова в диспетчерскую службу станции скорой медицинской помощи: 1) фамилия, имя, отчества (при его наличии), возраст и пол пациента; 2) данные по состоянию пациента и обстоятельства несчастного случая, травмы или заболевания; 3) адрес и телефон, а также ориентировочные данные по проезду к месту нахождения пациента.				
13.					

	Соблюдение времени прибытия фельдшерских и специализированных (врачебных) бригад до места нахождения пациента с момента получения вызова от диспетчера станции скорой медицинской помощи с учетом категории срочности: 1) 1 категория срочности – до десяти минут; 2) 2 категория срочности – до пятнадцати минут; 3) 3 категория срочности - до тридцати минут; 4) 4 категория срочности - до шестидесяти минут				
14.	В случае принятия решения бригадой ССМП или отделения СМП при организации ПМСП о транспортировке пациента в стационар, диспетчер ССМП информирует приемное отделение стационара о доставке пациента.				
Для медицинской помощи в форме медицинской авиации					
15.	Наличие задание на санитарный полет по форме № 090/уф				
16.	Проведение мобильной бригадой медицинской авиации при транспортировке пациента (ов) на постоянной основе оценку состояния и лечение пациента (ов) в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения				
17.	Наличие оснований для предоставления медицинской помощи в форме медицинской авиации (выписка из медицинской карты пациента, нуждающегося в медицинской помощи в форме медицинской авиации; заявка врача-координатора отделения медицинской авиации диспетчеру Координирующей организации; в экстренных случаях устное поручение уполномоченного органа, с письменным подтверждением; вызов от службы СМП и других экстренных служб)				
18.	Наличие согласования диспетчером Координирующей организации состава мобильной бригады медицинской авиации и привлеченного квалифицированного (ых) профильного (ых) специалиста (специалистов) из медицинских организаций региона с получением их информированного согласия				
19.	Наличие в Координирующей организации утвержденного субъектами здравоохранения и организациями медицинского образования графика квалифицированных специалистов по оказанию медицинской помощи в форме медицинской авиации				
20.	Наличие информированного согласия пациента (ов) на оказание медицинской помощи в форме медицинской авиации при его транспортировке. В отношении несовершеннолетних и граждан, признанных судом недееспособными, согласие предоставляют их законные представители. Оказание медицинской помощи пациентам, находящимся в бессознательном состоянии, принимается решением консилиума или врачом медицинской организации региона, или мобильной бригадой медицинской авиации или квалифицированным специалистом с уведомлением в произвольной форме должностных лиц медицинской организации.				

Должностное (ые) лицо (а) _____
должность
подпись

 фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Руководитель
 субъекта контроля _____
должность
подпись

 фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Список сокращений:

ПМСП - первичная медико-санитарная помощь

СМП – скорая медицинская помощь

ССМП – служба скорой медицинской помощи

Примечания:

* – данный проверочный лист используется в отношении всех субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь независимо от профиля оказываемых медицинских услуг

** – данный проверочный лист используется в отношении всех субъектов (объектов), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (первичная медико-санитарная помощь и консультативно-диагностическая помощь) независимо от профиля медицинских услуг, оказываемых в форме консультативно-диагностической помощи, (в том числе для субъектов (объектов) оказания доврачебной помощи)

*** – данный проверочный лист используется в отношении субъектов (объектов), оказывающих медицинские услуги по соответствующему профилю, в качестве дополнительного проверочного листа к основному проверочному листу, используемому в отношении субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь и амбулаторно-поликлиническую помощь, в зависимости от формы оказания медицинской помощи в субъекте (объекте) контроля

**** – данный проверочный лист используется в отношении субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере лабораторной службы, также при проведении проверки субъекта (объекта) здравоохранения, в составе которого имеется лабораторная служба, данный проверочный лист используется в качестве дополнительного проверочного листа к основному проверочному листу, используемому в зависимости от формы и профиля оказания медицинской помощи в субъекте (объекте) контроля

**Приложение 9 совместному приказу
Министра национальной экономики
Республики Казахстан
от 6 января 2021 года
№ 5 и Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 6 января 2021 года
№ ҚР ДСМ-3**

**Приложение 14 к совместному приказу
Министра здравоохранения Республики
Казахстан от 15 ноября 2018 года № ҚР ДСМ-32
и Министра национальной экономики
Республики Казахстан от 15 ноября 2018 года №
70**

**Проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания
медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), осуществляющих
деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции**

Государственный орган, назначивший проверку

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля _____

№, дата

Наименование субъекта (объекта) контроля _____

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер субъекта (объекта) контроля _____

Адрес места нахождения _____

№	Перечень требований	Тре- бу- ется	Не тре- бу- ет- ся	Со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям	Не со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям
1.	Наличие лицензии и приложений к ней по осуществляемым видам деятельности				
2.	Соответствие сертификата специалиста по соответствующей клинической специальности				

3.	<p>Проведение обследования по результатам экспресс-теста.</p> <p>В случае отрицательного результата экспресс-теста, обследуемому проводится повторное обследование на ВИЧ-инфекцию через 3 (три) месяца при наличии факторов риска инфицирования.</p> <p>В случае положительного результата экспресс-теста при информированном согласии тестируемого лица проводится обследование на ВИЧ-инфекцию.</p>				
4.	<p>Соблюдение сроков выдачи отрицательных результатов и наличие проведения послетестового консультирования.</p> <p>Отрицательный результат обследуемый получает по месту забора крови при предъявлении документа, удостоверяющего личность в течение 3 (трех) рабочих дней с момента поступления образца крови для исследования в лабораторию. Перед выдачей результата проводится послетестовое консультирование.</p>				
5.	<p>Соблюдение сроков направления образцов сыворотки в РГОЗ.</p> <p>При получении двух положительных результатов исследований образец сыворотки объемом не менее 1 (одного) мл направляется в лабораторию РГОЗ для проведения подтверждающих исследований в срок не позднее трех рабочих дней с момента последней постановки.</p>				
6.	<p>Соблюдение сроков повторного обследования при сомнительном результате.</p> <p>При получении противоречивых результатов исследований, результат считается сомнительным. Через 14 (четырнадцать) календарных дней проводится повторный забор крови и исследование на ВИЧ-инфекцию, согласно первому этапу порядка проведения диагностики ВИЧ-инфекции у взрослых (РГОЗ информацию о сомнительном результате на ВИЧ-инфекцию передает в территориальную государственную организацию здравоохранения, осуществляющую деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции, для повторного обследования на ВИЧ-инфекцию).</p> <p>При получении повторного сомнительного результата на ВИЧ-инфекцию через 14 (четырнадцать) календарных дней, проводятся дополнительные исследования с применением других серологических тестов. Отрицательный результат выдается по двум отрицательным результатам из трех проведенных исследований. Положительный результат выдается по двум положительным результатам из трех проведенных исследований. В случае обследования беременных дополнительно используются молекулярно-биологические тесты (количественное определение рибонуклеиновой кислоты ВИЧ с чувствительностью теста не более 50 копий/мл или определение провирусной дезоксирибонуклеиновой кислоты ВИЧ).</p>				
7.	<p>Наличие дотестового и послетестового консультирования.</p> <p>Дотестовое консультирование предоставляется через средства наглядной агитации, которые демонстрируются в местах ожидания.</p> <p>Дотестовое консультирование включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) информацию о пользе обследования на ВИЧ-инфекцию, путях передачи и значении ВИЧ-положительного и ВИЧ-отрицательного результатов теста; 2) разъяснение об имеющихся услугах в случае ВИЧ-положительного диагноза, включая разъяснение о бесплатном получении антиретровирусной терапии; 3) краткое описание методов профилактики и обследования партнера при положительном результате теста на ВИЧ-инфекцию; 4) гарантию конфиденциальности результатов теста. <p>Наличие послетестового консультирования обследованных.</p> <p>Послетестовое консультирование включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сообщение пациенту результата тестирования и значения результата; 2) информирование о возможном нахождении в серонегативном окне (при неопределенном или отрицательном результате) и необходимости повторного обследования на ВИЧ-инфекцию; 3) разъяснение возможностей снижения риска инфицирования за счет изменения поведения; 				

	4) информирование о возможностях дополнительной медицинской помощи для ключевых групп населения, психо-социальной помощи; 5) психологическую помощь и поддержку.				
8.	Наличие информированного согласия на ввод персональных данных в информационные системы лиц с положительными результатами. При положительном результате тестирования на ВИЧ-инфекцию, подписывается информированное согласие на ввод персональных данных в систему электронного слежения. При отказе на ввод персональных данных в систему электронного слежения вносятся номер и дата результата ИБ, инициалы, дата рождения, данные эпидемиологического анамнеза				
9.	Мониторинг и оценка охвата ключевых групп населения и людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, проводится путем ведения базы данных индивидуального учета клиентов и соответствующих форм учетной и отчетной документации специалистами организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции				
10.	Осуществление диагностики и лечения ИППП. В дружественных кабинетах осуществляется диагностика и лечение ИППП в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения ИППП				
11.	Наличие оборудованного транспорта для передвижных пунктов доверия				
12.	Осуществление доконтактной и постконтактной профилактики среди населения и ключевых групп населения				
13.	Наличие наблюдения за контактными в установленные сроки. За контактными устанавливается наблюдение в организации здравоохранения, осуществляющей деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции. Продолжительность наблюдения за контактными устанавливается для: 1) детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей – восемнадцать месяцев; 2) медицинских работников в случае аварийной ситуации – три месяца; 4) реципиентов донорского биоматериала – три месяца; 5) половых партнеров ВИЧ-инфицированных и контактных по совместному введению наркотиков - до получения через 3 месяца после завершения контакта отрицательного результата теста на ВИЧ-инфекцию; при продолжающемся контакте проводится обследование контактных на наличие ВИЧ-инфекции 2 раза в год; 6) лиц из внутрибольничного очага - три месяца после выписки из медицинской организации; в случае, если после выписки прошло более трех месяцев, контактные проходят однократное обследование, при отрицательном результате наблюдение прекращается.				
14.	Наличие динамического наблюдения и обеспечение антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированных лиц. Результаты лабораторного обследования контактных фиксируются в амбулаторной карте ВИЧ-инфицированного, состоящего на диспансерном учете (дискордантные пары). ВИЧ-инфицированный в динамике представляет данные на изменение семейного положения, фамилии, имени, отчества (при его наличии), данные о новых контактных лицах для обследования и наблюдения, которые вводятся в базу электронного слежения. Предоставление антиретровирусной терапии для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции с момента установления диагноза проводится в соответствии с рекомендациями клинических протоколов диагностики и лечения ВИЧ-инфекции у взрослых и детей, с привлечением услуг аутрич работников и социальных работников.				

Должностное (ые) лицо (а) _____
 _____ должность _____ подпись

_____ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Руководитель
 субъекта контроля _____
 _____ должность _____ подпись

фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Список сокращений:

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ИПП – инфекции, передающиеся половым путем

РГОЗ - республиканская государственная организация здравоохранения, осуществляющая деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции

Примечания:

* – данный проверочный лист используется в отношении всех субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь независимо от профиля оказываемых медицинских услуг

** – данный проверочный лист используется в отношении всех субъектов (объектов), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (первичная медико-санитарная помощь и консультативно-диагностическая помощь) независимо от профиля медицинских услуг, оказываемых в форме консультативно-диагностической помощи, (в том числе для субъектов (объектов) оказания доврачебной помощи)

*** – данный проверочный лист используется в отношении субъектов (объектов), оказывающих медицинские услуги по соответствующему профилю, в качестве дополнительного проверочного листа к основному проверочному листу, используемому в отношении субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь и амбулаторно-поликлиническую помощь, в зависимости от формы оказания медицинской помощи в субъекте (объекте) контроля

**** – данный проверочный лист используется в отношении субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере лабораторной службы, также при проведении проверки субъекта (объекта) здравоохранения, в составе которого имеется лабораторная служба, данный проверочный лист используется в качестве дополнительного проверочного листа к основному проверочному листу, используемому в зависимости от формы и профиля оказания медицинской помощи в субъекте (объекте) контроля

Приложение 10 совместному приказу
Министра национальной экономики
Республики Казахстан
от 6 января 2021 года
№ 5 и Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 6 января 2021 года
№ ҚР ДСМ-3

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

Критерии для субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере службы крови

Государственный орган, назначивший проверку

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта (объекта)
контроля _____

№, дата

Наименование субъекта (объекта) контроля

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер субъекта
(объекта) контроля

Адрес места нахождения _____

№	Перечень требований	Тре- бу- ется	Не тре- бу- ет- ся	Со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям	Не со- от- вет- ству- ет тре- бо- ва- ниям
1.	Наличие лицензии и приложений к ней по осуществляемым видам деятельности				
2.	Соответствие сертификата специалиста по соответствующей клинической специальности				
3.					

	Соблюдение в организации службы крови требований поэтапной маркировки крови и ее компонентов. Обеспечение условий для прослеживаемости движения каждого продукта крови от донора до получения готового продукта и его использование				
4.	Лабораторное исследование образцов крови реципиента на наличие маркеров гемотрансмиссивных инфекций до и после трансфузий осуществляется качественными иммуносерологическими и молекулярно-биологическими методами на автоматических анализаторах закрытого типа.				
5.	После донации крови и ее компонентов вся информация о донации крови и ее компонентов, в том числе вид реакции и объем оказанной медицинской помощи, в случае побочных эффектов донации, регистрируются в электронной информационной базе данных. Заготовленная кровь и ее компоненты передаются в блок первичного фракционирования с сопроводительной документацией				
6.	Донору предоставляется анкета донора крови и ее компонентов, которую он заполняет самостоятельно или при участии медицинского регистратора, а также информационный лист				
7.	Выполнение иммуногематологических исследований на наличие нерегулярных антиэритроцитарные антител в жидкофазных системах на плоскости и в пробирках, прочтение результата реакции агглютинации с обязательной микроскопией.				
8.	Входной и ежедневный внутрилабораторный контроль качества реагентов для подтверждения их активности, и специфичности. Входному контролю подлежат: 1) закупленные материалы (контейнеры для сбора крови, реагенты, тест-системы, дезинфицирующие средства, инструменты и другие материалы), номенклатура которых утверждается первым руководителем организации службы крови; 2) единицы донорской крови и ее компонентов (при приемке в производство)				
9.	Собранная в выездных условиях кровь помещается в термоконтейнеры с маркировкой "Гемопродукция необследованная, выдаче не подлежит" и при температуре 22±2°C доставляется в течение 18-24 часов в организацию службы крови				
10.	Для иммуногематологических исследований образцов крови потенциальных реципиентов используются реагенты с моноклональными антителами и оборудование, зарегистрированные государственным органом в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий				

Должностное (ые) лицо (а) _____
должность
подпись

 фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Руководитель
 субъекта контроля _____
должность
подпись

 фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Список сокращений:

Примечания:

* – данный проверочный лист используется в отношении всех субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь независимо от профиля оказываемых медицинских услуг

** – данный проверочный лист используется в отношении всех субъектов (объектов), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (первичная медико-санитарная помощь и консультативно-диагностическая помощь) независимо от профиля медицинских услуг, оказываемых в форме консультативно-диагностической помощи, (в том числе для субъектов (объектов) оказания доврачебной помощи)

*** – данный проверочный лист используется в отношении субъектов (объектов), оказывающих медицинские услуги по соответствующему профилю, в качестве дополнительного проверочного листа

к основному проверочному листу, используемому в отношениях субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь и амбулаторно-поликлиническую помощь, в зависимости от формы оказания медицинской помощи в субъекте (объекте) контроля

**** – данный проверочный лист используется в отношении субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере лабораторной службы, также при проведении проверки субъекта (объекта) здравоохранения, в составе которого имеется лабораторная служба, данный проверочный лист используется в качестве дополнительного проверочного листа к основному проверочному листу, используемому в зависимости от формы и профиля оказания медицинской помощи в субъекте (объекте) контроля