


	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 1 из 8

Наименование структурного подразделения:	Все структурные подразделения		
Названия документа:	СОП «Правила по валидации данных»		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
Согласовано:	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
Дата согласования:	04.01.2024г		
Дата введения в действие	04.01.2024г		
Версия №	Копия № _____	04 / 01 _____ / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 - « 02 - 2024г
 Дата следующего пересмотра « _____ - « _____ - 2027г

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 2 из 8

СОП «Правила по валидации данных»

1. Цель: описание процесса валидации данных ГКП на ПХВ «Ленгерская Городская поликлиника» – (далее - Поликлиника).

Обеспечить точность и надёжность данных, используемых для принятия решений и оценки эффективности, в том числе административных и клинических данных пациентов, которые содержатся в бумажных и электронных носителях.

2. Область применения

Выполнение правил обязательно сотрудниками СППиВЭ и отделом статистики, проводящими валидацию статических данных Поликлиники.

3. Ответственность:

Руководство и сотрудники вышеуказанных структурных подразделений медицинской организации.

4. Термины и определения

* *Валидация данных* - метод перепроверки данных вторым человеком для определения достоверности и правильности подсчёта данных по индикатор\ деятельности.

* *Абстракция данных* - расчёт данных согласно формуле индикатора.

* *Достоверность* - данные дают одинаковые результаты при повторном сборе и обработке. Результаты первого обзора и валидации должны составлять не менее 90%.

5. Ресурсы: источник информации по индикаторам качества (бумажный или электронный носитель).


6. Документирование:

Результат валидации данных по индикаторам – протокол Совета по качеству.

7. Описание Правил (Общие положения).

1) Валидация данных проводится в следующих случаях:

- применяется новый индикатор (в частности, те клинические индикаторы, которые внедряются с целью улучшить важные клинические процессы и их результаты);
- данные будут обнародованы на веб-сайте организации или каким-либо другим способом;
- были сделаны изменения в уже существующих индикаторах, как например, изменились инструменты или методика сбора данных или изменился процесс анализа данных или сменился сотрудник, выполняющий анализ данных;
- данные полученные от существующих индикаторов изменились по необъяснимой причине;
- изменился источник данных, например, когда часть медицинской карты пациента была преобразована в электронный формат, и таким образом источником

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 3 из 8

информации стал и бумажный и электронный носитель.

– предмет сбора данных изменился, например, изменился средний возраст пациентов, сопутствующие заболевания, были введены новые клинические протоколы или представлены новые технологии и методы лечения.

2) Валидация данных является важным инструментом для определения качества данных и уверенности в точности информации для лиц, принимающих решения.

3) Проверка (валидация) данных является одним из шагов в процессе определения приоритетов для оценки и выбора процесса для улучшения, индикаторов, сбора данных, подтверждения данных и использования данных для улучшения.

4) Руководство Поликлиники несет ответственность за то, чтобы публикуемые данные о клинической деятельности, безопасности пациентов или в других областях были точными и надежными и несет этическое обязательство предоставлять общественности наиболее точную и надежную информацию.

5) Процесс валидации данных является частью Программы по улучшению качества Поликлиники и применяется для улучшения рабочих процессов.

8. Методология валидации данных:

1) Определяется случайная выборка источника данных для повторной проверки вторым лицом (второй абстрактор) из того же источника данных, которыми пользовалось первое лицо (первый абстрактор) (см. Приложение).

2) Выполняется повторная абстракция данных (вторым лицом).

3) Сравниваются исходные данные (первичный показатель индикатора) с повторно абстрагированными данными (вторичный показатель индикатора).

4) Если объем первичной выборки (количество рассматриваемых первым абстракторов случаев) $N =$ от 17 до 160, то не менее 16 случаев подлежат валидации. Если N свыше 160, то валидации подлежат 10% случаев.


5) Вычисляется точность: результат второго абстрактора делится на результат первого абстрактора. Степень точности, составляющая 90% и более, является хорошей оценкой производительности, данные считаются валидированными.

6) Определяются несоответствия между абстракцией и повторной абстракцией данных.


7) Выполняются корректирующие действия.

8) Выбирается новый пример для валидации после выполнения корректирующих действий.

8. Валидация показателей отдела статистики при предоставлении данных во внешние организации

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 4 из 8

- 1/ Мед статистик несет ответственность за проведение валидации перед предоставлением данных во внешние организации.
- 2/ Определяется случайная выборка источника данных для повторной проверки вторым лицом (второй абстрактор) из того же источника данных, которыми пользовалось первое лицо (первый абстрактор).
- 3/ Выполняется повторная абстракция данных (вторым лицом).
- 4/ Сравниваются исходные данные (первичный показатель индикатора) с повторно абстрагированными данными (вторичный показатель индикатора).
- 5/ Если объем первичной выборки (количество рассматриваемых первым абстракторов случаев) $N \geq$ от 17 до 160, то не менее 16 случаев подлежат валидации. Если N свыше 160, то валидации подлежат 10% случаев.
- 6/ Мед. статистики проверяет правильность ввода статистиком информацию по выбывшим больным из стационара в Портале Электронный регистр стационарных больных (ЭРСБ). Проверяет правильность ведение заболеваемость, посещаемость, профилактический осмотр детей от 0-17 лет и целевых групп лист подлежащих скрининговым исследованиям взрослого население (КМИС)
- 7/ Мед.статистик проверяет правильность ввода статистиком информацию в РЦЭЗ о количестве выписанных, поступивших и умерших пациентов (Форма -21), ежегодные отчеты по формам 30.
- 8/ Мед. статистик проверяет правильность ввода статистиком информацию в РЦЭЗ о выписанных из стационара с заболеваниями БСК в том числе ОИМ, ОНМК которые должны в течение месяц взятых на Д учете (ЭРДБ)
- 9/ Мед.статистик мониторирует аналитика статистику (демографической показатели) по сравнительным данным с прошлым годом.
- 10/ Мед статистик представляет ранжирование индикаторов главному врачу и в ФОМС.
- 11/ При выявлении ошибок по внесенным данным в портале jr<^b,jr\4b, ХПН, НРСД, НРБТ мед.статистик ставит в известность заместителя главного врача по лечебной работе и направляет письмо в РЦЭЗ и Даму МЕД, ФОМС для исправления ошибки.
- 12/ Мед статистик по утвержденным формам по приказу №128 МЗ РК от «06.03.2013г» ежемесячно сдают отчет по качественному показателю (12 форма заболеваемость, посещаемость), ежеквартально 56 форма «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных с впервые в жизни установленным диагнозом», ежегодные отчеты 30 форма (отчет организации здравоохранения) годовая, 12 форма (отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания мед. организации и контингентах больных, состоящих под диспансерным наблюдением) годовая, 59 форма «Отчет о травмах, отравлениях» годовая, форма 40 «Отчет организации скорой медицинской помощи», форма 17 «Отчет о мед.и фарм.кадрах» годовая

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 5 из 8

Пример валидации данных

Индикатор: «Доступность, содержание и использование медицинской карты»

Формула индикатора:

– числитель – Количество правильно выполненных (соответствующих требованиям) элементов в проверяемой медицинской карте.

– знаменатель – Количество рассматриваемых элементов в медицинской карте. Например, 22 элемента проверки согласно чек-листу.

Действия абстрактора 1:

Выборка для проведения валидации первым абстрактором: 100% медицинских карт пациентов с отклонением сроков лечения в соответствии протоколом более 5 дней (38 случаев за август).

Действия абстрактора 2:

Выборка для проведения валидации вторым абстрактором: 16 медицинских карт пациентов с отклонением сроков лечения в соответствии протоколом более 5 дней (не менее 16 случаев подлежат валидации, если N=17-160).

Результаты 1 абстрактора: Количество рассмотренных МК – 38 случаев Количество рассматриваемых элементов в МК – 22.

При 100% соответствии необходимо соответствие 836 элементов ($38 \times 22 = 836$)

При анализе соответствие критериям составило 86% (719 элементов).

Результаты 2 абстрактора:

Количество рассмотренных МК – 16 случаев. Количество рассматриваемых элементов в МК – 22.


При 100% соответствии необходимо соответствие 352 элементов ($16 \times 22 = 352$)

При анализе соответствие критериям составило 79% (278 элементов).

Расчет точности:

Результат первого абстрактора 86 %. Результат второго абстрактора 79 %. $79/86 = 0,92 \times 100 = 92\%$.

Степень точности, составляющая 90% и более, является хорошей оценкой производительности.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 6 из 8

Приложение

Пример валидации данных

Индикатор: «Доступность, содержание и использование истории болезни»

Формула индикатора:

- числитель - Количество правильно выполненных (соответствующих требованиям) элементов в проверяемой медицинской карте.
- знаменатель - Количество рассматриваемых элементов в медицинской карте. Например, 22 элемента проверки согласно чек-листу.

Действия абстрактора 1:

Выборка для проведения валидации первым абстрактором:
 100% медицинских карт пациентов с отклонением сроков лечения в соответствии протоколом более 5 дней (38 случаев за август)

Действия абстрактора 2:

Выборка для проведения валидации вторым абстрактором:
 16 медицинских карт пациентов с отклонением сроков лечения в соответствии протоколом более 5 дней (не менее 16 случаев подлежат валидации, если N=17-160)

Результаты 1 абстрактора:

Количество рассмотренных МК – 38 случаев
 Количество рассматриваемых элементов в МК – 22.
 При 100% соответствии необходимо соответствие 836 элементов ($38 \times 22 = 836$)
 При анализе соответствие критериям составило 86% (719 элементов)


Результаты 2 абстрактора:

Количество рассмотренных МК – 16 случаев
 Количество рассматриваемых элементов в МК – 22.
 При 100% соответствии необходимо соответствие 352 элементов ($16 \times 22 = 352$)

При анализе соответствие критериям составило 79% (278 элементов)

Расчет точности:

Результат первого абстрактора 86 %.
 Результат второго абстрактора 79 %.
 $79/86 = 0,92 \times 100 = 92\%$
 Степень точности, составляющая 90% и более, является хорошей оценкой производительности

 ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1

7. Нормативные ссылки

- Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК. «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- Стандарты аккредитации Международной объединённой комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital - 6th Edition) для больниц, 6-е издание, Глава 9: Повышение качества и безопасность пациента, 2017 г., США. проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)»
- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года № КР ДСМ - 111. «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»

1. Указание условия пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.

Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

1

Страница:

10 из 10

Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
1	Шокибаев Г	мер. с	04.01.2024	[Подпись]
2	Абдиева С.С.	мер. сестра	04.01.2024	[Подпись]
3	Тотайбева А	мер. сестра	04.01.2024	[Подпись]
4	Халимжанов	медсестра	04.01.2024	[Подпись]
5	Ибраимова А	анушер	04.01.2024	[Подпись]
6	Абдиева О.И.	мл. мед	04.01.2024	[Подпись]
7	Умарбаева А.Н.	уч. мер	04.01.2024	[Подпись]
8	Жаракчиева Р.Т.	ст. мер.	04.01.2024	[Подпись]
9	Султамбетов С.А.	Техник	04.01.2024	[Подпись]
10	Абдиева Г.Э.	стоматолог	04.01.2024	[Подпись]
11	Абдиева М.И.	стол. мер	04.01.24	[Подпись]
12	Омарбаева А.О.	стоматолог	04.01.24	[Подпись]
13	Торшбаева С.И.	стол. зуб врач	04.01.24	[Подпись]
14	Жанмуратова М.	стол. мер	04.01.24	[Подпись]
15	Абдиева Г.И.	стол. мер	04.01.24	[Подпись]
16	Самиева А.А.	стол. мер	04.01.2024	[Подпись]
17	Сафарбаев А.И.	стоматолог	04.02.2024	[Подпись]
18	Шокибаев М.К.	кзр. мер	04.01.2024	[Подпись]
19	Кимбаева А.И.	мер. сестра	04.01.2024	[Подпись]
20	Ибраимова Г.И.	мл. мер	04.01.2024	[Подпись]
21	Ибраимова В.Т.	терапевт	04.01.2024	[Подпись]
22	Абдиева Р.К.	мер. сестра	04.01.2024	[Подпись]
23	Абдиева М.	медсестра	04.01.2024	[Подпись]
24	Жаракчиева Ф.	медсестра	04.01.2024	[Подпись]
25	Ибраимова И.	анушер	04.01.2024	[Подпись]
26	Ибраимова С.	мер. с	04.01.24	[Подпись]

