


Национальное Агентство по безопасности пациентов  
и независимой медицинской экспертизе

Национальная Медицинская Палата

А.А. Старченко  
О.В. Тарасова  
О.В. Салдуева  
М.Д. Гуженко



## Карта дефектов МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

пособие для медицинских работников  
и экспертов по дефектам оказания  
медицинской помощи



Москва 2019

**Национальное Агентство по безопасности пациентов  
и независимой медицинской экспертизе**

**Национальная Медицинская Палата**

**А.А. Старченко, О.В. Тарасова,  
О.В. Салдуева, М.Д. Гуженко**

**Карта дефектов медицинской помощи:  
пособие для медицинских работников  
и экспертов по дефектам оказания  
медицинской помощи**

**4-е издание дополненное**

**Москва  
2019**

УДК 614.2:616-082.6

ББК 51

Н19

Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д.

Карта дефектов медицинской помощи: пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи.-4-е изд. доп., М., 2019.

Авторский коллектив: доктор мед. наук, проф. А.А. Старченко, канд.мед.наук О.В. Тарасова, врачи-эксперты О.В. Салдуева, М.Д. Гуженко.

Карта дефектов медицинской помощи, как пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи, разработана коллективом авторов – опытных и авторитетных экспертов оказания медицинской помощи – сотрудников одной из крупнейших страховых медицинских организаций «Капитал Медицинское Страхование» под редакцией д.м.н., проф. А.А. Старченко, члена Общественного совета Минздрава России, президента НП «Национальное Агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе», сопредседателя комитета по независимой медицинской экспертизе НП «Национальная Медицинская Палата», члена Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, в рамках проекта «Независимая медицинская экспертиза – инструмент общественного контроля в сфере здравоохранения России». Цель проекта: повысить эффективность контроля оказания медицинской помощи посредством формирования института независимой экспертизы медицинской помощи на базе Национальной Медицинской Палаты.

При реализации проекта использовались средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 25.07.2014 №243-рп и на основании конкурса, проведенного Общероссийской общественной организацией «Лига здоровья нации».

Авторский коллектив благодарит НП «Национальная Медицинская Палата» и ее президента – профессора Л.М. Рошаля за помощь и поддержку при реализации проекта «Независимая медицинская экспертиза – инструмент общественного контроля в сфере здравоохранения России» по гранту в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 25.07.2014 №243-рп и на основании конкурса, проведенного Общероссийской общественной организацией «Лига здоровья нации».

Авторский коллектив благодарит все экспертное медицинское сообщество системы обязательного медицинского страхования за многолетний вклад в совершенствование сферы здравоохранения России, повышение качества медицинской помощи и самоотверженное служение принципу социальной справедливости.

«...С самого начала моего врачебного поприща я принял за правило: не скрывать ни моих заблуждений, ни моих неудач, и я доказал это, обнаружив все мои ошибки и неудачи...».

«...Я видел, как многие опытные практические врачи ... ошибались, и сам я так часто ошибался...».

Николай Иванович Пирогов

Оказание медицинской помощи является одним из важнейших факторов, который влияет на здоровье населения. Вступление в силу с 1 января 2012 года нового Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» подчеркнуло новые возможности разрешения споров о качестве медицинской помощи. Статья 58 (пункт 1) Закона РФ № 323-ФЗ является правовым основанием для создания и функционирования института независимой медицинской экспертизы в порядке и в случаях, которые установлены положением о независимой медицинской экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации. В настоящее время такое положение отсутствует. В России фактически с 1994-1995 года действует система первичного контроля оказания медицинской помощи в рамках самого массового оказания медицинской помощи – обязательного медицинского страхования. Среди проблем в системе оценки медицинской помощи – отсутствие объективности, которая следует из недостатков организации системы здравоохранения, а также отсутствие механизмов досудебного урегулирования конфликтов между врачом и пациентом.

Несовершенство законодательной базы системы обязательного медицинского страхования не позволяет решать вопросы независимой медицинской экспертизы в субъектах РФ в случаях оказания медицинской помощи на уровне республиканских, областных, краевых учреждений здравоохранения. В этих случаях не представляется возможным обеспечить независимый принцип экспертизы, т.к. включенные в территориальный регистр экспертов качества медицинской помощи субъекта РФ врачи отводят свои кандидатуры в связи с подчинением главному внештатному специалисту, работающему в проверяемом республиканском, областном, краевом учреждении здравоохранения. Жестокое административно-служебное подчинение врачей патологоанатомической службы руководству медицинского учреждения, где были оказаны ненадлежащего качества медицинские услуги, исключает патологоанатома из круга доверия независимых экспертов, что приводит к тому, что родственники умерших пациентов требуют судебно-медицинского исследования.

Однако аналогичное служебное подчинение экспертов судебно-медицинской службы органу управления здравоохранением субъекта РФ, т.е. местному министру здравоохранения, также не повышает доверия родственников

умерших пациентов к судебнo-медицинским заключениям. На сегодняшний день в российской системе здравоохранения отсутствуют также и механизмы, позволяющие обеспечить досудебное урегулирование конфликтов между врачом и пациентом в случае некачественного оказания медицинской помощи. Как отмечают эксперты Национальной Медицинской Палаты, кроме как открытия гражданского или уголовного дела, - других механизмов решения конфликтных ситуаций при оказании медицинской помощи – нет. Страховые компании в свою очередь стремятся обеспечить досудебное регулирование конфликтов, но пока медицинские организации к этому не готовы – их цель уголовный процесс против врача с целью снижения своих финансовых издержек.

Неготовность медицинских организаций даже в случаях, когда учреждение здравоохранения признает наличие выявленных дефектов, решать в досудебном порядке конфликт, по мнению экспертов Национальной Медицинской Палаты, определяется отсутствием в структуре расходов статьи о возмещении такого вреда. В этом случае руководители учреждений здравоохранения ссылаются на то, что выплаты возможны исключительно по судебному исполнительному листу. Таким образом, сейчас в системе здравоохранения и в обществе в целом возникла необходимость повышения результативности общественного экспертного контроля и создании системы досудебного урегулирования конфликтов между врачом и пациентом, особенно на фоне развития института саморегулирования медицинской деятельности. Предлагаемый к реализации проект направлен на формирование нормативно-правовых, методологических и инфраструктурных условий для реализации пилотного проекта по независимой медицинской экспертизе на базе Национальной Медицинской Палаты. Актуальность решения этих задач определяется в том числе и развитием саморегулирования профессиональной деятельности, которое предполагает реализацию общественно-государственной модели управления отраслью. Одним из ожидаемых результатов реализации разработанной Минздравом России и НП «Национальная Медицинская Палата» Концепции введения системы саморегулирования профессиональной деятельности медицинских работников в РФ является создание альтернативных механизмов разрешения споров, возникающих по поводу оказания медицинской помощи или вреда жизни, здоровью, связанному с оказанной медицинской помощью.

## Глава I. Законодательство РФ о качестве и дефекте медицинской помощи.

В отечественном законодательстве отсутствует определение дефекта медицинской помощи, что значительно затрудняет единое понимание данной проблемы. В рамках реализации проекта «Независимая медицинская экспертиза – инструмент общественного контроля в сфере здравоохранения России» предложено определение дефекта медицинской помощи в качестве обычая делового оборота и обычно предъявляемых требований в соответствии с нормой статьи 309 Гражданского Кодекса РФ, Законом РФ «О защите прав потребителей» установлены следующие общие определения, используемые также в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования (ОМС), которые отнесены к юрисдикции Закона РФ «О защите прав потребителей»:

-«недостаток услуги - несоответствие услуги или обязательным требованиям, предусмотренным законом либо в установленном им порядке, или условиям договора, или целям, для которых услуга такого рода обычно используется, или целям, о которых исполнитель был поставлен в известность потребителем при заключении договора;

-существенный недостаток услуги - неустранимый недостаток или недостаток, который не может быть устранен без несоразмерных расходов или затрат времени, или выявляется неоднократно, или проявляется вновь после его устранения, или другие подобные недостатки;

-безопасность услуги - безопасность услуги для жизни, здоровья, имущества потребителя и окружающей среды при обычных условиях его использования, хранения, транспортировки и утилизации, а также безопасность процесса оказания услуги».

Исходя из определения недостатка услуги предложено определение дефекта медицинской помощи (услуги) и установлены критерии оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности.

Дефект медицинской помощи (услуги) – это:

- несоответствие медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством о здравоохранении об обязательном медицинском страховании;

- несоответствие медицинской помощи (медицинской услуги) требованиям или условиям договора;

- нарушение требований нормативных актов уполномоченных органов исполнительной власти (стандарты и порядки оказания медицинской помощи);

- нарушение обычаев делового оборота, обычно предъявляемых требований в сфере здравоохранения (в т.ч. клинические протоколы и рекомендации);

- нарушения требований безопасности медицинской услуги;

- несоответствие медицинской помощи (услуги) целям, для которых данная медицинская помощь (медицинская услуга) обычно оказывается (причинение вреда жизни и здоровью пациентов);

- нарушение прав пациентов;

- неоптимальный выбор технологии оказания медицинских услуг (неправильная диагностика, затрудняющая стабилизацию имеющегося у пациента заболевания; создание условий повышения риска для возникновения нового патологического процесса; нерациональное использование ресурсов медицинского учреждения);
- нарушение правил оформления медицинской документации.

Критерии оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности. В отсутствие федерального определения и нормирования безопасности медицинской деятельности полагаем необходимым формулирование обычая делового оборота и обычно предъявляемых требований в здравоохранении по проблеме безопасности медицинской деятельности в двуединой системе государственного контроля и контроля системы ОМС в соответствии с нормами статьи 309 Гражданского Кодекса РФ:

1. Безопасность медицинской помощи (услуги, вмешательства) - отсутствие необоснованного риска при допущении обоснованного риска медицинского вмешательства, соответствующего номенклатуре медицинских услуг, выполняемого с диагностической или лечебной целью по показаниям в соответствии с имеющимся заболеванием, с учетом противопоказаний к вмешательству, в специально предусмотренном, нормируемом и приспособленном помещении специалистом, имеющим допуск к выполнению вмешательства на основании имеющихся у него документов об образовании и сертификата специалиста.

2. Риск медицинского вмешательства - вероятность наступления неблагоприятного исхода для жизни или здоровья пациента, а также вероятность недостижения той цели, ради которой проводится медицинское вмешательство; оценивается экспертом:

а) по наличию объективных и субъективных условий для возникновения неблагоприятного исхода или недостижения поставленной цели медицинского вмешательства;

б) по выполнению объема и качества профилактических мер неблагоприятного исхода и недостижения цели медицинского вмешательства.

3. Риск в здравоохранении является необоснованным и медицинская услуга признается не отвечающей требованиям безопасности при следующих обстоятельствах:

3.1. Рискованное медицинское вмешательство не предусмотрено номенклатурой медицинских услуг.

3.2. Рискованное медицинское вмешательство выполняется медицинским работником, не имеющим допуск к его выполнению: отсутствие у исполнителя документа об образовании и/или сертификата специалиста.

3.3. Рискованное медицинское вмешательство выполняется за пределами специально предусмотренного, нормируемого и приспособленного помещения.

3.4. Рискованное медицинское вмешательство выполняется с нарушением требований обязательного стандарта оснащения и оборудования специально предусмотренного помещения.

3.5. Рискованное действие осуществляют с пренебрежением достижения



общественно полезной цели, т. е. сохранения жизни и здоровья пациента.

3.6. Применение конкретного метода диагностики или лечения осуществляется вне медицинских показаний к нему и/или при наличии противопоказаний, в т.ч. по другим параметрам состояния здоровья пациента и сопутствующим заболеваниям.

3.7. Цель рискованного вмешательства может быть достигнута без риска другими вариантами вмешательств.

3.8. Риск развития ятрогенного осложнения, неблагоприятных последствий и смерти пациента при предлагаемом конкретном вмешательстве выше, чем риск развития неблагоприятного исхода без применения данного метода.

3.9. Наступление вредных последствий предлагаемого конкретного вмешательства неизбежно, а не лишь возможно.

3.10. Не использованы без положительного результата все менее опасные методы диагностики и лечения.

3.11. Врач не прогнозирует типичные возможные осложнения применяемого им метода и/или не предпринимает мер для их предотвращения, своевременного выявления и лечения.

3.12. Пациент не согласен на применение рискованных медицинских действий. Безопасность медицинской деятельности – это, прежде всего, организационные усилия и деятельность руководства медицинской организации по тотальному исключению из практики условий и обстоятельств оказания небезопасных услуг пациентам. В этом контексте исполнение стандартов и порядков оказания медицинской помощи, в которых и изложены специальные требования (в т.ч. организационные, общие и специальные) по оснащению, лекарственному и кадровому обеспечению, технологическим составляющим (перечень медицинских услуг с кратностью), является инструментом безопасности медицинской деятельности.

**Формулировки экспертных выводов о дефектах оказания медицинской помощи в соответствии с нормами Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».**

Закон РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является основным законом, регулирующим правоотношения при оказании медицинской помощи.

Пункт 21 статьи 3 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является отправным для эксперта медицинской помощи, т.к. вводит в оборот характеристики качества медицинской помощи:

- своевременность оказания медицинской помощи,
- правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи,
- степень достижения запланированного результата.

Из этого определения следует, что невыполнение показанной медицинской услуги, включенной в стандарт, утвержденный нормативным актом федерального органа исполнительной власти, является ненадлежащим качеством медицинской



помощи, по признакам несвоевременности оказания медицинской помощи и неправильности выбора методов диагностики и лечения.

Статья 10 Закона РФ № 323-ФЗ устанавливает: «Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются: 4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи; 5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Таким образом, гарантированным объемом услуг для правильной диагностики и правильного лечения в системе ОМС является набор медицинских услуг – стандарта, без которых невозможно исполнить требование к качеству о правильности диагностики и лечения застрахованного лица, т.е. услуг с частотой предоставления 100%.

Статья 64 Закона РФ № 323-ФЗ и часть 6 статьи 40 Закона РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ» определяют: «Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата».

Из этого также следует, что для правильной диагностики и правильного лечения в системе ОМС необходимо выполнять комплекс медицинских услуг стандарта, без которых невозможно исполнить требование к качеству о правильности диагностики и лечения застрахованного лица, т.е. услуг с частотой предоставления 100%.

Статья 37 Закона РФ № 323-ФЗ «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи» устанавливает обязательность исполнения порядков и базисность стандартов оказания медицинской помощи в РФ («1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи»).

Часть 1 статьи 79 Закона РФ № 323-ФЗ «Обязанности медицинских организаций»: также устанавливает: «1. Медицинская организация обязана:

- 1) оказывать гражданам медицинскую помощь в экстренной форме;
- 2) осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и на основе стандартов медицинской помощи».

Статья 87 Закона РФ № 323-ФЗ устанавливает: «Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем: 3) соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством РФ об ОМС».

Из этого следует, что эксперты в РФ, в т.ч. ТФОМС и СМО, обязаны контролировать качество медицинской помощи, исходя из принципа соблюдения объемов оказания медицинской помощи, т.е. набора медицинских услуг - стандарта, без которых невозможно исполнить требование о правильности выбора диагностики и лечения застрахованного лица, т.е. медицинских услуг с частотой предоставления 100%. Критерием экспертной практики является судебная практика Верховного Суда РФ, который вынес решение об обязательности исполнения стандартов, как нормативных актов. Верховным Судом РФ в заседании от 09.04.14 г. по делу № АКПИ14-152 рассмотрены:

- 1) заявление представителя Минздрава России, в котором он просил суд прекратить производство по делу, поскольку оспариваемый приказ об утверждении стандарта медицинской помощи является актом рекомендательного характера, не нуждается в государственной регистрации и не нарушает прав граждан;
- 2) мнение представителя Минюста России, который считает, что приказ об утверждении стандарта медицинской помощи является нормативным правовым актом и подлежал направлению на государственную регистрацию в Минюст России.

Выслушав объяснения представителей Минздрава России, Минюста России, исследовав материалы дела, заслушав заключение прокурора Генеральной прокуратуры РФ, полагавшей, что заявление подлежит удовлетворению, и судебные прения, Верховный Суд РФ находит заявленные требования подлежащими удовлетворению.

1. Существенными признаками, характеризующими нормативный правовой акт, являются: издание его в установленном порядке уполномоченным органом государственной власти, наличие в нем правовых норм (правил поведения), обязательных для неопределенного круга лиц, рассчитанных на неоднократное применение, направленных на урегулирование общественных отношений либо на изменение или прекращение существующих правоотношений.
2. Доводы представителя Минздрава России о том, что стандарт медицинской помощи больным не является нормативным правовым актом, носит рекомендательный характер, являются несостоятельными и не могут служить основанием для отказа в удовлетворении заявленных требований.
3. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации» было предусмотрено, что стандарты медицинской помощи устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (пункт 5.2.14 Положения).
4. Согласно статье 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: 1) медицинских услуг; 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз)

в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения; 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; 4) компонентов крови; 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; 6) иного, исходя из особенностей заболевания (состояния).

Апелляционная коллегия Верховного Суда РФ в заседании от 31.07.14 г. по делу № АПЛ14-302 установила:

1) в апелляционной жалобе Минздрав России, не соглашаясь с решением суда и считая его незаконным и необоснованным, просит решение отменить и производство по делу прекратить;

2) в обоснование апелляционной жалобы Минздрав России ссылается на то, что приказ не содержит основных существенных признаков нормативного правового акта, а именно подписан должностным лицом, не уполномоченным на издание нормативных правовых актов, и не содержит правовых норм (правил поведения), обязательных для неопределенного круга лиц, поэтому может быть оспорен исключительно в порядке производства по делам об оспаривании решений, действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, должностных лиц, государственных или муниципальных служащих (глава 25 ГПК РФ).

Проверив материалы дела, обсудив доводы апелляционной жалобы, Апелляционная коллегия Верховного Суда Российской Федерации не находит оснований для ее удовлетворения:

1. Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» дополнены статьей 37.1, которая определяет, что стандарты медицинской помощи устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

2. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации» было предусмотрено, что стандарты медицинской помощи устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (пункт 5.2.14 Положения).

3. Согласно статье 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: 1) медицинских услуг; 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;

3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; 4) компонентов крови; 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; 6) иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

4. Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 утверждено Положение о Министерстве здравоохранения Российской Федерации. В соответствии с пунктом 5.2.18 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации Минздрав России на основании и во исполнение Конституции Российской Федерации, федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации самостоятельно принимает нормативные правовые акты, в том числе стандарты медицинской помощи.

Апелляционная коллегия Верховного Суда РФ в заседании от 31.07.14 г. по делу № АПЛ14-302 установила: «На основании изложенного Верховным Судом Российской Федерации сделан правильный вывод о том, что стандарты медицинской помощи являются нормативными правовыми актами».

Таким образом, Верховным Судом РФ установлено обязательство власти разных уровней перед обществом:

- 1) утверждать нормативные акты (приказы) о медицинских стандартах медицинской помощи (Минздрав РФ);
- 2) исполнять требования нормативных актов (приказы) о медицинских стандартах медицинской помощи при оказании медицинской помощи;
- 3) осуществлять контроль и надзор в сфере здравоохранения на предмет исполнения нормативных актов (приказы) о медицинских стандартах медицинской помощи, в т.ч. в системе ОМС в рамках контроля объема, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- 4) выносить судебные решения на основании нормативных актов (приказы) о медицинских стандартах медицинской помощи.

**ВЫВОД.** В каждом акте экспертной деятельности необходимо в заключение включать текст: «Объем, качество и условия предоставления оказанной медицинской помощи не соответствуют определению качества медицинской помощи в соответствии с п. 21 ст. 3 Закона № 323-ФЗ (и п. 6 ст. 40 Закона № 326-ФЗ, если оценка проводится в системе ОМС) по признакам несвоевременности оказания медицинской помощи и неправильного выбора методов диагностики и лечения».

1. Требования к независимой экспертизе медицинской помощи (НЭМП), медико-экономической экспертизе (МЭЭ) и экспертизе качества медицинской помощи (ЭКМП) в системе ОМС по оценке протоколирования в медицинской документации добровольного информированного согласия пациента – застрахованного лица на медицинское вмешательство.

1.1. Пункт 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет качество медицинской помощи как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики,

лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

1.2. Статья 64 Закона РФ № 323-ФЗ и часть 6 статьи 40 Закона РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определяют: «Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата».

Пункт 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ определяет качество медицинской помощи, как степень достижения запланированного результата. Исходя из определения характеристики качества медицинской помощи, как степени достижения запланированного результата, следует признать следующие выводы.

1.3. Планирование у пациента летального исхода в стационаре не соответствует цели оказания медицинской помощи, т.к. целью ее оказания является – улучшение или облегчение состояния (заболевания) или создание условий (терапевтическим, хирургическим или иным вмешательством) для выздоровления пациента от имеющегося заболевания.

1.4. В системе ОМС в соответствии с приложением 8 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФОМС от 1 декабря 2010 г. № 230 (в ред. Приказа ФОМС от 16.08.2011 № 144), к дефектам оказания медицинской помощи, т.е. ненадлежащему качеству медицинской помощи относят:

- «3.2.3. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавших риск возникновения нового заболевания»;

- «3.3.2. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавших риск возникновения нового заболевания».

Таким образом, создание риска прогрессирования имеющегося заболевания у пациента – дефект качества медицинской помощи. Из этого следует, что в процессе оказания медицинской помощи запрещается создание риска прогрессирования имеющегося заболевания (вплоть до летального исхода), а планирование летального исхода у пациента в стационаре – это реализация на практике риска прогрессирования имеющегося заболевания.

1.5. Планирование летального исхода у пациента в терминальной стадии онкологического процесса также является признаком ненадлежащего качества оказания медицинской помощи, т.к. планируемый результат любой деятельности (в том числе и медицинской) должен быть достигнут с минимальными временными и ресурсными затратами. В страховом случае с пациентом в терминальной стадии онкологического процесса планируемый результат в виде летального исхода должен быть также достигнут в кратчайшие сроки и с наименьшими ресурсными затратами. Другими словами, при планировании летального исхода у пациента в терминальной стадии онкологического процесса медицинский персонал должен «активно способствовать наступлению» летального исхода в кратчайшие сроки и с наименьшими затратами на лечение: как минимум – не лечить пациента, как максимум – ввести препараты для эвтаназии.

Исходя из данной логической цепи постулатов, следует признать следующие выводы о страховом случае стационарного лечения с летальным исходом:

- 1) в стационаре планирование летального исхода запрещается и является признаком ненадлежащего качества медицинской помощи;
- 2) в стационаре разрешено планирование исходов без создания риска прогрессирования имеющегося заболевания (вплоть до летального исхода);
- 3) летальный исход в стационаре – это недостижение запланированного результата (выздоровление или улучшение состояния);
- 4) каждый страховой случай с летальным исходом – случай ненадлежащего качества оказания медицинской помощи по признаку п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ - отсутствия достижения запланированного результата.

Таким образом, отсутствие в медицинской карте стационарного больного в плане ведения больного записи о планируемом результате диагностики и лечения или отсутствие в целом плана ведения больного являются признаками ненадлежащего качества медицинской помощи, что подлежит применению финансовых санкций. В данном экспертном случае следует применить санкции по коду 3.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), утв. приказом ФОМС от 01.12.10 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», в зависимости от исхода. Минимальная санкция – по коду 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания. Максимальная санкция – «3.2.5. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи, приведших к летальному исходу».

1.3. Статья 20 Закона РФ № 323-ФЗ «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» устанавливает правила протоколирования добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство:

«1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента».

Пункт 5 статьи 3 Закона РФ № 323-ФЗ вводит понятие медицинского вмешательства: «5) медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности».

Таким образом, при проведении независимой экспертизы, МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах протоколирования добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство – отсутствие:

- полной информации о целях медицинского вмешательства, в т.ч. наименования;
- полной информации о методах оказания медицинской помощи;
- полной информации о риске, связанном с вмешательством и методами оказания помощи;
- полной информации о возможных вариантах медицинского вмешательства (перечисление вариантов);
- полной информации о последствиях медицинского вмешательства;
- формулировки предполагаемого результата оказания медицинской помощи;
- подписи пациента;
- подписи медицинского работника.

Отсутствие в протоколе добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство одного из установленных законом требования – обязательный повод для применения финансовой санкции.

Отсутствие в протоколе отказа пациента от медицинского вмешательства перечисления последствий такого отказа - обязательный повод для применения финансовой санкции.

Применение санкций по коду: 4.3 или 3.2 в зависимости от исхода, минимальная



санкция – по коду 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания неполным или ненадлежащим информированием пациента о риске медицинского вмешательства, которое нарушило право пациента на отказ от данного вмешательства.

2. Требования к НЭМП, МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации информации о применении лекарственных средств у больных по жизненным показаниям.

Отсутствие в протоколе информированного согласия пациента на применение лекарственных средств у больных по жизненным показаниям позиций, предусмотренных п. 4 Положения о порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям, утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.08.2005 г. № 494 («4. Перед началом применения лечащий врач должен проинформировать пациента (в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, родителей или законных представителей) о лекарственном средстве, об ожидаемой эффективности предлагаемой терапии, о безопасности лекарственного средства, степени риска для пациента, а также о действиях в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства на состояние его здоровья»):

- о лекарственном средстве;
- об ожидаемой эффективности предлагаемой терапии;
- о безопасности лекарственного средства;
- о степени риска для пациента;
- о действиях в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства на состояние его здоровья.

Применение санкций по коду: 4.3 или 3.2 в зависимости от исхода, минимальная санкция – по коду 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания неполным или ненадлежащим информированием пациента о риске применения лекарственного средства, которое нарушило право пациента на отказ от данного препарата.

3. Требования к НЭМП, МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации консилиума врачей.

Статья 48 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Врачебная комиссия и консилиум врачей» устанавливает: «3. Консилиум врачей - совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию и для решения иных вопросов в случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом.

4. Консилиум врачей созывается по инициативе лечащего врача в медицинской организации либо вне медицинской организации (включая дистанционный

консилиум врачей). Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию пациента. В протоколе консилиума врачей указываются фамилии врачей, включенных в состав консилиума врачей, сведения о причинах проведения консилиума врачей, течении заболевания пациента, состоянии пациента на момент проведения консилиума врачей, включая интерпретацию клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования и решение консилиума врачей. При наличии особого мнения участника консилиума врачей в протокол вносится соответствующая запись. Мнение участника дистанционного консилиума врачей с его слов вносится в протокол медицинским работником, находящимся рядом с пациентом».

Таким образом, при проведении НЭМП, МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах протоколирования консилиума врачей – отсутствие:

- фамилий врачей, включенных в состав консилиума врачей;
- сведений о причинах проведения консилиума врачей;
- констатации течения заболевания пациента;
- констатации состояния пациента на момент проведения консилиума врачей;
- интерпретации клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования;
- отдельной записи при наличии особого мнения участника консилиума врачей;
- отдельной записи о внесении в протокол мнения участника дистанционного консилиума врачей;
- в решении консилиума врачей обязательной констатации:
- установления состояния здоровья пациента;
- формулировки полного диагноза;
- определения прогноза;
- перечисления мероприятий тактики медицинского обследования и лечения;
- определения необходимости направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию для обеспечения преемственности оказания медицинской помощи.

Применение санкций по коду: 3.2 в зависимости от исхода, минимальная санкция – по коду 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания.

4. Требования к НЭМП, МЭЭ и ЭКМП по оценке правомерности отказа от патологоанатомического вскрытия.

При проведении НЭМП, МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах отказа от патологоанатомического вскрытия (ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ) – невыполнение вскрытия в следующих экспертных случаях:

- 1) подозрение на насильственную смерть;
- 2) невозможность установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;
- 3) оказание умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;

4) подозрение на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;

5) смерть:

а) связанная с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;

б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;

в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;

г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;

д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;

б) рождения мертвого ребенка;

7) необходимость судебно-медицинского исследования.

Применение санкций по коду: 3.13 «Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством».

5. Требования к НЭМП, МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации данных патологоанатомического исследования.

При проведении НЭМП, МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах (п. 4 ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования данных патологоанатомического исследования – отсутствие:

1) описания результатов гистологического исследования (описание микропрепаратов);

2) результатов биохимического анализа;

3) результатов микробиологического исследования с формулированием этиологии инфекционного процесса.

Применение санкций по коду: 3.2 в зависимости от исхода, минимальная санкция – по коду 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания.

6. Требования к НЭМП, МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации заключительного клинического диагноза заболевания на основе прижизненной биопсии.

При проведении НЭМП, МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах (п. 4 ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования данных патологоанатомического исследования – отсутствие: прижизненной биопсии и обязательного заключения гистологического исследования операционного материала (п. 1.5. приказа МЗ СССР от 04.04.83 г № 375: «Установить, что гистологические исследования операционного материала являются обязательными»; п. 4 приложения № 1 к приказу Минздрава СССР от 11 марта 1988 г. № 203).

Применение санкций по коду: 3.2 в зависимости от исхода, минимальная санкция – по коду 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания,

либо создание риска возникновения нового заболевания.

7. Требования к НЭМП, МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации выполнения реанимационных мероприятий или отказа от них.

При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах (ст. 66 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования выполнения реанимационных мероприятий или отказа от них:

1) несоблюдение временного интервала проведения реанимационных мероприятий – 30 минут или отсутствие протоколирования времени их начала и окончания;

2) отказ от выполнения реанимационных мероприятий в отсутствие записи решения консилиума врачей-специалистов о наличии у пациента достоверно установленного неизлечимого заболевания или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью;

3) отсутствие подробного протоколирования мероприятий, их хронологической последовательности с указанием времени, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации 22.06.2000 г. в Методических указаниях № 2000/104 «Сердечно-легочная реанимация».

Применение санкций по коду: 3.2.5. невыполнение, ненадлежащее выполнение реанимационных мероприятий, приведших к летальному исходу.

8. Требования к НЭМП, МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации обоснования формы оказания медицинской помощи.

При проведении НЭМП, МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах (ч. 4 ст. 32 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования обоснования формы оказания медицинской помощи:

1) отсутствие формулирования повода для оказания экстренной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента (перечисление признаков угрозы для жизни);

2) отсутствие формулирования повода для оказания неотложной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (перечисление отсутствия явных признаков угрозы для жизни);

3) отсутствие хронологического признака (указания на время (час, минута) возникновения состояния, время начала и окончания каждого вмешательства, изменения в состоянии пациента, появления или устранения признаков угрозы для жизни).

4) отсутствие формулирования повода для оказания плановой медицинской помощи - заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;

5) отсутствие журнала ожидания пациентом плановой медицинской помощи по каждому отделению, а также записи в журнале о конкретной дате оказания

плановой помощи, а также наличие свободных «более ранних» дат в журнале ожидания пациентом плановой медицинской помощи.

Применение санкций по коду: 3.2 в зависимости от исхода, минимальная санкция – по коду 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания.

9. Требования к НЭМП, МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации правомерности оказания платных медицинских услуг.

При проведении НЭМП, МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах (ч. 3 ст. 80; ч. 5 ст. 84 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования правомерности оказания платных медицинских услуг:

1) понуждение к приобретению гражданином лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи;

2) отказ в назначении и применении по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, - в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;

3) отказ в предоставлении спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;

4) отказ в предоставлении транспортных услуг при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований - при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;

5) оказание платной медицинской услуги при заболеваниях (формулировка МКБ-Х пересмотра), включенных в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

6) отсутствие в договоре на оказание медицинской помощи диагноза заболевания, полного наименования услуги, перечня мероприятий, стоимости услуг -код дефекта – 1.4;

7) при установлении в процессе анализа предоставленной застрахованным лицом документации факта указания на внеочередность предоставления медицинской помощи следует запросить журнал ожидания (а также в отсутствие (непредъявление) журнала ожидания) и применить санкции в связи с несвоевременным оказанием медицинской помощи по всем страховым случаям, помощь по которым была незаконно отсрочена выполнением обжалуемой

платной медицинской помощи (нарушена норма ст. ч. 2 ст. 19 Конституции РФ о запрете дискриминации по имущественному признаку) - код дефекта 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания (как минимум);

8) при установлении в процессе анализа предоставленной застрахованным лицом документации факта указания на внеочередность предоставления медицинской помощи - отсутствие в прејскуранте формулировки «внеочередное» предоставление медицинской помощи, как неполное и ненадлежащее информирование о медицинской услуге - код дефекта – 1.4;

9) уменьшение видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых пациенту без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ввиду отказа пациента от предлагаемых платных медицинских услуг - код дефекта 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания (как минимум);

10. Требования к НЭМП, МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель в соответствие с приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2007 г. № 335. При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах протоколирования в медицинской документации информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель в соответствие с приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2007 г. № 335:

10.0. Отсутствие в медицинской карте данных о сроках, указанных в ч. 2 ст. 56 «Искусственное прерывание беременности», либо невыполнение указанных сроков:

- 48 часового «периода молчания» при сроке беременности четвертая-седьмая недели и при сроке беременности одиннадцатая-двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

- семидневного срока с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая-десятая недели беременности.

10.1. Отсутствие данных об информировании:

- о сроке беременности, об отсутствии противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;

- о смысле операции и обезболивания;

- о том, что медицинская помощь при операции (включая обезболивание) входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

- о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведения операции нет 100-процентной гарантии предотвращения возможных осложнений при проведении самой операции и в послеоперационном периоде;
- о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности;
- о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием здоровья после операции в соответствии с назначением лечащего врача;
- о необходимости приема назначенных лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача;
- о режиме поведения, в том числе половой жизни, в послеоперационном периоде и возможных последствиях при его нарушении.

#### 10.2. Отсутствие данных о даче разъяснений о:

- а) действиях, назначаемых перед проведением и во время проведения операции лекарственных препаратов и возможных осложнениях при их применении;
- б) основных этапах обезболивания;
- в) следующих возможных осложнениях и последствиях проведения операции:
  - осложнениях непосредственно в момент проведения операции: осложнения анестезиологического пособия; травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов; кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки и др.;
  - осложнениях в послеоперационном периоде: скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки, острый и/или подострый воспалительный процесс матки и/или придатков матки, вплоть до перитонита; что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления матки и др.;
  - отдаленных последствиях и осложнениях: бесплодие; хронические воспалительные процессы матки и/или придатков матки; нарушение функции яичников; внематочная беременность; невынашивание беременности; различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах: преждевременные роды; различные осложнения родовой деятельности; кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; нервно-психические расстройства и др.

#### 10.3. Отсутствие данных об альтернативе проведения операции и возможности не прибегать к ней.

#### 10.4. Отсутствие заключения о том, что пациентка получила полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением операции, отсутствии оказания давления на пациентку, понятии ею смысла всех терминов, осознанном принятии решения о проведении ей операции.

#### 11. Требования к НЭМП, МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации определения момента смерти человека в соответствии с нормой статьи 66 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан



в Российской Федерации» и постановлением Правительства РФ от 20.09.2012 г. № 950.

При проведении НЭМП, МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах протоколирования в медицинской документации установления смерти человека в соответствие с Формой протокола установления смерти человека, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 20.09.2012 г. № 950.

11.1. Отсутствие в первичной медицинской документации протокола установления смерти человека по форме, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 20.09.2012 г. № 950.

#### ФОРМА ПРОТОКОЛА УСТАНОВЛЕНИЯ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА

##### Протокол установления смерти человека

Я, \_\_\_\_\_,  
(ф.и.о.)

\_\_\_\_\_ (должность, место работы)

констатирую смерть \_\_\_\_\_  
(ф.и.о. или не установлено)

дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год или не установлено)

пол \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (при наличии документов умершего сведения из них  
(номер и серия паспорта, номер служебного

\_\_\_\_\_ удостоверения, номер истории болезни (родов), номер и серия  
свидетельства о рождении ребенка),

\_\_\_\_\_ а также номер подстанции и наряда скорой медицинской помощи,

\_\_\_\_\_ номер карты вызова скорой медицинской помощи,

\_\_\_\_\_ номер протокола органов дознания и др.)  
\_\_\_\_\_.

Реанимационные мероприятия прекращены по причине(отметить  
необходимое):

- констатации смерти человека на основании смерти головного мозга;
- неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут;
- отсутствия у новорожденного при рождении сердечной деятельности по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

Реанимационные мероприятия не проводились по причине (отметить необходимое):

- наличия признаков биологической смерти;
- состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью.

Дата \_\_\_\_\_  
(день, месяц, год)

Время \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_

11.2. Несоответствие протокола установления смерти человека форме, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 20.09.2012 г. № 950, в первичной медицинской документации.

12. Дефекты качества медицинской помощи – сердечно-легочной реанимации.

К дефектам качества медицинской помощи – сердечно-легочной реанимации относят неисполнение или нарушение правил исполнения Методических указаний МЗ РФ от 22.06.00 г. № 2000\104 «Сердечно-легочная реанимация»:

12.1. Невыполнение сердечно-легочной реанимации (СЛР) при наличии показаний к ее проведению:

- отсутствие сознания, дыхания, пульса на сонных артериях, расширенные зрачки, отсутствие реакции зрачков на свет;
- бессознательное состояние; редкий, слабый, нитевидный пульс; поверхностное, редкое, угасающее дыхание.

12.1.1. Отсутствие в медицинской документации констатации показаний к СЛР.

12. 2. Невыполнение основных задач сердечно-легочной реанимации:

- поддержание и восстановление функций мозга,
- предупреждение развития терминальных состояний, и выведение пострадавших из них;
- восстановление деятельности сердца, дыхания и кровообращения;
- предупреждение возможных осложнений.

12.3. Несвоевременное начало СЛР, т.е. не сразу после возникновения угрозы развития терминального состояния.

12.4. Исполнение СЛР в неполном объеме.

12.5. Отказ от проведения СЛР со ссылкой на невозможность проведения в имеющихся условиях (должна проводится в любых условиях).

12.6. Несоответствие СЛР принятой МЗ РФ методике, включающей: проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ), наружного массажа сердца, профилактику рецидива терминальных состояний, иные мероприятия по предупреждению смертельного исхода.

12.7. Невыполнение или ненадлежащее выполнение диагностического этапа реанимации:

- не проверено наличие сознания у пострадавшего, наличие самостоятельного дыхания, не определен пульс на сонной артерии; не проверено состояние зрачков,

не определена ширина и реакция зрачка на свет;

- не проверено наличие переломов шейных позвонков (наличие прощупываемого костного выступа на задней поверхности шеи, иногда - неестественное положение головы), наличие тяжелых травм шеи и затылочной части черепа.

12.8. Несвоевременное начало СЛР, т.е. не немедленное, при отсутствии пульсации на сонных артериях, расширенных и не реагирующих на свет зрачках.

12.9. Невыполнение подготовительного этапа реанимации:

- помещение пациента на жесткое основание;

- освобождение груди и живота от стесняющей одежды.

12.10. Нарушения в выполнении начального этапа реанимации:

- отсутствие проверки проходимости верхних дыхательных путей;

- отсутствие мероприятий по восстановлению проходимости верхних дыхательных путей;

- неудаление инородных тел из верхних дыхательных путей.

12.11. Отказ от ИВЛ.

12.12. Дефекты ИВЛ, которые могут привести к гибели пострадавшего:

- отсутствие герметичности в момент вдувания воздуха - в результате воздух выходит наружу, не попадая в легкие;

- плохо зажат нос при вдувании воздуха методом рот в рот, или рот - при вдвании воздуха методом рот в нос - в результате воздух выходит наружу, не попадая в легкие;

- не запрокинута голова - воздух идет не в легкие, а в желудок;

- не обеспечен контроль за подъемом передней стенки грудной клетки в момент осуществления вдоха;

- за восстановление спонтанного дыхания могут быть ошибочно приняты: рвотный рефлекс, спазм диафрагмы и др.

12.13. Отказ от немедленного начала наружного массажа сердца при отсутствии пульса на сонной артерии.

12.14. Нарушение методики массажа сердца в комплексе с ИВЛ:

- сжатие (компрессию) грудины следует проводить толчкообразно, вытянутыми руками, не сгибая их в локтевых суставах; массаж осуществляется всем корпусом;

- частота компрессий грудины в настоящий момент - 100 раз в 1 мин;

- прекардиальный удар (два удара) выполняется при внезапном прекращении кровообращения - асистолии, фибрилляции желудочков сердца, желудочковой тахикардии у взрослых, а также при резком учащении пульсации сердечной мышцы положительный эффект возможен после достаточно сильных прекардиальных ударов кулаком в область средней трети тела грудины;

- соотношение вдох/массажный толчок: при одном спасателе - 2:15, при двух спасателях - 1:5;

- после каждой серии прекардиальных ударов, продолжая массаж одной рукой, проверять пульс на сонной артерии и состояние зрачков.

12.15. Исключить ошибки при отсутствии эффекта реанимации в первые 2-3 минуты ее проведения (сонные артерии не пульсируют в такт массажным

толчкам, зрачки остаются широкими, не реагируют на свет, самостоятельные вдохи отсутствуют), следует:

- осуществить централизацию кровообращения - приподнять ноги на 15 град. (некоторые авторы рекомендуют подъем ног на 50-70 град.);

- увеличить силу массажных толчков и глубину дыхания, тщательно соблюдать ритм массажа, особенно двухступенчатость массажного толчка.

12.16. Несвоевременное прекращение СЛР – до истечения 30 минут.

12.17. Отказ от дополнительного времени (дополнительных 30 минут) проведения СЛР после появления в ходе наружного массажа сердца хотя бы одного удара пульса на сонной артерии или реакции зрачков время.

12.18. Отсутствие ЭКГ-контроля при СЛР в стационаре.

12.19. Отказ от специализированных мероприятий по поддержанию и восстановлению жизненных функций организма: дефибрилляции сердца, ИВЛ, медикаментозной терапии.

12.20. Ошибки дефибрилляции:

- неплотное прижатие электродов (эффективность разряда резко снижается);

- прекращение реанимационных мероприятий при подготовке дефибриллятора недопустимо (опасная потеря времени, быстрое утяжеление состояния пострадавшего);

- ожог 1-2-й степени, если электроды дефибриллятора неплотно прижаты к телу или плохо смочены тканевые прокладки, что создает высокое электрическое сопротивление грудной клетки;

12.21. Нарушение правил техники безопасности при дефибрилляции (ручки электродов должны иметь хорошую изоляцию; в момент разряда нельзя прикасаться к больному, к койке, на которой он лежит; если электрокардиограф (кардиоскоп) не снабжен специальным предохранительным устройством, то в момент подачи импульса аппарат необходимо отключить от больного на несколько секунд: отсоединить кабель, идущий к прибору от электродов.

12.22. Невыполнение коникотомии или трахеотомии при невозможности интубации трахеи.

12.23. Дефекты выполнения медикаментозной терапии.

1) отсутствие венозного доступа или центрального венозного доступа при его возможности;

2) отказ от эндотрахеального введения адреналина/норадреналина, лидокаина и атропина (стандартные внутривенные дозы увеличивать в 2-3 раза и разводить препараты физиологическим раствором до 10 мл; после введения делается 5 вдохов для усиления дисперсии к дистальным отделам трахеобронхиального дерева) при невозможности венозного введения;

3) нарушения режима дозирования и порядка введения адреналина:

- во время СЛР адреналин следует вводить внутривенно в дозе 0,5-1,0 мг (для взрослых) в растворе 1 мг/мл или 1 мг/10 мл. Первую дозу вводят, не дожидаясь результатов ЭКГ, повторно ее вводят каждые 3-5 мин., т.к. действие адреналина короткое. Если внутривенно адреналин ввести невозможно, его следует ввести

эндотрахеально (1-2 мг в 10 мл изотонического раствора);

- после восстановления самостоятельного кровообращения для повышения и поддержания сердечного выброса и артериального давления адреналин можно вводить внутривенно (1 мг в 250 мл), начиная со скорости 0,01 мкг/мин и регулируя ее в зависимости от ответной реакции. Для предупреждения желудочковой тахикардии или фибрилляции желудочков во время введения адреналина необходимо одновременно вливать лидокаин и бретилиям;

4) нарушения режима дозирования и порядка введения атропина (применяется в дозах 0,5 мг на 70 кг массы тела внутривенно и при необходимости повторно до общей дозы 2 мг, что вызывает полную блокаду блуждающего нерва. При атриовентрикулярной блокаде III степени следует попытаться применить большие дозы. Атропин эффективен при эндотрахеальном введении. Атропин не применяют во время остановки сердца и проведения СЛР, за исключением случаев стойкой асистолии);

5) нарушения режима дозирования и порядка введения лидокаина (в настоящее время лидокаин назначают: при частых ранних, спаренных и полиморфных экстрасистолах, в первые 6 ч. острого инфаркта миокарда, частых желудочковых экстрасистолах, приводящих к нарушению гемодинамики; желудочковых тахикардиях или их пробежках (свыше 3 в 1 ч.); рефракторной ФЖ; для профилактики рецидивирующей ФЖ. Схема введения: 50 мг в течение 2 мин., затем каждые 5 мин. до 200 мг, одновременно вводят лидокаин внутривенно капельно (2 г лидокаина + 250 мл 5% глюкозы). Во время рефракторной фибрилляции рекомендуются большие дозы: болюсно до 80-100 мг 2 раза с интервалом 3-5 мин);

6) нарушения режима дозирования и порядка введения прокаинамида (эффективен для лечения и предупреждения устойчивой желудочковой тахикардии или ФЖ. Насыщающая доза - до 1500 мг (17 мг/кг), разводится в физиологическом растворе, вводится внутривенно со скоростью 20-30 мг/мин., поддерживающая доза - 2-4 мг/мин);

7) нарушения режима дозирования и порядка введения бретилия (применяют при ФЖ, когда неэффективны лидокаин и/или новокаинамид. Вводится внутривенно по 5 мг/кг. Если ФЖ сохраняется, через 5 мин. вводят 10 мг/кг, затем через 10-15 мин. еще 10 мг/кг. Максимальная суммарная доза - 30 мг/кг);

8) нарушения режима дозирования и порядка введения амиодарона (кордарон) (служит резервным средством для лечения тяжелых аритмий, рефракторных к стандартной антиаритмической терапии и в случаях, когда другие антиаритмические средства оказывают побочное действие. Назначают внутривенно по 150-300 мг за 5-15 мин. и затем, если необходимо - до 300-600 мг в течение 1 ч под контролем АД; максимальная доза - 2000 мг/сут.);

9) нарушения режима дозирования и порядка введения мексилетина (используется для лечения желудочковой аритмии: внутривенно 100-250 мг за 5-15 мин., затем в течение 3,5 ч.; максимально - 500 мг (150 мг/ч.), поддерживающая доза 30 мг/ч. (до 1200 мг в течение 24 ч.)).

Информационным письмом Российского центра судебно-медицинских экспертиз

МЗ и МП РФ № 25/01-07 от 14.01.1997 «Формы взаимодействия с органами территориального здравоохранения» введены в практику судебно-медицинской экспертизы:

1. Классификация дефектов оказания медицинской помощи

1.1. Дефекты организации оказания медицинской помощи (догоспитальный этап, госпитальный этап):

- нарушение преемственности в лечении;
- поздняя госпитализация;
- нарушение показаний и правил транспортировки;
- ошибочное врачебно-экспертное решение;
- ошибки ведения медицинской документации;
- другие дефекты организации.

1.2. Дефекты диагностики (догоспитальный этап, госпитальный этап):

- поздняя диагностика;
- не распознано основное заболевание;
- не распознано осложнение, явившееся непосредственной причиной смерти;
- не распознаны другие осложнения или сопутствующее заболевания;
- другие диагностические дефекты.

1.3. Дефекты лечения (догоспитальный этап, госпитальный этап):

- дефекты назначения и выполнения хирургических операций;
- дефекты назначения и проведения медицинских процедур;
- дефекты назначения и проведения лекарственной терапии;
- другие дефекты лечения.

2. Причины дефектов оказания медицинской помощи:

2.1. Недостаточная квалификация медицинского работника.

2.2. Невнимательное отношение к пациенту.

2.3. Нарушение преемственности при ведении пациента.

2.4. Неполноценное обследование:

а) при наличии средств диагностики;

б) при отсутствии средств диагностики. Атипичное течение болезни или травмы.

2.5. Позднее обращение к медицинской помощи.

2.6. Нарушение пациентом предписанного порядка обследования или лечения.

2.7. Недостатки в организации лечебного процесса:

а) при полноценной обеспеченности лечебно-диагностическими средствами;

б) при недостаточном обеспечении или отсутствии необходимых лечебно-диагностических средств.

2.8. Объективные трудности при оказании медицинской помощи:

а) затруднение или отсутствие контакта из-за тяжести состояния пациента;

б) недостаточность или отсутствие анамнестической информации;

в) другие влияния, нарушающие контакт с пациентом при проведении лечения (алкоголизация, наркотическое опьянение и т.п.);

г) сложные технические, технологические, личностные и другие условия оказания медицинской помощи.

3. Методика изучения медицинских документов при выявлении и оценке дефектов оказания медицинской помощи:

3.1. Дата и время поступления пострадавшего в ЛПУ.

3.2. Условия транспортировки.

3.3. Характер медицинской помощи до госпитализации.

3.4. Общее состояние при поступлении.

3.5. Описание первичной картины повреждений.

3.6. Динамика изменений клинической картины, характер и время появления новых симптомов.

3.7. Операции: время операции, описание характера повреждений и хода оперативного вмешательства.

3.8. Консервативное лечение: характер, тип и объем трансфузионной терапии, суммарная доза гормональной и антибактериальной терапии.

3.9. Динамика клинической картины в послеоперационном периоде.

3.10. Результаты лабораторных исследований в динамике в сопоставлении с динамикой клинической картины.

3.11. Темп и характер умирания с обращением внимания на характер утраты основных жизненно важных функций (сердечной, дыхательной, центральной нервной системы).

3.12. Характер реанимационных мероприятий.

3.13. Время смерти.

3.14. Окончательный клинический диагноз. При сомнениях в правильности и своевременности диагностики обращается внимание на полный текст и дату всех выставленных в истории болезни диагнозов.

## **Глава II. Дефекты медицинской помощи в соответствии с МКБ 10 пересмотра (МКБ-10).**

Министерство здравоохранения РФ Информационно-методическим письмом от 2002 года «Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины» определило: «Для кодирования случаев смерти в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, возникших от любой из перечисленных причин, используются соответствующие коды, входящие в блоки рубрик 19-го и 20-го классов: Т36-Т50, Т80-Т88, Х40-Х49, Y40-Y84».

Указанные в рубриках 19-го и 20-го классов Т36-Т50, Т80-Т88, Х40-Х49, Y40-Y84 МКБ 10 пересмотра формулировки диагнозов являются одновременно формулировками дефектов, которые в обязательном порядке должны использоваться, как при формулировании заключительного клинического и патологоанатомического диагноза, так и при экспертизе случая оказания медицинской помощи.

Международная статистическая классификация болезней 10 пересмотра введена в России приказом Минздрава РФ № 170 от 27.05.97 г. «О переходе



органов и учреждений здравоохранения РФ на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра», который и является правовым основанием для применения экспертных выводов о наличии дефектов медицинской помощи в формулировках, предусмотренных МКБ-10 пересмотра.

К дефектам медицинской помощи в соответствии с МКБ-10 пересмотра относятся:  
1. Осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках (Т80-Т88) МКБ-10:

Т80 Осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией.

Т80.0 Воздушная эмболия, связанная с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией.

Т80.1 Сосудистые осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией: флебит, тромбоемболия, тромбофлебит, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией.

Т80.2 Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией: инфекция, сепсис, септицемия, септический шок, связанные с инфузией, трансфузией и терапевтической инъекцией.

Т80.3 Реакция на АВО-несовместимость: трансфузия несовместимой крови, реакция на инфузию или трансфузию крови, несовместимой по группе.

Т80.4 Реакция на Rh-несовместимость: реакция на инфузию или трансфузию крови, несовместимой по резус-фактору.

Т80.5 Анафилактический шок, связанный с введением сыворотки (исключены: шок вследствие патологической реакции на адекватно назначенное и правильно введенное лекарственное средство (Т88.6)).

Т80.6 Другие сывороточные реакции: интоксикация, связанная с введением сыворотки, протеиновая болезнь, сывороточная: сыпь, болезнь, уртикария.

Т80.8 Другие осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией.

Т80.9 Осложнение, связанное с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией неуточненное (реакция на трансфузию без дополнительных уточнений).

Т81.0 Кровотечение и гематома, осложняющие процедуру, не классифицированные в других рубриках: кровотечение любой локализации, являющееся следствием процедуры.

Т81.1 Шок во время или после процедуры, не классифицированный в других рубриках: коллапс, шок (эндотоксический, гиповолемический, септический), послеоперационный шок.

Т81.2 Случайный прокол или разрыв при выполнении процедуры, не классифицированный в других рубриках: случайная перфорация кровеносного сосуда, нерва, органа катетером, эндоскопом, инструментом во время выполнения процедуры.

Т81.3 Расхождение краев операционной раны, не классифицированное в других рубриках : расхождение краев операционной раны.

Т81.4 Инфекция, связанная с процедурой, не классифицированная в других

рубриках: абсцесс: внутрибрюшной, шовный, поддиафрагмальный, раны; септицемия.

T81.5 Инородное тело, случайно оставленное в полости тела или операционной ране при выполнении процедуры: спайки, закупорка, перфорация, вызванные инородным телом, случайно оставленным в операционной ране или полости тела.

T81.6 Острая реакция на инородное вещество, случайно оставленное при выполнении процедуры: перитонит: асептический, химический.

T81.7 Сосудистые осложнения, связанные с процедурой, не классифицированные в других рубриках: воздушная эмболия, связанная с процедурой.

T81.8 Другие осложнения процедур, не классифицированные в других рубриках: осложнение ингаляционной терапии, эмфизема (подкожная) вследствие процедуры, незакрывающийся послеоперационный свищ.

T82.0 Осложнение механического происхождения, связанное с протезом сердечного клапана: поломка (механическая), смещение, подтекание, неправильное положение, закупорка (механическая), перфорация, выпячивание (протрузия) протеза сердечного клапана.

T88.0 Инфекция, связанная с иммунизацией: сепсис, септицемия, связанные с иммунизацией.

T88.1 Другие осложнения, связанные с иммунизацией, не классифицированные в других рубриках: сыпь, связанная с иммунизацией.

T88.3 Злокачественная гипертермия, вызванная анестезией.

T88.4 Безуспешная или трудная интубация.

T88.5 Другие осложнения анестезии: гипотермия, связанная с анестезией.

2. Воздействие ядовитыми веществами (X40-X49): включены: неправильное назначение лекарственного средства.

X40 Воздействие неопиоидными анальгетиками, жаропонижающими и противоревматическими средствами. Включены: производные 4-аминофенола нестероидные противовоспалительные средства производные пиразолона, салицилаты.

X41 Воздействие противосудорожными, седативными, снотворными, противопаркинсоническими и психотропными средствами, не классифицированные в других рубриках. Включены: антидепрессанты барбитураты производные гидантоина иминостилбены соединения метаквалона нейролептики психостимуляторы сукцинимиды и оксазолидинедионы транквилизаторы.

X42 Воздействие наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами], не классифицированные в других рубриках. Включены: кодеин, метадон, морфин опиум (алкалоиды).

X43 Воздействие другими лекарственными средствами, влияющими на вегетативную нервную систему. Включены: парасимпатолитические [антихолинергические и антиму斯卡ринные средства] и спазмолитические средства парасимпатомиметические [холинергические] средства симпатолитические [антидренергические] средства симпатомиметические [адренергические]

средства.

X44 Воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими субстанциями. Включены: средства, преимущественно влияющие на гладкую и скелетную мускулатуру и дыхательную систему, анестезирующие средства (общего действия) (местного действия), препараты, влияющие на: сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт гормоны и их синтетические заменители, системные и гематологические средства, антибиотики системного действия и другие противомикробные средства, газы терапевтического назначения, вакцины, вещества, влияющие на водный баланс, и лекарственные средства, влияющие на минеральный обмен и обмен мочевой кислоты.

3. Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств (Y60-Y69).

Y60 Случайный порез, укол, перфорация или кровотечение при выполнении хирургической и терапевтической процедуры.

Y60.0 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при проведении хирургической операции.

Y60.1 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при проведении инфузии и трансфузии.

Y60.2 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при почечном диализе или другой перфузии.

Y60.3 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при проведении инъекции или иммунизации.

Y60.4 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при эндоскопическом исследовании.

Y60.5 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при катетеризации сердца.

Y60.6 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации.

Y60.7 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при применении клизмы.

Y60.8 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при проведении другой терапевтической или хирургической процедуры.

Y60.9 Случайное нанесение вреда больному: порез, укол, перфорация или кровотечение при проведении неуточненной терапевтической или хирургической процедуры.

Y61 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при выполнении хирургической и терапевтической процедуры.

Y61.0 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при проведении хирургической операции.

Y61.1 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при проведении инфузии и трансфузии.

Y61.2 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при почечном диализе или другой перфузии.

Y61.3 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при проведении инъекции или иммунизации.

Y61.4 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при эндоскопическом исследовании.

Y61.5 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при катетеризации сердца.

Y61.6 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации.

Y61.7 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при удалении катетера или тампона.

Y61.8 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при проведении другой хирургической или терапевтической процедуры.

Y61.9 Случайное нанесение вреда больному: случайное оставление инородного тела в организме при проведении неуточненной хирургической или терапевтической процедуры.

Y62 Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при выполнении хирургических и терапевтических процедур.

Y62.0. Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при выполнении хирургической операции.

Y62.1. Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при проведении инфузии или трансфузии.

Y62.2. Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при почечном диализе или другой перфузии.

Y62.3. Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при проведении инъекции или иммунизации.

Y62.4. Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при эндоскопическом исследовании.

Y62.5 Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при катетеризации сердца.

Y62.6 Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации.

Y62.8. Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при проведении другой хирургической или терапевтической процедуры.

Y62.9 Случайное нанесение вреда больному: недостаточная стерильность при проведении неуточненной хирургической или терапевтической процедуры.

Y63 Случайное нанесение вреда больному: ошибочность дозировки при проведении хирургических и терапевтических процедур.

Y63.0 Случайное нанесение вреда больному: введение чрезмерного количества крови или другой жидкости во время трансфузии или инфузии.

У63.1 Случайное нанесение вреда больному: неправильное разведение вводимой жидкости.

У63.2 Случайное нанесение вреда больному: передозировка при лучевой терапии.

У63.3 Случайное нанесение вреда больному: случайное облучение больного при выполнении медицинской процедуры.

У63.4 Случайное нанесение вреда больному: несоответствие дозировки при лечении электрошоком или инсулиновым шоком.

У63.5 Случайное нанесение вреда больному: несоответствующая (чрезмерно высокая или чрезмерно низкая) температура при местной аппликации или наложении повязки.

У63.6 Случайное нанесение вреда больному: неприменение необходимого лекарственного средства, медикамента или биологического вещества.

У63.8 Случайное нанесение вреда больному: ошибочность дозировки во время других хирургических или терапевтических процедур.

У63.9 Случайное нанесение вреда больному: ошибочность дозировки при проведении неуточненных хирургических и терапевтических процедур.

У65 Случайное нанесение вреда больному: другие несчастные случаи во время оказания хирургической и терапевтической помощи.

У65.0 Случайное нанесение вреда больному: несовместимость перелитой крови.

У65.1 Случайное нанесение вреда больному: использование для вливания ошибочно взятой жидкости.

У65.2 Случайное нанесение вреда больному: дефект в наложении шва или лигатуры во время хирургической операции.

У65.3 Случайное нанесение вреда больному: неправильное положение эндотрахеальной трубки при даче наркоза.

У65.4 Случайное нанесение вреда больному: дефект введения или удаления другой трубки или инструмента.

У65.5 Случайное нанесение вреда больному: выполнение операции, не соответствующей показаниям.

У65.8 Случайное нанесение вреда больному: другие уточненные несчастные случаи во время оказания терапевтической и хирургической помощи.

У66 Случайное нанесение вреда больному: непредоставление хирургической и терапевтической помощи, преждевременное прекращение хирургической и терапевтической помощи.

### **Глава III. Вопросы эксперту медицинской помощи для разрешения в процессе экспертной деятельности.**

С целью создания единого экспертного пространства и формирования единых принципов экспертных действий в рамках НЭМП, ЭКМП, реализации требований Закона РФ от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Закона РФ от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» перед экспертом медицинской помощи в процессе осуществления экспертной деятельности в

рамках НЭМП и системы ОМС сформулирован ряд экспертных вопросов, которые подлежат разрешению в процессе экспертизы и имеют отражение в заключении эксперта – акте экспертизы:

I. В соответствии с нормой ч. 6. ст. 40 «Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» Закона РФ от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка:

- правильности выбора медицинской технологии,
- степени достижения запланированного результата,
- и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

Таким образом, на основании этой нормы формируется первый «законодательный» блок вопросов, подлежащих разрешению экспертом качества медицинской помощи, ответы на которые должны быть приведены в акте экспертизы:

1. Правильные ли выбраны медицинские технологии?
2. Какова степень достижения запланированного результата?
3. Имеются причинно-следственные связи выявленных дефектов в оказании медицинской помощи?

II. Пункт 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет качество медицинской помощи, как совокупность характеристик, отражающих:

- своевременность оказания медицинской помощи;
- правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;
- степень достижения запланированного результата;

является отправным для экспертного разрешения вопроса о составляющих добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство.

Таким образом, на основании этой нормы формируется второй «законодательный» блок вопросов, подлежащих разрешению экспертом качества медицинской помощи, ответы на которые должны быть приведены в акте экспертизы:

4. Своевременно ли начато оказание медицинской помощи, своевременно ли выполнялись все лечебно-диагностические вмешательства?
5. Правильно ли выбраны методы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации при оказании медицинской помощи?
6. Соответствуют ли выбранные методы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации имеющимся показаниям и противопоказаниям?
7. Сформулирован ли планируемый результат лечения и какова степень достижения этого запланированного результата?

III. Приказом ФОМС от 01.12.10 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации

и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» установлено: «5. Цели контроля:

5.3. предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и / или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и / или стандартов медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами.

20. В соответствии с частью 6 статьи 40 Федерального закона экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

21. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике».

Таким образом, на основании данной нормы формируется третий «нормативный» блок вопросов, подлежащих разрешению экспертом качества медицинской помощи, ответы на которые должны быть приведены в акте экспертизы:

8. Имеет ли место несоответствие оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица?

9. Соответствует ли оказанная медицинская помощь договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию?

10. Соответствует ли оказанная медицинская помощь стандартам медицинской помощи?

11. Соответствует ли оказанная медицинская помощь официальным порядкам ее оказания?

12. Соответствует ли оказанная медицинская помощь клиническим протоколам (рекомендациям)?

IV. Приказом ФОМС от 01.12.10 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» установлены обязанности эксперта и его квалификационные требования:

«82. Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления дефектов медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению



качества медицинской помощи в обязательном медицинском страховании.

Эксперт качества медицинской помощи не привлекается к экспертизе качества медицинской помощи в медицинской организации, с которой он состоит в трудовых или иных договорных отношениях, и обязан отказаться от проведения экспертизы качества медицинской помощи в случаях, когда пациент является (являлся) его родственником или больным, в лечении которого эксперт качества медицинской помощи принимал участие.

83. Эксперт качества медицинской помощи при проведении экспертизы качества медицинской помощи:

а) использует медицинские документы, содержащие описание лечебно-диагностического процесса, при необходимости выполняет осмотр пациентов;  
б) предоставляет сведения об используемых нормативных документах (порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, методические рекомендации) по требованию должностных лиц медицинской организации, в которой проводится экспертиза качества медицинской помощи;

в) соблюдает правила врачебной этики и деонтологии, сохраняет врачебную тайну и обеспечивает сохранность полученных во временное пользование медицинских документов и их своевременный возврат организатору экспертизы качества медицинской помощи или в медицинскую организацию;

г) обсуждает с лечащим врачом и руководством медицинской организации предварительные результаты экспертизы качества медицинской помощи».

Таким образом, формируется четвертый «персональный» блок вопросов, подлежащих разрешению экспертом качества медицинской помощи, ответы на которые должны быть приведены в акте экспертизы:

13. Имеет ли место нарушение нормативных актов (порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, методические рекомендации) при оказании медицинской помощи?

14. Выявлены ли:

- несоответствие медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством по обязательному медицинскому страхованию или условиям договора;
- нарушения требований нормативных актов уполномоченных органов исполнительной власти, в т.ч. порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- нарушения обычаев делового оборота, обычно предъявляемых требований в сфере здравоохранения;
- нарушения требований безопасности медицинской услуги;
- несоответствие медицинской помощи (услуги) целям, для которых данная медицинская помощь (медицинская услуга) обычно оказывается, выразившимся в причинении вреда жизни и здоровью застрахованных (пациентов);
- затруднение стабилизации имеющегося у пациента заболевания;
- повышение риска прогрессирования имеющегося заболевания;

- повышение риска для возникновения нового патологического процесса;
- нарушение правил оформления медицинской документации.

В соответствие с нормой статьи 309 Гражданского Кодекса РФ: «Обязательства должны исполняться надлежащим образом в соответствии с условиями и требованиями закона, иных правовых актов, а при отсутствии таких условий и требований - в соответствии с обычаями или иными обычно предъявляемыми требованиями». Данная норма ГК РФ означает, что при отсутствии нормативного акта, регулирующего, например, выполнение медицинского вмешательства, в силу вступают обычно предъявляемые требованиями, изложенными в учебниках, руководствах, монографиях, ранее отмененных нормативных актах без введения в юридическую силу новых редакций отмененных норм.

Примером такого обычая и обычно предъявляемых требований для эксперта медицинской помощи в здравоохранении являются включенные в Номенклатуру медицинских услуг, утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. № 1664н, сложные и комплексные услуги, которые в настоящее время имеют только номенклатурные наименования без нормативного перечня входящих в них простых и сложных медицинских услуг. Состав этих сложных и комплексных услуг ранее нормировался приказом МЗ РФ от 16.07.01 г. № 269 «О введении в действие отраслевого стандарта «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав». Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 412 приказ МЗ РФ РФ от 16.07.01 г. № 269 отменен без введения в юридическую силу новых перечней сложных и комплексных медицинских услуг, включенных в Номенклатуру медицинских услуг. Может создаться иллюзия, что в отсутствие перечня (состава) комплексных услуг ответственность за ненадлежащее выполнение этих комплексных услуг не должна наступать. Отмененные перечни (составы) при этом переходят в разряд обычаев делового оборота и обычно предъявляемых требований, т.к. после отмены приказа МЗ РФ № 269 нормативно ничем не регулируются.

Примерами таких обычаев делового оборота являются:

03.003.01	<b>Комплекс исследований предоперационный для планового больного</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
05.10.001	Регистрация электрокардиограммы
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
06.09.001	Рентгеноскопия легких
12.05.005	Определение основных групп крови (А,В,О)
12.05.006	Определение резус принадлежности
12.06.011	Реакция Вассермана (RW)

01.003.01	Осмотр (консультация) врача - анестезиолога
03.016.03	Общий (клинический) анализ крови развернутый
03.016.06	Анализ мочи общий
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
12.06.016	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы
03.003.02	<b>Комплекс исследований предоперационный для экстренного больного</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
05.10.001	Регистрация электрокардиограммы
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина
12.05.005	Определение основных групп крови (А,В,О)
12.05.006	Определение резус принадлежности
01.003.01	Осмотр (консультация) врача - анестезиолога
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
12.06.016	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы
12.06.011	Реакция Вассермана (RW)
06.09.001	Рентгеноскопия легких
03.016.03	Общий (клинический) анализ крови развернутый
03.016.06	Анализ мочи общий
03.003.03	<b>Комплекс исследований при проведении искусственной вентиляции легких</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
01.08.002	Визуальное исследование верхних дыхательных путей
01.31.012	Аускультация общетерапевтическая
02.12.001	Исследование пульса
02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях
05.10.003	Прикроватное непрерывное мониторирование электрокардиографических данных
09.05.037	Исследование рН крови
12.05.026	Исследование уровня кислорода крови
12.05.033	Исследование уровня углекислого газа в крови

Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
02.08.001	Осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал
02.31.001	Термометрия общая
03.09.001	Бронхоскопия
05.10.001	Регистрация электрокардиограммы
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
06.09.008	Рентгенография легких
03.016.02	Общий (клинический) анализ крови
03.016.06	Анализ мочи общий
03.003.04	<b>Комплекс исследований для выявления этиологии комы у больного</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
02.31.001	Термометрия общая
05.10.001	Регистрация электрокардиограммы
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
06.03.006	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях
09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови
01.003.02	Осмотр (консультация) врача - реаниматолога
03.016.03	Общий (клинический) анализ крови развернутый
03.016.06	Анализ мочи общий
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
05.23.001	Электроэнцефалография
05.23.002	Ядерно - магнитное резонансное исследование центральной нервной системы и головного мозга
06.03.002	Компьютерная томография головы
06.03.008	Рентгенография первого и второго шейного позвонка
06.31.001	Обзорный снимок брюшной полости и органов малого таза
09.05.016	Исследование уровня аммиака в крови
09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови
09.05.018	Исследование уровня мочевой кислоты в крови

09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови
09.05.035	Исследование уровня лекарств в крови
09.05.036	Исследование уровня этилового алкоголя в крови
09.05.037	Исследование pH крови
09.23.001	Цитологическое исследование клеток спинномозговой жидкости
09.23.007	Бактериологическое исследование спинномозговой жидкости
09.28.003	Определение белка в моче
09.28.006	Исследование уровня креатинина в моче
09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче
11.23.001	Спинномозговая пункция
12.05.026	Исследование уровня кислорода крови
12.05.033	Исследование уровня углекислого газа в крови
03.003.05	<b>Суточное наблюдение реанимационного больного</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
02.31.001	Термометрия общая
05.10.001	Регистрация электрокардиограммы
05.10.003	Прикроватное непрерывное мониторирование электрокардиографических данных
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
09.28.022	Определение объема мочи
01.003.02	Осмотр (консультация) врача - реаниматолога
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
09.05.030	Исследование уровня натрия в крови
09.05.031	Исследование уровня калия в крови
09.05.037	Исследование pH крови
12.05.026	Исследование уровня кислорода крови
12.05.033	Исследование уровня углекислого газа в крови
03.016.03	Общий (клинический) анализ крови
03.016.06	Анализ мочи общий
03.003.06	<b>Мониторинг основных параметров во время анестезии</b>

Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
02.09.001	Измерение частоты дыхания
02.10.002	Измерение частоты сердцебиения
02.12.001	Исследование пульса
02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях
05.10.003	Прикроватное непрерывное мониторирование электрокардиографических данных
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
02.12.003	Измерение центрального венозного давления
09.05.037	Исследование pH крови
05.10.001	Регистрация электрокардиограммы
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
11.10.001	Чрезвенозная катетеризация сердца
12.05.026	Исследование уровня кислорода крови
12.05.033	Исследование уровня углекислого газа в крови
03.005.01	<b>Комплекс исследований для диагностики синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов
08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови
09.05.050	Исследование уровня фибриногена в крови
09.05.051	Исследование уровня продуктов паракоагуляции в крови
12.05.014	Исследование времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы неактивированное
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
09.05.047	Исследование уровня антитромбина III в крови
09.05.130	Исследование уровня протеина С в крови
12.05.017	Исследование агрегации и адгезии тромбоцитов
12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме
12.05.028	Определение тромбинового времени

03.005.02	<b>Лабораторный контроль за лечением синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови
09.05.047	Исследование уровня антитромбина III в крови
09.05.050	Исследование уровня фибриногена в крови
09.05.051	Исследование уровня продуктов паракоагуляции в крови
12.05.014	Исследование времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы неактивированное
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
09.05.048	Исследование уровня плазминогена в крови
12.05.017	Исследование агрегации и адгезии тромбоцитов
12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме
12.05.028	Определение тромбинового времени в крови
03.005.03	<b>Исследование сосудисто - тромбоцитарного первичного гемостаза</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови
08.05.007	Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов
12.05.017	Исследование агрегации и адгезии тромбоцитов
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
12.05.015	Исследование времени кровотечения
12.05.016	Исследование свойств сгустка
12.05.038	Исследование активности и свойств фактора Виллибранда
12.05.039	Оценка продолжительности жизни тромбоцитов
03.005.04	<b>Исследование коагуляционного гемостаза</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
12.05.044	Время свертывания плазмы, активированное каолином и (или) кефалином
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	



09.05.047	Исследование уровня антитромбина III в крови
09.05.049	Исследование уровня факторов свертывания в крови
09.05.050	Исследование уровня фибриногена в крови
09.05.051	Исследование уровня продуктов паракоагуляции в крови
09.05.052	Исследование уровня свободного гепарина в крови
12.05.014	Исследование времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы неактивированное
12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме
12.05.028	Определение тромбинового времени в крови
12.05.034	Исследование ингибиторов к факторам VIII и IX
12.05.036	Время свертывания с использованием дефицитных по определенным факторам плазменных тестов
12.05.040	Аутокоагуляционный тест
12.05.043	Время свертывания плазмы, активированное змеиными ядами
03.005.05	<b>Исследование плазминовой (фибринолитической) системы</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
09.05.048	Исследование уровня плазминогена в крови
09.05.050	Исследование уровня фибриногена в крови
12.05.018	Исследование фибринолитической активности
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
09.05.051	Исследование уровня продуктов паракоагуляции в крови
12.05.016	Исследование свойств сгустка
03.005.06	<b>Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
09.05.048	Исследование уровня плазминогена в крови
09.05.051	Исследование уровня продуктов паракоагуляции в крови
12.05.014	Исследование времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы неактивированное

12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме
13.005.07	<b>Лабораторный контроль за терапией прямыми антикоагулянтами</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
09.05.051	Исследование уровня продуктов паракоагуляции в крови
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
12.05.014	Исследование времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы неактивированное
12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме
03.014.02	<b>Комплекс исследований при лихорадке неясного генеза</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
09.05.053	Микробиологические исследования крови
01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача - терапевта первичный
03.016.02	Общий (клинический) анализ крови развернутый
03.016.06	Анализ мочи общий
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
04.10.002	Эхокардиография
06.09.008	Рентгенография легких
09.05.039	Исследование уровня лактатдегидрогеназы и ее изоферментов в крови
09.05.041	Исследование уровня аспарат - трансаминазы в крови
09.05.042	Исследование уровня аланин - трансаминазы в крови
09.09.004	Микробиологическое исследование мокроты
09.20.003	Исследование влагалищного отделяемого микробиологическое
09.21.002	Исследование уретрального отделяемого и сока простаты микроскопическое
09.23.007	Бактериологическое исследование спинномозговой жидкости
11.23.001	Спинномозговая пункция

12.06.016	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы
12.19.001	Серологическое исследование кала
03.015.02	<b>Оценка степени повреждения миокарда при инфаркте миокарда</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
05.10.001	Регистрация электрокардиограммы
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови
09.05.006	Исследование уровня миоглобина в крови
09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в крови
09.05.039	Исследование уровня лактатдегидрогеназы и ее изоферментов в крови
09.05.041	Исследование уровня аспарат - трансаминазы в крови
09.05.042	Исследование уровня аланин - трансаминазы в крови
09.05.043	Исследование уровня креатинкиназы в крови
12.05.001	Исследование оседания эритроцитов
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
04.10.002	Эхокардиография
03.023.01	<b>Комплекс исследований для диагностики острого нарушения мозгового кровообращения</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
06.03.006	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях
09.23.001	Цитологическое исследование клеток спинномозговой жидкости
09.23.002	Определение крови в спинномозговой жидкости
11.23.001	Спинномозговая пункция
12.23.001	Серологические исследования ликвора
01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача - невропатолога первичный
03.016.03	Общий (клинический) анализ крови развернутый
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
04.10.002	Эхокардиография
04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга

05.10.001	Регистрация электрокардиограммы
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
05.23.002	Ядерно-магнитное резонансное исследование центральной нервной системы и головного мозга
06.12.032	Церебральная ангиография
06.23.001	Позитивная контрастная вентрикулография
06.23.004	Компьютерная томография головы с контрастированием структур головного мозга
12.05.014	Исследование времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы неактивированное
03.024.01	<b>Комплекс исследований при подозрении на черепно - мозговую травму</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга
06.03.006	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях
01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача - невропатолога первичный
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
04.23.001	Ультразвуковое исследование головного мозга
05.23.002	Ядерно - магнитное резонансное исследование центральной нервной системы и головного мозга
06.03.002	Компьютерная томография головы
03.025.01	<b>Комплекс исследований функции почек</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови
09.28.006	Исследование уровня креатинина в моче
12.28.002	Исследование функции нефронов (клиренс)
12.28.003	Тесты тубулярной реабсорбции
03.016.06	Анализ мочи общий
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
07.28.001	Сцинтиграфия почек
07.28.002	Клиренс изотопа

09.05.030	Исследование уровня натрия в крови
09.05.031	Исследование уровня калия в крови
09.05.032	Исследование уровня общего кальция в крови
09.05.033	Исследование уровня фосфатов (неорганических) в крови
09.05.132	Исследование уровня магния в крови
03.025.02	<b>Комплекс исследований для диагностики и оценки степени тяжести почечной недостаточности</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови
09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови
09.05.030	Исследование уровня натрия в крови
09.05.031	Исследование уровня калия в крови
12.28.002	Исследование функции нефронов (клиренс)
12.28.003	Тесты тубулярной реабсорбции
01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача - терапевта первичный
03.016.06	Анализ мочи общий
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
07.28.001	Сцинтиграфия почек
07.28.002	Клиренс изотопа
04.28.001	Ультразвуковое исследование почек
04.28.002	Ультразвуковое исследование мочевого пузыря
04.28.003	Ультразвуковое исследование мочеточников
03.037.02	<b>Комплекс исследований для диагностики легочной недостаточности</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
05.10.001	Регистрация электрокардиограммы
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
06.09.008	Рентгенография легких
12.05.026	Исследование уровня кислорода крови
12.05.033	Исследование уровня углекислого газа в крови

12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков
12.09.003	Исследования дыхательных объемов при провокации физической нагрузкой
01.037.01	Прием (осмотр, консультация) врача - пульмонолога первичный
03.016.02	Общий (клинический) анализ крови
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
03.09.001	Бронхоскопия
09.05.037	Исследование рН крови
12.09.002	Исследования дыхательных объемов при медикаментозной провокации
03.043.01	<b>Комплекс исследований при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
02.09.001	Измерения частоты дыхания
02.10.002	Измерение частоты сердцебиения
02.12.001	Исследование пульса
02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях
05.10.001	Регистрация электрокардиограммы
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
06.09.008	Рентгенография легких
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
06.09.006	Компьютерная томография органов грудной полости
06.09.009	Томография легких
06.12.002	Рентгенография легочной артерии
01.003.02	Осмотр (консультация) врача - реаниматолога
01.003.01	<b>Осмотр (консультация) врача - анестезиолога</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
01.31.009	Сбор жалоб и анамнеза общетерапевтический
01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический
01.31.011	Пальпация общетерапевтическая
01 31.012	Аускультация общетерапевтическая

01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая
02.09.001	Измерение частоты дыхания
02.10.002	Измерение частоты сердцебиения
02.12.001	Исследование пульса
02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях
02.31.002	Термометрия общая
02.01.001	Измерение массы тела
02.03.005	Измерение роста
25.31.006	Назначение лекарственной терапии в предоперационном периоде
25.31.007	Назначение диетической терапии в предоперационном периоде
25.31.008	Назначение лечебно - оздоровительного режима в предоперационном периоде
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
01.003.02	<b>Осмотр (консультация) врача - реаниматолога</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
01.31.009	Сбор жалоб и анамнеза общетерапевтический
01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический
01.31.011	Пальпация общетерапевтическая
01.31.012	Аускультация общетерапевтическая
01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая
02.09.001	Измерение частоты дыхания
02.10.002	Измерение частоты сердцебиения
02.12.001	Исследование пульса
02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях
02.31.002	Термометрия общая
25.31.012	Назначение лекарственной терапии реаниматологом
25.31.013	Назначение диетической терапии реаниматологом
25.31.014	Назначение лечебно - оздоровительного режима реаниматологом



Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
16.09.011	Искусственная вентиляция легких
11.12.001	Катетеризация подключичной и других центральных вен
11.12.003	Внутривенное введение лекарственных препаратов
21.09.001	Массаж сердца
01.003.03	<b>Суточное наблюдение врачом - реаниматологом</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
01.31.009	Сбор жалоб и анамнеза общетерапевтический
01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический
01.31.011	Пальпация общетерапевтическая
01.31.012	Аускультация общетерапевтическая
01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая
02.09.001	Измерение частоты дыхания
02.10.002	Измерение частоты сердцебиения
02.12.001	Исследование пульса
02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях
02.31.002	Термометрия общая
11.12.003	Внутривенное введение лекарственных препаратов
25.31.012	Назначение лекарственной терапии реаниматологом
25.31.013	Назначение диетической терапии реаниматологом
25.31.014	Назначение лечебно - оздоровительного режима реаниматологом
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
02.01.001	Измерение массы тела
02.03.005	Измерение роста
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
16.09.011	Искусственная вентиляция легких
11.12.001	Катетеризация подключичной и других центральных вен
21.09.001	Массаж сердца

01.003.04	<b>Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)</b>
Перечень медицинских услуг обязательного ассортимента	
01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический
01.31.011	Пальпация общетерапевтическая
01.31.012	Аускультация общетерапевтическая
01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая
02.09.001	Измерение частоты дыхания
02.10.002	Измерение частоты сердцебиения
02.12.001	Исследование пульса
02.12.002	Измерение артериального давления
02.01.001	Измерение массы тела
02.03.005	Измерение роста
11.12.002	Катетеризация кубитальной других периферических вен
11.12.003	Внутривенное введение лекарственных препаратов
11.09.008	Ингаляторное введение лекарственных средств и кислорода
16.09.011	Искусственная вентиляция легких
25.31.009	Назначение лекарственной терапии в послеоперационном периоде
25.31.010	Назначение диетической терапии в послеоперационном периоде
25.31.011	Назначение лечебно - оздоровительного режима в послеоперационном периоде
03.003.05	Мониторинг основных параметров во время анестезии
Перечень медицинских услуг дополнительного ассортимента	
05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
11.12.001	Катетеризация подключичной и других центральных вен
11.09.007	Эндотрахеальное введение

Экспертная деятельность страховых медицинских организаций (СМО) – способ реализации предоставления страхового обеспечения по обязательному медицинскому страхованию.

Федеральная антимонопольная служба стала возмутителем сенсации: «12 февраля 2015 ФАС назвала проверки качества медицинской помощи незаконными ([http://www.fas.gov.ru/fas-in-press/fas-in-press\\_40229.html](http://www.fas.gov.ru/fas-in-press/fas-in-press_40229.html)): Страховые компании, работающие в системе ОМС, и Росдравнадзор проводят экспертизу качества медицинской помощи незаконно. Такой вывод сделала ФАС по результатам проверки системы государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

В рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) экспертизу вправе проводить только страховые медицинские организации и фонды обязательного медицинского страхования в соответствии с законом об ОМС. А поскольку экспертиза качества медицинской помощи относится к работам (услугам), составляющим медицинскую деятельность, она подлежит лицензированию.

Но ни СМО, ни фонды ОМС не имеют соответствующих лицензий на медицинскую деятельность, а также не требуют наличия таких лицензий у экспертов, привлекаемых к проведению экспертизы качества медицинской помощи. Следовательно, делает вывод ФАС, экспертиза, которую они проводят, незаконна.

... Но законодательных понятий «медицинская помощь надлежащего качества» и «дефект медицинской помощи», характеризующих качество медицинской помощи, не существует. А порядки и стандарты медицинской помощи не являются инструментом контроля качества медицинской помощи, поскольку критерии – это своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов лечения и достигнутый положительный результат».

После обнародования этого ложного сенсационного доклада к экспертам качества медицинской помощи в проверяемых медицинских организациях стали предъявлять требование о предоставлении лицензии на экспертную деятельность...

Печально, что чиновники Федеральной службы не понимают дух и суть лицензирования.

Лицензирование – это общественный инструмент защиты граждан (их тел, прав, интересов, имущества и т.д.) от опасностей современной жизни. Только потенциально опасная для гражданина деятельность лицензируется.

В соответствии с нормой статьи 64 Закона РФ № 323-ФЗ «Экспертиза качества медицинской помощи»:

«1. Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

3. Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ

обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании».

Статьей 40 Закона РФ № 326-ФЗ, т.е. законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, определены следующие экспертизы в системе ОМС:

«4. Медико-экономическая экспертиза - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

6. Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата».

Приказом Федерального фонда ОМС от 1 декабря 2010 г. № 230 утвержден Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, которым детализированы выше приведенные определения экспертиз, проводимых в системе ОМС:

«11. Медико-экономическая экспертиза в соответствии с частью 4 статьи 40 Федерального закона - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

20. В соответствии с частью 6 статьи 40 Федерального закона экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

21. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

80. Основными функциями специалиста-эксперта являются:

а) выборочный контроль объемов медицинской помощи по страховым случаям путем сопоставления фактических данных об оказанных застрахованному лицу медицинских услугах с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;

82. Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления дефектов медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление

причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи в обязательном медицинском страховании».

Таким образом, законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании установлено, что экспертизы, проводимые в системе ОМС, имеют следующие особые характеристики:

1) проводятся экспертами в стенах проверяемых медицинских организаций, за столом и на стуле, предоставленном проверяемой медицинской организацией, т.е. в условиях, никоим образом не подлежащих лицензированию экспертной деятельности СМО;

2) предметом экспертного анализа является медицинская документация и учетно-отчетная документация проверяемой медицинской организации, т.е. не принадлежащей СМО или ТФОМС;

3) оформляются ручкой на писчей бумаге, которые приобретены легально и соответствуют предъявляемым к ним требованиям;

4) безопасны для имущества (кошелька) гражданина (заявителя, застрахованного лица), оказанная медицинская помощь которому подвергается экспертному контролю, т.к. является бесплатной для него;

5) безопасны для анатомии и физиологии гражданина (заявителя, застрахованного лица), оказанная медицинская помощь которому подвергается экспертному контролю, т.к. не является медицинским вмешательством и не обладает его признаками, изложенными в определении – пункте 5 статьи 2 Закона № 323-ФЗ: «5) медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности»;

6) безопасны для анатомии и физиологии гражданина (заявителя, застрахованного лица), оказанная медицинская помощь которому подвергается экспертному контролю, т.к. не является медицинской помощью и не обладает ее признаками, изложенными в определении – пункте 3 статьи 2 Закона № 323-ФЗ: «3) медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг»;

7) безопасны для анатомии и физиологии гражданина (заявителя, застрахованного лица), оказанная медицинская помощь которому подвергается экспертному контролю, т.к. не является медицинской услугой не обладает ее признаками, изложенными в определении – пункте 3 статьи 2 Закона № 323-ФЗ: «4) медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение»;

8) не затрагивают права и законные интересы пациента гражданина, изложенные в п. 5 статьи 19 «Право на медицинскую помощь»: «5. Пациент имеет право на:

1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;

2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

3) получение консультаций врачей-специалистов;

4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;

5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;

7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

8) отказ от медицинского вмешательства;

9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;

10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;

11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации».

9) не затрагивает права гражданина и пациента на качество медицинской помощи, т.к. не затрагивает его признаки, изложенные в определении – пункте 21 статьи 2 Закона № 323-ФЗ: «21) качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата»;

10) требования к эксперту, осуществляющему экспертную деятельность (экспертизу) в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании четко установлены Законом РФ № 326-ФЗ:

«5. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

7. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи. Экспертом качества медицинской помощи является врач

- специалист, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд, территориальный фонд, страховая медицинская организация для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи поручают проведение указанной экспертизы эксперту качества медицинской помощи из числа экспертов качества медицинской помощи, включенных в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи);

11) эксперты качества медицинской помощи, отвечающие требованиям, предъявляемым к ним Законом РФ № 326-ФЗ, включенные ТФОМС в реестр экспертов субъекта РФ, не являются штатными сотрудниками СМО, следовательно, СМО не вправе вмешиваться в их профессиональную экспертную деятельность, которая подлежит оценке исключительно ТФОМС с правом исключения из реестра, тем самым, практическая деятельность экспертов не может быть обусловлена наличием или отсутствием лицензии у СМО;

12) эксперты качества медицинской помощи, отвечающие требованиям, предъявляемым к ним Законом РФ № 326-ФЗ, включенные ТФОМС в реестр экспертов субъекта РФ, не являются штатными сотрудниками СМО, следовательно, не вступают в физический контакт с застрахованными лицами (заявителями), тем самым безопасны для граждан в процессе изучения медицинской документации и оформления экспертного заключения (акта экспертизы).

Таким образом, экспертная деятельность СМО и ТФОМС в системе ОМС, проводимая в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, абсолютно безопасна для гражданина, и, соответственно не требует лицензирования.

Федеральная антимонопольная служба России за наш счет налогоплательщиков в своем составе имеет большой штат юристов, обязанных иметь представление о правоприменительной практике судов, и прежде всего, по вопросам лицензирования и экспертной деятельности. Исходя из данного обстоятельства, Федеральной службе должно быть известно, что аналогом экспертной деятельности в системе ОМС является экспертная судебно-медицинская деятельность, которая включает следующий вид экспертиз: судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел, которая приказом Минздрава России от 26 июля 2002 г. № 238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности», была отнесена к работам и услугам, подлежащим лицензированию. Однако Решением Верховного Суда РФ от 23 июня 2004 г. № ГКПИ2004-738 был признан недействующим со дня вступления решения суда в законную силу пункт 06.020.3 «судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел» раздела 06 «Прочие работы и услуги» Номенклатуры работ и услуг по оказанию соответствующей медицинской помощи, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 июля 2002 г. № 238, в редакции от 22 октября 2003 г. № 502.



Решение Верховного Суда РФ в части удовлетворения заявления в отношении пункта 06.020.3 «судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел» раздела 06 в кассационном порядке не обжаловано. Как пояснили Верховному Суду РФ представители Минздрава РФ, пункт 06.020.3 «судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел» не может в принципе создавать угрозу для жизни и здоровья людей, поскольку не является собственно медицинским вмешательством, в связи с чем не подлежит лицензированию (Определение Кассационной коллегии Верховного Суда Российской Федерации от 16 сентября 2004 г. № КАС04-451).

В соответствие с требованием статьи 14 Закона № 326-ФЗ «Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования»: «1. Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - страховая медицинская организация), – страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке. Особенности лицензирования деятельности страховых медицинских организаций определяются Правительством Российской Федерации. Страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с настоящим Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией (далее - договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования)».

Правительство Российской Федерации в Постановлении от 31 декабря 2010 г. № 1227 «Об особенностях лицензирования деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 29.08.2011 № 717, от 26.08.2013 № 739) установило такие особенности: при осуществлении функций по контролю и надзору за деятельностью страховых медицинских организаций - участников обязательного медицинского страхования: орган страхового надзора взаимодействует с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

В статье 38 Закона № 326-ФЗ установлены следующие обязанности страховой медицинской организации: «10) осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля».

Если к обязанностям СМО Законом отнесена экспертная деятельность в системе ОМС, то и лицензия, выданная СМО Центробанком России на предмет осуществления ОМС, включает и вышеозначенную экспертную деятельность СМО в системе ОМС.

Сущность лицензирования деятельности СМО по ОМС заключается в



профилактике возможного нанесения вреда жизни и здоровью и имуществу застрахованных лиц со стороны СМО отказом от выполнения обязательства по финансированию и оплате медицинской помощи: если СМО откажется от обязанности оплаты медицинской помощи, то это чревато, с одной стороны, несвоевременным получением медицинской помощи застрахованным лицом, с другой стороны, может потребовать от пациента самостоятельной оплаты медицинской помощи.

Экспертная деятельность СМО в системе ОМС не угрожает финансированию медицинских организаций, т.к. не может отменить оплату медицинской помощи в полном объеме. При этом СМО не вправе оплачивать медицинскую помощь, ненадлежащего качества, имеющую дефекты и недостатки, установленные Законом РФ «О защите прав потребителей» и приказом ФФОМС от 01.12.10 г. № 230. И в этом может заключаться некая аппроксимация или включение в лицензию на осуществление ОМС и экспертной деятельности СМО, как составляющая осуществления СМО: оказание медицинской помощи по страховому случаю в системе ОМС не может быть оплачено, если имеются дефекты в оказании медицинской помощи, т.к. расходы на ненадлежащую медицинскую помощь являются нецелевыми расходами в системе ОМС. Единственным инструментом, позволяющим исключить оплату медицинской помощи ненадлежащего качества по страховому случаю из целевых средств, является экспертная деятельность СМО, по данному признаку экспертная деятельность СМО включается в лицензию на осуществление ОМС.

Статьей 3 Закона РФ № 326-ФЗ введены в юридическую силу следующие основные понятия:

«4) страховой случай - совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию;

5) страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию (далее - страховое обеспечение) - исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации».

Ключевым в определении страхового покрытия является словосочетание «необходимой медицинской помощи». Необходимая медицинская помощь в контексте данного определения – эта эффективная медицинская помощь надлежащего качества, т.е. помощь, оказание которой способствует излечению или существенному улучшению состояния пациента, правильная и своевременная помощь. Иное, альтернативное толкование – это «любая» помощь, которая может быть и несвоевременной, ошибочной, причиняющей новые заболевания и травмы и т.д.

Таким образом, осуществление ОМС – это в том числе экспертная деятельность СМО на предмет выявления не подлежащих оплате страховых случаев по признаку выявления ненадлежащего качества оказанной по страховому случаю

медицинской помощи.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в письме от 24 января 2008 г. № 282/30-4/и «О лицензировании СМО» в связи с поступившими запросами страховых медицинских организаций в целях информационного обеспечения довел до сведения разьяснения Минздравсоцразвития России от 15.01.2008 № 30401/МЗ-14 по вопросу лицензирования СМО при проведении экспертизы качества медицинской помощи. При этом страховая медицинская организация не осуществляет непосредственно медицинскую деятельность по определенным видам работ (услуг), а только осуществляет контроль качества медицинской помощи, оказанной соответствующими медицинскими учреждениями. Таким образом, Положение о лицензировании медицинской деятельности не распространяется на страховые медицинские организации, которые в силу специфики их правового статуса, определенного федеральным законодательством, осуществляют контроль качества медицинской помощи без лицензии на медицинскую деятельность.

В письме Федерального фонда ОМС от 01.04.15 года № 1465/30-5 «О лицензировании деятельности СМО» по результатам проверки ФАС России в части лицензирования деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования указано следующее. Позиция ФОМС, подтверждающая, что действующим законодательством не установлено требований к страховым медицинским организациям и привлекаемым ими для проведения экспертизы экспертам качества медицинской помощи, по лицензированию деятельности при осуществлении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, ранее направлялась в Министерство здравоохранения Российской Федерации письмами от 31.10.2014 № 5638/30-4 и 16.01.2015 № 6596/30-5. Федеральным фондом обязательного медицинского страхования полностью поддерживаются аргументы об отличии экспертизы качества медицинской помощи при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию от экспертизы качества медицинской помощи, осуществляемой в рамках медицинской деятельности.

Итак, осуществление ОМС – это в том числе экспертная деятельность СМО на предмет выявления не подлежащих оплате страховых случаев по признаку выявления ненадлежащего качества оказанной по страховому случаю медицинской помощи.

Таким образом, экспертная деятельность СМО – это вариант реализации предоставления страхового обеспечения по обязательному медицинскому страхованию, т.е. исполнения обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи надлежащего качества при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

#### **Глава IV. Алгоритм анализа медицинской документации.**

С целью формирования единых принципов экспертной деятельности следует использовать единые алгоритмы анализа медицинской документации.

**А. Проверка соблюдения Правил формулировки диагнозов** (правила формулировки и кодирования заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов; правила оформления заключения о причине смерти (врачом-патологоанатомом) и медицинского свидетельства о смерти; правила сопоставления (сличения) заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов), утвержденных Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Российским обществом патологоанатомов, АНО «Система добровольной сертификации патологоанатомических исследований», 2006 (Р.У. Хабриев, М.А. Пальцев, Г.Г. Автандилов, О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактуский, Е.Л. Никонов).

Требования к формулировке заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов являются едиными. Соблюдение этих требований (стандарта) должно быть неукоснительным для врачей всех специальностей и во всех медицинских организациях.

1. Не допускается в качестве основного заболевания указывать только групповые (родовые) понятия, такие, как «Ишемическая болезнь сердца», «Хроническая ишемическая болезнь сердца», «Цереброваскулярная болезнь», «Хроническая обструктивная болезнь легких» и др., без последующего (после двоеточия) уточнения конкретной нозологической единицы (соответственно, например, «острый инфаркт миокарда», «постинфарктный (крупноочаговый кардиосклероз)», «ишемический инфаркт головного мозга», «хронический гнойный обструктивный бронхит в стадии обострения» и др.).

2. Не допускается в любой рубрике диагноза употребление некорректных терминов: «коронаросклероз», «коронарокардиосклероз», «церебросклероз», а также неточных: «смешанная энцефалопатия», «цирроз-рак печени», «асцит-перитонит», «инфаркт-пневмония» и им подобных.

3. Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы должны быть рубрифицированы, то есть всегда записаны в виде следующих трех рубрик диагноза:

1) «Основное заболевание» — при монокаузальном диагнозе представлено одним заболеванием (травмой), при бикаузальном («Комбинированное основное заболевание») — двумя нозологическими единицами (конкурирующими, сочетанными или основным и фоновым заболеваниями) при мультикаузальном («Полипатии») — тремя и более заболеваниями. Следует, по возможности, избегать формулировки диагноза с указанием более двух основных заболеваний и ограничиваться моно - или бикаузальными вариантами из-за особенностей дальнейшей статистической обработки медицинской информации и с целью соблюдения причинно-следственных (этиологических и патогенетических) принципов построения диагноза;

2) «Осложнения основного заболевания», включая смертельное осложнение при наступлении летального исхода;

3) «Сопутствующие заболевания».

Хирургические операции и лечебно-диагностические манипуляции (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются вместе с патологическими процессами (в тех же рубриках), по поводу которых они производились.

Не следует употреблять словосочетание «Состояние после ... (операции и др.)», а должно быть указано полное наименование (из медицинской карты больного) той или иной операции, медицинской манипуляции или процедуры и дата их проведения.

Необходимо рассматривать оперативные вмешательства, как прямые последствия хирургического заболевания, и, в соответствии с требованиями МКБ-10, считать послеоперационными все осложнения, возникшие в течение 4-х недель после хирургического вмешательства.

Нерубрифицированные заключительный клинический или патологоанатомический диагнозы непригодны для кодирования и статистического анализа, не подлежат сопоставлению (сличению заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов). Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз, независимо от своего содержания, расценивается как неверно оформленный. В случае нерубрифицированного заключительного клинического диагноза независимо от результатов патологоанатомического вскрытия выставляется расхождение диагнозов по II категории и субъективной причине — неверная формулировка (оформление) заключительного клинического диагноза.

4. В рубриках диагноза «Основное заболевание» и «Сопутствующие заболевания» на первом месте всегда должна стоять нозологическая единица (заболевание, травма, если это невозможно — синдром), имеющая код в МКБ-10. Далее идет уточнение ее формы, особенностей пато-, морфо-, и танатогенеза, указываются ее проявления. При необходимости эти проявления дополняются лабораторными, бактериологическими, биохимическими и другими данными. Патологоанатомический диагноз — всегда развернутый, комплексный, включающий все известные в данном конкретном случае морфологические, клинико-лабораторные и другие данные.

5. Перечислять осложнения необходимо в патогенетической или временной последовательности. Среди всей группы осложнений основного заболевания выделяют одно важнейшее — смертельное осложнение (непосредственная причина смерти). Выделение более одного смертельного осложнения делает невозможным их достоверный анализ и статистический учет. Смертельное осложнение допустимо указывать в начале рубрики «Осложнения основного заболевания», нарушая их патогенетическую или временную последовательность.

6. Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются с красной строки отдельным абзацем (отдельной подрубрикой) после рубрики «Осложнения основного заболевания»

и до рубрики «Сопутствующие заболевания». Осложнения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, патогенетически не связанные с основным заболеванием и его осложнениями — это особый вид ятрогенных патологических процессов.

7. Соответствие формулировки диагноза Методическим рекомендациям МЗ РФ «Клинические классификации некоторых внутренних заболеваний и примеры формулировки диагнозов» (1995) и Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра, Информационно-методическому письму МЗ РФ «Использование международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины», Методическим рекомендациям МЗ РФ от 03.12.01 г. «Основные принципы выбора и кодирования первоначальной причины смерти больных со злокачественными новообразованиями», письму МЗ и СР РФ от 26 апреля 2011 г. № 14-9/10/2-4150 «Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса IX МКБ-10».

8. «Правила формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, оформления медицинского свидетельства о смерти при ятрогенных патологических процессах» (утверждены Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Российским обществом патологоанатомов, АНО «Система добровольной сертификации патологоанатомических исследований», 2006 (Р.У. Хабриев, М.А. Пальцев, Г.Г. Автандилов, О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский, Е.Л. Никонов):

Введение. Дефекты оказания медицинской помощи — неудовлетворительный результат или недостаток в поставке услуг здравоохранения пациенту/потребителю, или нарушение соответствия учрежденной системе менеджмента качества и другим процедурам (международный стандарт ИСО 9001:2000, система менеджмента качества в сфере медицинских услуг).

Непосредственная причина смерти — 1) смертельное (главное) осложнение, реже — само основное заболевание, непосредственно приведшее к летальному исходу; 2) нозологическая единица или синдром, определяющие развитие терминального состояния и механизм смерти.

Первоначальная причина смерти — 1) болезнь или травма, которая вызвала последовательный ряд болезненных процессов, приведших больного к смерти; 2) обстоятельство несчастного случая или акта насилия, вызвавшее смертельную травму; 3) в диагнозе первоначальная причина смерти — это основное заболевание при м о н о каузальной структуре диагноза или нозологическая единица, выставленная на первом месте в комбинированном основном заболевании.

Расхождение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов - несовпадение любой нозологической единицы из рубрики основного заболевания (монокаузального или комбинированного) по ее сущности, локализации, этиологии или характеру патологического процесса.

1.1. Ятрогении (ятрогенные патологические процессы, патология диагностики и лечения) — групповое понятие, объединяющее все разнообразие неблагоприятных

последствий (нозологические формы, синдромы, патологические процессы) любых медицинских воздействий на больного, независимо от правильности их исполнения.

В этой связи оценка ятрогений, проведенная на стандартных принципах, может выступать в качестве одного из индикаторов качества лечебно-диагностического процесса (оказания медицинских услуг).

1.2. К ятрогениям следует относить только те патологические процессы, которые возникли как «результат действия» — медицинских мероприятий, а не запоздалого действия или бездействия медицинского персонала, что может быть врачебной ошибкой, но не ятрогенией. К ятрогениям следует также относить патологические процессы, вызванные высказываниями медицинских работников, обладающих прямыми распорядительными и исполнительными функциями в период и на месте выполнения ими профессиональных и служебных обязанностей.

1.3. Ятрогения — результат любых (правильно, своевременно и по показаниям проведенных, или ошибочных, проведенных с дефектами) медицинских мероприятий (профилактических, диагностических, анестезиологических, лечебных, реанимационных, косметических или реабилитационных).

1.4. Не может трактоваться как ятрогенный патологический процесс факт расхождения диагнозов по любой категории и причинам.

1.5. Не являются причиной ятрогений самостоятельные действия пациента и воздействия немедицинского характера. Например, патологические процессы, развившиеся вследствие самостоятельного (без указаний или в нарушение указаний медицинского персонала) приема лекарственных препаратов или использования какой-либо медицинской техники, не являются ятрогенными.

1.6. Ятрогенный характер патологического процесса требует неоспоримых объективных клинических или морфологических доказательств. Без проведения патологоанатомического (или судебно-медицинского) вскрытия факт наличия ятрогенного патологического процесса, сыгравшего существенную роль в танатогенезе, не может считаться доказанным.

1.7. Термины «ятрогения», «ятрогенное осложнение», «ятрогенный патологический процесс» и им подобные могут и должны быть использованы в клинико-анатомическом эпикризе протокола патологоанатомического вскрытия (как запись врача-патологоанатома), в карте экспертной оценки летального исхода на основании результатов патологоанатомического вскрытия, в соответствующих медицинских документах клинико-экспертных комиссий и отчетных формах патологоанатомических и иных медицинских учреждений.

1.8. Врач-патологоанатом квалифицирует ятрогенный патологический процесс, выявленный на вскрытии или в результате исследования операционного (биопсийного) материала только с медицинских позиций. Окончательное заключение о наличии, сущности, роли в танатогенезе и других особенностях ятрогенного патологического процесса выносится коллегиально, на клинико-экспертной комиссии медицинского учреждения.

1.9. Ятрогенные патологические процессы могут фигурировать в заключительном

клиническом или патологоанатомическом диагнозах в любых рубриках:

- ятрогенная — первоначальная причина смерти: рубрики «Основное заболевание», «Комбинированное основное заболевание» (1-е конкурирующее или сочетанное заболевания), «Полипатия» (1-е место среди составляющих ее нозологических форм);

- ятрогенная с существенной ролью в танатогенезе: «Комбинированное основное заболевание» (2-е конкурирующее или сочетанное заболевания), «Полипатия» (2-3 места среди составляющих ее нозологических форм), «Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)» (смертельное осложнение — первоначальная причина смерти);

- ятрогенная, не игравшая существенной роли в танатогенезе: «Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)», «Сопутствующие заболевания».

1.10. В рубриках «Основное заболевание», «Комбинированное основное заболевание», «Полипатия» (на 1-м месте в структуре комбинированного основного заболевания или полипатии) указываются ятрогенные патологические процессы, игравшие существенную роль в танатогенезе, возникшие при клинико-морфологических доказанных:

- передозировке, неправильном (ошибочном, не по показаниям, с недоучетом индивидуальных особенностей больного) назначении лекарственного средства;

- непрофессионально (с ошибками, не по показаниям, с недоучетом особенностей больного и т.д.) выполненном диагностическом или лечебном мероприятии;

- в случаях смерти:

- от анафилактического шока;

- во время наркоза и анестезии;

- в результате профилактических медицинских мероприятий;

- в результате косметических медицинских мероприятий.

Заболевание или травма, по поводу которых производились медицинские мероприятия, вызвавшие развитие ятрогенного патологического процесса, указываются либо как фоновое заболевание, либо, после записи проявления ятрогенного патологического процесса и вида медицинского вмешательства, непосредственно в рубрике «Основное заболевание» («Комбинированное основное заболевание», «Полипатия»). Вид медицинского вмешательства не может быть указан в диагнозе вместо ятрогенного патологического процесса, необходимо указать патологический процесс, развившийся в результате такого вмешательства.

В рубриках «Комбинированное основное заболевание», «Полипатия» (на 2-м месте в структуре комбинированного основного заболевания или 2-3-м — при полипатии) следует указывать ятрогенные патологические процессы этой группы, игравшие существенную роль в танатогенезе, но при отсутствии объективных доказательств их безусловной роли как первоначальных причин смерти.

В рубрике «Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)» указывают ятрогенные патологические процессы (кроме анафилактического



шока и смерти во время наркоза или анестезии), обусловленные правильно, по показаниям, в соответствии с действующими стандартами проведенными диагностическими, лечебными, реанимационными, реабилитационными (но не профилактическими или косметическими) мероприятиями Танатогенетическое значение таких ятрогенных осложнений может быть различно: от смертельных осложнений (непосредственных причин смерти), до, практически, не игравших роли в танатогенезе.

Ятрогении, не игравшие существенной роли в танатогенезе целесообразно указывать в рубрике «Осложнений основного заболевания (и медицинского вмешательства)», хотя допустима их запись в рубрике «Сопутствующие заболевания», особенно если они представляют собой нозологическую форму.

Послеоперационные осложнения или осложнения реанимации и интенсивной терапии могут быть патогенетически связаны с основным заболеванием и его осложнениями, но могут быть и ятрогенными, вызванными медицинскими воздействиями.

В соответствии с требованиями МКБ-Ш, необходимо рассматривать оперативные вмешательства, как прямые последствия хирургического заболевания, и считать послеоперационными все осложнения, возникшие в течение 4-х недель после хирургического вмешательства.

На ятрогенные осложнения хирургических вмешательств, а также реанимации и интенсивной терапии распространяются общие правила формулировки диагноза и оформления других медицинских документов при ятрогенных патологических процессах.

В диагнозе допустимо указывать осложнения реанимации и интенсивной терапии в специальной подрубрике «Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия», после рубрики «Осложнения основного заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания». Однако при наличии соответствующих причин (например, при грубом медицинском дефекте, явившемся первоначальной причиной смерти в ходе проведения интенсивной терапии по поводу заболевания, роль которого в танатогенезе маловероятна) необходимо вынесение такого ятрогенного патологического процесса в рубрики «Основное заболевание» или «Комбинированное основное заболевание».

1.11. В классе XIX «Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин» (рубрики T36 — T88) МКБ 10 пересмотра представлены коды, обозначающие сущность ятрогенных патологических процессов.

Кодом класса XX шифруется причина развившейся ятрогений:

- X40 — X44 — неправильное назначение;
- Y40 — Y59 — лекарственные средства, медикаменты и биологические субстанции, являющиеся причиной неблагоприятных реакций при терапевтическом применении;
- Y60 — Y69 — случайное нанесение вреда больному в ходе терапевтического или хирургического вмешательства;
- Y70 — Y82 — медицинские приборы и устройства, связанные с несчастным



случаем при их использовании для диагностики и лечения;

- Y88 — последствия терапевтического или хирургического вмешательства как внешних причин заболеваемости и смертности.

Группы ятрогений:

1. Ятрогении, связанные с лечением:

А. Лекарственные. Б. Хирургические.

2. Обусловленные другими методами лечения.

3. Ятрогении, связанные с наркозом и анестезией.

4. Ятрогении, связанные с диагностическими мероприятиями.

5. Ятрогении, связанные с профилактическими мероприятиями.

6. Ятрогении, связанные с косметическими мероприятиями,

7. Прочие ятрогении.

## **Б. Дефекты оформления первичной медицинской документации патологоанатомической службы.**

К дефектам оформления первичной медицинской документации патологоанатомической службы, приведшим к невозможности оценить динамику состояния больного, объем и характер медицинской помощи, могут быть отнесены нарушения требований нормативных документов, устанавливающих формы медицинской документации и правила ее оформления, в том числе:

1. Отсутствие рубрикации патологоанатомического диагноза.

2. Отсутствие в патологоанатомическом диагнозе формулировки о нанесении вреда здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи по МКБ X пересмотра (коды 19-го и 20-го классов: T36-T50, T80-T88, X40-X49, Y40-Y84 для случаев смерти в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, возникших от любой из перечисленных причин).

3. Отсутствие в развернутом клинико-патологоанатомическом эпикризе:

1) обоснования патологоанатомического диагноза;

2) описания и обоснования характера осложнений и танатогенеза;

3) описания и анализа проявлений патоморфоза в связи с проводившимся лечением;

4) указания на совпадение или расхождение его с клиническим диагнозом, в последнем случае с указанием причины расхождения; для перинатальных вскрытий - с обоснованием связи болезни плода (новорожденного) с патологией родов и течением беременности матери;

5) указания на выявленные недостатки в диагностике, лечении, обследовании умершего больного и в ведении медицинской карты стационарного больного или другой медицинской документации.

4. Отсутствие дополнительной записи в протоколе патологоанатомического исследования и медицинской карте стационарного больного с указанием на окончательный патологоанатомический диагноз в случае изменения патологоанатомического диагноза после гистологического и других видов исследования.

5. Отсутствие заключения клинко-патологоанатомической конференции учреждения здравоохранения о категории расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, т.е. несовпадении любой нозологической единицы из рубрики основного заболевания по:

- ее сущности и наличию (наличие в клиническом диагнозе иной нозологической формы (гипердиагностика), или отсутствие данной нозологической формы (гиподиагностика),

- локализации (в том числе в пределах одного органа, такого как желудок, кишечник, легкие, головной мозг, матка с ее шейкой, почки, поджелудочная железа, сердце и др.),

- этиологии, характеру патологического процесса (например, по характеру инсульта ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние).

I категория расхождения - заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебно - профилактическом учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за тяжести состояния больного, распространенности патологического процесса, кратковременности пребывания больного в данном учреждении.

II категория расхождения - заболевание не было распознано в данном лечебном учреждении в связи с недостатками в обследовании больного, отсутствием необходимых и доступных исследований; при этом следует учитывать, что правильная диагностика не обязательно оказала бы решающее влияние на исход заболевания, но правильный диагноз мог и должен был быть поставлен;

III категория расхождения - неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

6. Нарушение срока внесения в историю болезни патологоанатомического диагноза (позднее 10 дней после вскрытия).

## **В. Алгоритм анализа медицинской документации: выявление дефектов оказания медицинской помощи, связанных с дефектами оформления медицинской документации.**

К дефектам оформления первичной медицинской документации, приведшим к невозможности оценить динамику состояния больного, объем и характер медицинской помощи, относят нарушения требований нормативных документов, устанавливающих формы медицинской документации и правила ее оформления, в том числе:

1. Отсутствие обоснования предварительного диагноза (диагнозов), тактики ведения (наблюдения) больного.

2. Отсутствие обоснования клинического диагноза (по результатам дополнительного обследования), формулировка диагноза должна соответствовать МКБ – X пересмотра;

3. Отсутствие рубрификации заключительного клинического диагнозов на три рубрики:

4. Отсутствие в заключительном клиническом диагнозе формулировки о нанесении вреда здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи. Для кодирования случаев смерти в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, возникших от любой из перечисленных причин, используются соответствующие коды, входящие в блоки рубрик 19-го и 20-го классов: T36-T50, T80-T88, X40-X49, Y40-Y84.

При летальных исходах, связанных с терапевтическими, хирургическими и диагностическими вмешательствами, важно получить информацию об их отрицательных эффектах. Поэтому в качестве истинных ятрогенных болезней, приведших к смерти больного (ятрогенных осложнений, возведенных в понятие основных заболеваний), указываются и кодируются:

- передозировка правильно назначенного лечебного средства;
- прием ошибочно назначенного лекарственного вещества;
- все непрофессионально выполненные диагностические, терапевтические и хирургические вмешательства и лечебные манипуляции;
- смертельные осложнения профилактических мероприятий, вакцинации;
- смертельные осложнения косметологических медицинских мероприятий;
- анафилактический шок;
- смертельные осложнения наркоза, других мероприятий, связанных с обезболиванием.

5. Отсутствие обоснования лечебно-диагностического плана ведения пациента.

6. Нарушения в протоколировании ведения больного (заполнении дневниковых записей): – отсутствие необходимых результатов врачебного осмотра пациента, анализа результатов проведенных диагностических исследований, нарушения регулярности ведения дневниковых записей при плановом ведении больного ежедневно, при динамическом наблюдении - не реже 3-4 раз в сутки, при интенсивном наблюдении - каждые 2-4 часа. Обоснование:

1) Типовая инструкция к заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений (без документов лабораторий), утвержденных приказом Минздрава СССР от 4 октября 1980 года № 1030, утвержденная МЗ СССР от 20.06.83 г. № 27-14/70-83 (в ред. Приказов Минздрава СССР от 31.12.1987 № 1338, от 25.01.1988 № 50) (письмом Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 сообщено, что после отмены данного документа не было издано нового альбома образцов учетных форм, в связи с этим учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России использовали в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные данным документом): «Врач делает ежедневные записи о состоянии и лечении больного; назначения записываются в дневнике карты; на прилагаемом к карте температурном листе (ф. № 004/у) палатная сестра графически изображает температуру, пульс, дыхание больного и т.д.»;

2) письмо Росздравнадзора от 22 мая 2006 г. № 01И-421/06 «О результатах проверок реализации Федерального Закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ в части дополнительного лекарственного обеспечения в 2005 году и 1 квартале 2006 года»

установлена обязательность указания в дневниковых записях гемодинамических показателей: «При этом выявлены следующие недостатки:

- назначение лекарственных средств без осмотра пациента, по просьбе родственников;
- назначение препарата без проведения необходимого обследования;
- в дневниковых записях не зафиксированы гемодинамические показатели»);

3) приказом МЗ и СР РФ № 640, Минюста РФ № 190 от 17.10.05 г. установлено: «74. Обход больных в стационаре медицинской части производится врачом утром ежедневно. Всех поступивших в течение последних суток в стационар осматривает начальник медицинской части, в последующем он осматривает этих больных по необходимости, но не реже одного раза в неделю и перед выпиской. Результаты осмотра больных начальником медицинской части с диагнозом и рекомендациями заносятся в истории болезни и подписываются им.

Дневник заболевания ведется врачом 1 раз в 2-3 дня в случаях легкого течения заболевания и ежедневно в среднетяжелых и тяжелых случаях. Утром и вечером измеряется и записывается в историю болезни температура тела»:

4) приказ МЗ СССР от 09.06.86 г. № 818 «О мерах по сокращению затрат времени медицинских работников на ведение медицинской документации и упразднении ряда учетных форм» установил: «5.4.1. При заполнении «Медицинской карты стационарного больного»:

- жалобы больного при поступлении и анамнез настоящего заболевания должны записываться кратко, с указанием лишь патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию;
- данные общего анамнеза фиксируются в истории болезни только в тех случаях, когда это необходимо врачу для установления диагноза, оценки состояния больного и определения плана лечения;
- данные первичного обследования заполняются кратко, с описанием только патологических изменений, выявленных при обследовании больного;
- протоколы записей консультантов должны вестись кратко с указанием патологических изменений и рекомендуемых назначений;
- ведение врачом дневников (данные динамического наблюдения) должно осуществляться по необходимости, в зависимости от состояния больного, кратко и четко, но не реже 3-х раз в неделю, за исключением находящихся в тяжелом состоянии или в состоянии средней тяжести;
- детям до 3-х лет дневники заполняются ежедневно.

5.4.2. При заполнении «Медицинской карты амбулаторного больного» в период обследования, наблюдения и лечения пациента в амбулаторных условиях кратко отражать в названной карте следующие основные данные:

- анамнестические;
- патологию, диагноз;
- проводимое лечение;
- состояние трудоспособности».

Из приведенных документов следует, что дневниковые записи должны, как

правило, производиться ежедневно в качестве протокола осмотра больного, а также в обязательном порядке оформляться при:

- изменении в состоянии здоровья пациента;
- изменении в диагностических или лечебных назначениях;
- получении данных о результатах диагностических назначений;
- проведении и оценке подбора адекватной терапии;
- проведении и оценке курсового лечения;
- получении результатов консультаций специалистов и результатов экспертизы.

7. Отсутствие или небрежное заполнение листа врачебных назначений с отметками о выполнении. Функция лечащего врача – обоснование назначения и назначение препарата, определение дозового режима и длительности курса, мониторинг эффективности применения, определение показаний и даты отмены назначения препарата. Назначение лекарственного препарата врачом фиксируется датой и подписью.

Мониторинг эффективности применения, определение показаний и даты отмены назначения препарата невозможны без наличия отметок о введении препарата медицинской сестрой. В отсутствие отметок о введении и подписи лица, осуществившего введение, отсутствуют письменные доказательства этого введения.

8. Отсутствие или небрежное заполнение температурного листа.

9. Отсутствие результатов назначенного дополнительного обследования (лабораторного, рентгенологического, функционально – диагностического, инструментального и т.д.) в соответствии с листом назначений.

10. Отсутствие или небрежное заполнение этапных эпикризов – реже 1 раза в 11 дней, а также при превышении контрольных сроков госпитализации (без обоснования необходимости задержки пациента), отсутствие результатов обходов и осмотров должностных лиц (заведующего отделением 1 раз в неделю), отсутствие анализа реализации лечебно-диагностического плана ведения пациента, отсутствие оценки эффективности предпринятых методов лечения и обоснования продолжения лечения или изменения его тактики.

11. Отсутствие или небрежное заполнение выписного эпикриза, необходимого для соблюдения преемственности в оказании медицинской помощи, без правильно рубрифицированной формулировки заключительного клинического диагноза, без описания результатов диагностического исследования, без перечисления применяемых методов лечения с указанием наименований и дозировок фармакологических препаратов, без описания динамики и итогового состояния больного, без оценки результата (исхода) лечения, без рекомендаций пациенту после выписки из учреждения здравоохранения.

12. Отсутствие или небрежное заполнение в соответствующих случаях:

1) предоперационного эпикриза без обоснования показаний и предполагаемого объема оперативного вмешательства; без обоснования необходимости планового и экстренного оперативного вмешательства, без отражения диагноза по основному и сопутствующим заболеваниям, степени выраженности функциональных

нарушений, абсолютных или относительных противопоказаний к операции, адекватности предоперационной подготовки, плана операции, степени риска оперативного вмешательства;

2) протокола операции, не содержащего:

- сведений о дате и продолжительности операции, фамилии членов операционной бригады;

- сведений о виде операции (наименование), виде обезболивания;

- описание операции (доступ, топография, размер, направление разреза, слои рассекаемых тканей);

- описание патологических изменений, обнаруженных при операции, операционный диагноз, подробное описание хода выполнения операции с описанием проведения гемостаза в ране, числа тампонов и дренажей, оставленных в ране, контрольного счета марли и инструментов, описание завершения операции (вид швов, повязка);

- описание удаленного макропрепарата;

- подпись членов бригады.

3) протокола предоперационного осмотра анестезиологом, протокола течения анестезии, реанимационной карты;

4) протоколов переливания компонентов крови и кровезаменителей;

5) протокола патологоанатомического исследования;

6) карты донесения о случае материнской смертности.

## **Г. Алгоритм проверки назначения лекарственных средств в стационаре.**

Приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н утвержден Порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов (в ред. приказа Минздрава России от 02.12.2013 № 886н), установивший следующие правила: «5. Сведения о назначенном и выписанном лекарственном препарате (наименование лекарственного препарата, разовая доза, способ и кратность приема или введения, длительность курса, обоснование назначения лекарственного препарата) указываются в медицинской карте пациента.

6. Запрещается выписывать рецепты на лекарственные препараты:

6.1. медицинским работникам:

при отсутствии медицинских показаний».

Таким образом, обязательными правилами правового регулирования лекарственной помощи являются:

- обязательное наличие и бесплатное для пациента применение в стационаре лекарственных препаратов, включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств;

- назначение и использование лекарственных средств в строгом соответствии с утвержденной инструкцией по его применению (с учетом показаний и при наличии противопоказаний, соблюдением разрешенных методов введения и дозирования);

- учет анамнестических данных о непереносимости лекарственных средств в

прошлом;

- назначение лекарственных средств без учета их взаимодействия;
- учет возрастной коррекции дозы лекарственного средства;
- наличие добровольного информированного согласия пациента на избранные лечащим врачом методы и способы лекарственной терапии, в том числе на применение лекарственных средств у больных по жизненным показаниям;
- избегание полипрагмазии и политерапии без соответствующих показаний;
- неиспользование лекарственных средств, затрудняющих стабилизацию или увеличивающих риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания;
- неиспользование лекарственных средств, повышающих риск возникновения нового патологического процесса;
- неиспользование лекарственных средств, приводящих к неоптимальному использованию ресурсов медицинского учреждения;
- создание условий, не вызывающих неудовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинским учреждением.

Приказом МЗ РФ от 02.11.2012 г. № 575н утвержден «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Клиническая фармакология», которым установлены поводы для консультации клинического фармаколога, отказ от выполнения которых является дефектом медицинской помощи:

«5. В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и в медицинских организациях с коечным фондом менее 500 мест рекомендуется создание кабинета врача - клинического фармаколога, деятельность которого организуется в соответствии с приложениями № 1 - 3 к настоящему Порядку.

В медицинских организациях с коечным фондом 500 и более мест рекомендуется создание отделения клинической фармакологии, деятельность которого организуется в соответствии с приложениями № 4 - 6 к настоящему Порядку.

6. Решение о направлении больного на консультацию к врачу - клиническому фармакологу принимается лечащим врачом (врачом-специалистом, врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) в следующих случаях:

- неэффективность проводимой фармакотерапии;
- назначение лекарственных препаратов с низким терапевтическим индексом;
- выявление серьезных и непредвиденных нежелательных лекарственных реакций, связанных с применением лекарственных препаратов;
- необходимость назначения лекарственных препаратов с ожидаемым риском развития серьезных нежелательных лекарственных реакций, в том числе при беременности и в период кормления грудью;
- назначение комбинаций лекарственных препаратов, усиливающих частоту нежелательных лекарственных реакций;
- одномоментное назначение больному пяти и более наименований лекарственных препаратов или свыше десяти наименований при курсовом лечении (полипрагмазии);



- назначение антибактериальных препаратов резерва, в том числе при неэффективности ранее проводимой антибактериальной терапии;
- нарушение функции почек или печени и других состояниях, изменяющих фармакокинетику лекарственных препаратов;
- подозрение на наличие и (или) выявление фармакогенетических особенностей больного».

Приложением № 1 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «клиническая фармакология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 ноября 2012 г. № 575н, введены в действие «Правила организации деятельности кабинета врача - клинического фармаколога», отказ от выполнения которых является дефектом медицинской помощи:

«6. Кабинет осуществляет следующие функции:

- консультативное сопровождение фармакотерапии в медицинской организации;
- мониторинг неблагоприятных побочных действий лекарственных препаратов, в том числе серьезных и непредвиденных нежелательных реакций, связанных с применением лекарственных препаратов;
- участие в микробиологическом мониторинге (в стационарных условиях);
- внедрение стандартов медицинской помощи в части лекарственной терапии;
- разработка, создание и внедрение формулярной системы медицинской организации;
- организация и проведение клинико-экономического анализа применения лекарственных препаратов в целях рационального использования выделяемых финансовых средств;
- анализ рациональности объемов потребления лекарственных препаратов в соответствии с профилем медицинской организации;
- согласование закупаемого ассортимента лекарственных препаратов по номенклатуре и количеству в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи и перечнями лекарственных препаратов».

Приложением № 4 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «клиническая фармакология», утв. приказом МЗ РФ от 02.11.12 г № 575н, установлены «Правила организации деятельности отделения клинической фармакологии», отказ от выполнения которых является дефектом медицинской помощи:

«7. Отделение осуществляет следующие функции:

- консультативное сопровождение фармакотерапии в медицинской организации;
- создание и внедрение формулярной системы медицинской организации;
- внедрение стандартов медицинской помощи в части лекарственной терапии;
- мониторинг неблагоприятных побочных действий лекарственных препаратов, в том числе серьезных и непредвиденных нежелательных реакций, связанных с применением лекарственных препаратов;
- участие в микробиологическом мониторинге;
- организация и проведение клинико-экономического анализа применения



лекарственных препаратов в целях рационального использования выделяемых финансовых средств;

-анализ рациональности объемов потребления лекарственных препаратов в соответствии с профилем медицинской организации;

-определение ассортимента и объема закупок лекарственных препаратов медицинской организации в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи и перечнями лекарственных препаратов;

-участие в работе врачебной комиссии;

-организации регулярного информирования врачей по проблемам рационального применения лекарственных препаратов;

-ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством».

Положением об организации деятельности врача - клинического фармаколога, утв. приказом Минздрава России от 22.10.2003 г. № 494, установлены функции врача-клинического фармаколога, отказ от выполнения которых является дефектом медицинской помощи:

«6. Врач - клинический фармаколог осуществляет следующие функции:

6.1. Консультация больных с целью рационализации проводимой им фармакотерапии с учетом тяжести течения заболевания, состояния функциональных систем, генетических и возрастных особенностей, данных лекарственного фармакокинетического мониторинга.

6.2. Участие в курации больных, у которых диагностированы неблагоприятные побочные реакции лекарственных препаратов или отмечена резистентность к проводимой фармакотерапии.

6.3. Участие в назначении лекарственных средств в случаях, установленных действующими нормативными правовыми актами, а также:

6.3.1. при назначении антиконвульсантов, препаратов железа для внутривенного введения, назначении антибиотиков II ряда (резерва), комбинаций лекарственных средств, усиливающих частоту нежелательных явлений;

6.3.2. при заболеваниях, протекающих с нарушением функции почек, печени и др., изменяющих фармакокинетику лекарственных средств;

6.3.3. при наличии фармакогенетических особенностей у пациента.

6.4. Участие в консилиумах при разборе тяжелых больных. Экспертная оценка качества фармакотерапии, проведенная после консультации больного или участия в консилиуме, должна быть отражена в протоколе консультации (приложение № 4 к настоящему приказу).

6.5. Контроль своевременности проведения фармакокинетического лекарственного мониторинга лекарственных средств с узким терапевтическим индексом (стрептомицин, гентамицин, тобрамицин, сизомицин, амикацин, ванкомицин, левомицетин (у недоношенных новорожденных), амфотерицин В, дигоксин (при необходимости), хинидин, новокаинамид, пропафенон, прокаинамид (у лиц с повышенным ацетилированием и при нарушении функции почек), фенобарбитал,

карбамазепин, вальпроевая кислота, метотрексат, фуросемид (у недоношенных новорожденных).

6.6. Организация работы комиссии по составлению лекарственного формуляра и формулярного перечня медицинского учреждения, участие в формировании протоколов ведения и стандартов лечения больных.

6.7. Разработка программы оценки использования лекарственных средств и контроль за ее исполнением.

6.8. Участие в работе клинико-экспертной комиссии.

6.9. Участие в ведомственной экспертизе качества проведенной фармакотерапии (помимо текущего участия в рационализации фармакотерапии и контроля в случаях, оговоренных выше, ретроспективный анализ не менее 5% историй болезни и амбулаторных карт всех пролеченных больных). Экспертная оценка качества фармакотерапии должна быть отражена в карте экспертной оценки лекарственной терапии (приложение № 4 к настоящему приказу). Результаты проведенной экспертизы, а также отсутствие информирования о случаях возникновения неблагоприятных побочных реакций должны быть учтены при внутри- и вневедомственной экспертизе уровня качества лечения.

6.10. С целью рационализации использования выделяемых финансовых средств:

6.10.1. организация и участие в проведении клинико-экономического анализа применения лекарственных средств согласно установленным требованиям;

6.10.2. проведение 1 раз в год ABC/VEN-анализа и доведение его результатов до сведения руководства лечебно-профилактического учреждения для принятия решения.

6.11. Организация в лечебно-профилактическом учреждении здравоохранения системы информации по выбору лекарственных средств, режиму их дозирования, взаимодействию, прогнозируемым побочным эффектам, доведение информации до медицинского персонала и пациентов о терапевтической и экономической целесообразности различной лекарственной терапии.

6.12. Организация конференций по вопросам применения лекарственных средств, их побочным эффектам и лекарственному взаимодействию, включая организацию образовательных программ и школ для пациентов.

6.13. Организация регистрации неблагоприятных побочных реакций и проведение анализа возникших побочных эффектов лекарственных средств, а также осуществление контроля за своевременным информированием в установленном порядке центров по регистрации неблагоприятных побочных реакций о зарегистрированных побочных эффектах лекарственных средств.

6.14. Организация разборов сложных случаев и ошибок по применению лекарственных средств».

Тактика безопасной фармакотерапии у конкретного больного включает решение следующих задач (Кукес В.Г., 2009):

- определение показаний к фармакотерапии;
- выбор лекарственного средства или их комбинации;
- выбор путей, способов введения и лекарственных форм;

- определение индивидуальной дозы и режима дозирования препарата;
- коррекция режима дозирования лекарственного средства в процессе фармакотерапии;
- выбор критериев, методов, средств и сроков контроля фармакотерапии;
- обоснование сроков и длительности фармакотерапии;
- определение показаний и технологии отмены лекарственного средства.

Чтобы фармакотерапия была максимально безопасной, она должна состоять из следующих этапов:

1. Постановка диагноза и определение тяжести состояния больного.
2. Оценка функционального состояния органов и систем, участвующих в фармакокинетике и фармакодинамике лекарственных средств.
3. Выбор вида фармакотерапии для данного пациента.
4. Выбор группы лекарственных средств. Чаще всего его осуществляют по ведущему или основному заболеванию (синдрому), формулируют цели и задачи лечения конкретного больного, исходя из нозологии или выявленных синдромов, остроты течения и тяжести заболевания, знаний общих принципов лечения данной патологии, возможных осложнений, предшествующей лекарственной и нелекарственной терапии. Принимают во внимание прогноз заболевания и особенности проявления болезни у конкретного больного.
5. Персонализированный выбор лекарственного средства в соответствии с индивидуальными особенностями фармакокинетики и фармакодинамики с соблюдением следующих принципов:

- необходимо знать ферменты биотрансформации и транспортёры, принимающие участие в фармакокинетике лекарственного препарата;
- необходимо знать информацию о влиянии лекарственного средства на ферменты биотрансформации и транспортёры (индукция/ингибирование);
- если пациент принимал лекарственные средства, являющиеся индукторами или ингибиторами ферментов биотрансформации и транспортёров, необходимо оценивать их активность;
- если в популяции, к которой относится больной, полиморфизм генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортёры, встречается с частотой более 5%, необходимо фармакогенетическое тестирование.

Правильная оценка связи признаков улучшения в состоянии больного с действием лекарственного средства позволяет своевременно отменить ненужные лекарства при достаточной смежности эффекта или заменить их на более эффективные (Кукес В.Г., 2009).

Дементьева И.И. и соавт. (2012) считают, что лабораторный мониторинг системы гемостаза у хирургических больных должен быть максимально простым, но достаточным для получения адекватной информации. Ими предложен следующий алгоритм исследований свертывающей системы крови у кардиохирургических пациентов, который включает в себя комплекс тестов, дающих наиболее полную картину состояния системы гемостаза:

1. До операции: АЧТВ и/или анти Ха-активность, МНО, число и функциональная

активность тромбоцитов, концентрация фибриногена, активность АТ III.

2. Во время операции – контроль адекватности антикоагуляции (любым лабораторным методом).

3. В конце операции – оценка полноты нейтрализации гепарина любым доступным методом и при необходимости – коррекция дозы вводимого протамина.

4. Через 2 часа после операции: число и функциональная активность тромбоцитов, активность АТ III, исследование системы фибринолиза, АЧТВ, концентрация фибриногена, МНО.

5. При отсутствии в послеоперационном периоде повышенной кровоточивости исследование системы гемостаза обуславливается проводимой терапией: оральные антикоагулянты – МНО, гепаринотерапия – АЧТВ и/или анти-Ха-активность, диагностика гепаринрезистентности – АТ III, ранняя диагностика гепарининдуцированной тромбоцитопении – число тромбоцитов (в динамике), прием антиагрегантов – функциональная активность тромбоцитов.

6. При развитии в послеоперационном периоде геморрагических осложнений для диагностики их причин необходимо выполнение следующих тестов: число и функциональная активность тромбоцитов, активность АТ III, исследование системы фибринолиза, АЧТВ, концентрация фибриногена, МНО, активность фактора XIII, активность фактора Виллебранда.

МНО (Международное нормализованное отношение, INR) - показатель системы свертывания крови. Основные показания к применению: мониторинг при антикоагулянтной терапии у лиц с риском образования тромбов - лечение антикоагулянтами непрямого действия – варфарином, аценокумаролом (синкумар) и другими аналогами. Пациентам, принимающим непрямые антикоагулянты, рекомендуется проводить определение МНО каждые 2-3 недели.

МНО – показатель, рассчитывающийся при определении протромбинового времени (ПВ). МНО введено для единообразия в оценке влияния антикоагулянтов на протромбиновое время и назначении доз антикоагулянтов. Определение МНО гарантирует возможность сравнения результатов при определении ПВ, обеспечивая точный контроль терапии непрямыми антикоагулянтами. Доза антикоагулянта подбирается так, что бы поддерживать МНО на необходимом уровне, в зависимости от заболевания. В норме: МНО = 0,8 - 1,15

Рекомендуемые значения поддержания мно при различных состояниях:

Профилактика тромбозов глубоких вен постоперационная: МНО = 2,0 - 3,0.

Профилактика при заболевании клапанов: МНО = 2,0 - 3,0.

Инфаркт миокарда (профилактика венозной тромбоэмболии): МНО = 2,0 - 3,0; по другим данным при инфаркте миокарда МНО = 3 - 4,5.

Лечение эмболии сосудов легких: МНО = 2,0 - 3,0.

При лечении венозного тромбоза: МНО = 2,0-3,0.

Лечение артериальной тромбоэмболии, рецидивирующей системной эмболии: МНО= 3,0 -4,0.

Профилактика после вставления механических клапанных протезов: МНО = 3,0 - 4,5.

Профилактика пристеночных тромбозов при мерцательной аритмии: МНО=1,5-2. Факторы, искажающие результат:

1. Недостаточное наполнение пробирки кровью, недостаточное перемешивание крови с антикоагулянтом, а также несвоевременная отправка пробы в лабораторию.

2. Следует избегать определения МНО в капиллярной крови, т.к. при этом возможно попадание тканевого тромбопластина в пробу, что приводит к искажению результата.

3. Гемолиз вследствие травматичной пункции вены или небрежного обращения с пробой

4. Увеличение показателя: болезни печени, дефицит витамина К, ДВС синдром, наследственный дефицит факторов II (протромбин), V, VII, X, афибриногенемия, гипофибриногенемия (уровень фибриногена менее 50 мг/100 мл), дисфибриногенемия, лечение кумарином, циркулирующие антикоагулянты.

Алгоритм контроля антикоагулянтной терапии проводится в соответствии с требованиями раздела 5 приказа МЗ РФ от 21.02.2000 г. № 64 «Об утверждении номенклатуры клинических лабораторных исследований». Экспертиза качества медицинской помощи больным включает контроль наличия следующих результатов исследований в медицинской карте стационарного больного:

1. При проведении терапии непрямymi антикоагулянтами: - протромбиновое (тромбопластиновое) время в крови или плазме, выраженное с учетом международного индекса чувствительности тромбопластина (МИЧ); - АЧТВ, АПТВ в плазме; - скрининг нарушений в системе протеинов С+S (глобальный тест, парус-тест).

2. При проведении терапии нефракционированными гепаринами: - время свертывания цельной крови; - АЧТВ в плазме с реактивом, аттестованным по чувствительности к гепарину; - АЧТВ в плазме до и после сорбции из нее гепарина сорбентом (Гепасорб-2); - тромбиновое время плазмы; - тромбиновое время плазмы до и после сорбции из нее гепарина сорбентом (гепасорб-1); - антитромбин III; - прогрессивная активность антитромбина III в плазме после сорбции из нее гепарина сорбентом (Гепасорб-1); - гепарин-кофакторная активность (коагуляционный и амидолитический варианты); - тромбин-гепариновое время в бедной тромбоцитами плазме; - динамика содержания растворимых фибрин-мономерных комплексов в плазме в процессе лечения; - количество тромбоцитов в крови через 5-6 и 14 дней от начала терапии.

3. При проведении терапии препаратами низкомолекулярного гепарина: - ингибитор активности фактора Ха в плазме; - динамика содержания растворимых фибрин-мономерных комплексов в плазме в процессе лечения; - количество тромбоцитов в крови через 5-6 и 14 дней от начала терапии.

4. При проведении терапии гирудином и его препаратами: - АЧТВ (АПТВ); - тромбиновое время; - D-димер.

5. При проведении терапии фибринолитиками: - плазминоген; - фибриноген; - фрагменты D и D-димер; - тканевый активатор плазминогена (t PA); - альфа-2-антиплазмин; - ингибитор активатора плазминогена I (PAI I).

6. При проведении терапии антиагрегантами тромбоцитов: - агрегация тромбоцитов с применением агонистов АДФ и адреналина; - количество агрегатов тромбоцитов в крови; - спонтанная агрегация тромбоцитов.

7. Комплекс методов диагностики и контроля за лечением ДВС-синдрома включает наличие результатов исследований: 1) АЧТВ, АПТВ; 2) протромбиновое (тромбопластиновое) время; 3) тромбиновое время; 4) фибриноген в плазме; 5) антитромбин III (5.3.1.1); 6) протеин С; 7) маркеры внутрисосудистой активации свертывания крови и фибринолиза: - фибрин-мономер в плазме: - ПДФ; - РФМК в плазме по паракоагуляционным тестам; - D-димер в плазме и сыворотке крови; - РФМК и ранние ПДФ в сыворотке; - фактор 4 тромбоцитов в плазме; - бета-тромбоглобулин в плазме; - антиген фрагментов протромбина 1+2 (F1+2); - антиген комплекса тромбин-анти тромбин III (ТАТ); - производные фибриногена в плазме и сыворотке крови; - антиген фибринопептида А в плазме; - фибрин-мономер в плазме; 8) наличие клеточных маркеров: - фрагментация эритроцитов (в мазке или в градиенте плотности фиколл/верографин); - количество тромбоцитов в крови; - спонтанная агрегация тромбоцитов.

Приказом МЗ РФ от 20.12. 1012 г. № 1181н утвержден Порядок назначения и выписывания медицинских изделий, предписывающий следующие правила:

«1. Настоящий порядок регулирует вопросы назначения и выписывания медицинских изделий (за исключением технических средств реабилитации <1>) при оказании медицинской помощи, за исключением скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, в медицинских организациях. В целях настоящего Порядка под медицинской организацией понимается медицинская организация, понятие которой дано в статье 2 Закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Назначение и выписывание медицинских изделий осуществляется: лечащим врачом медицинской организации;

3. Сведения о назначенном и выписанном медицинском изделии (наименование медицинского изделия, количество единиц медицинского изделия, ориентировочная длительность курса, обоснование назначения медицинского изделия) указываются в медицинской карте пациента.

4. Запрещается выписывать рецепты медицинским работникам:

-при отсутствии медицинских показаний;

-на медицинские изделия, не зарегистрированные на территории Российской Федерации.

5. Не допускается сокращение наименования медицинского изделия, не позволяющее установить, какое конкретно медицинское изделие выписано.

12. Рецепт на медицинское изделие выписывается на имя пациента, для которого предназначено медицинское изделие.

Рецепт на медицинское изделие может быть получен пациентом или его законным представителем. Факт выдачи рецепта на медицинское изделие законному представителю фиксируется записью в медицинской карте пациента.

Распоряжением Правительства РФ от 29 декабря 2014 г. № 2762-р утвержден

Перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

#### **Д. Анализ информирования о порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям.**

Отсутствие в документации записи об информировании пациента о применении лекарственной терапии по жизненным показаниям в соответствии с п. 4 Положения о порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям, утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.08.2005 г. № 494: «4. Перед началом применения лечащий врач должен проинформировать пациента (в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, родителей или законных представителей) о лекарственном средстве, об ожидаемой эффективности предлагаемой терапии, о безопасности лекарственного средства, степени риска для пациента, а также о действиях в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства на состояние его здоровья».

#### **Глава V. Дефекты медицинской помощи в акушерстве и гинекологии.**

Приказом Министерства здравоохранения СССР от 24 октября 1989 г. № 584 утверждены Инструктивно-методические указания «Методика анализа материнской смертности», которая предусматривает подразделение случаев материнской смертности на две группы:

1. Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами, т.е. смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин.
2. Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, т.е. смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, возникшей в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.

В соответствии с приказом МЗ СССР от 24 октября 1989 г. № 584 и Методическими рекомендациями МЗ и СР РФ № 384-ПД/613 (2006) «Технология анализа причин материнской смертности» при анализе первичной медицинской документации умерших беременных, рожениц и родильниц следует обратить особое внимание на:

- качество оказания медицинской помощи в стационаре:

- тип учреждения, в которое была госпитализирована женщина для родоразрешения, оказание ей квалифицированной помощи в полном объеме при наличии патологии;
- своевременность вызова дежурной акушеркой врача акушера - гинеколога;
- квалификация врача акушера-гинеколога и акушерки, проводивших роды;



- своевременность и полноту объема оказанной экстренной хирургической помощи;
- необходимость консультативного осмотра и своевременность его осуществления;
- наличие индивидуального конкретного плана ведения родов;
- обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи беременной, роженице и родильнице на всех этапах.

При анализе первичной медицинской документации умерших беременных, рожениц и родильниц следует обратить особое внимание на:

#### 1. Качество наблюдения в женской консультации:

- срок беременности, при котором женщина взята на учет;
- регулярность наблюдения;
- своевременность и объем обследования;
- своевременность и достаточность лечения при выявлении патологии;
- наличие и выполнение индивидуального плана наблюдения за беременной с учетом факторов риска перинатальной патологии;
- своевременность консультативного осмотра и госпитализации.

#### 2. Качество оказания медицинской помощи в стационаре:

- тип учреждения, в которое была госпитализирована женщина для родоразрешения, оказание ей квалифицированной помощи в полном объеме при наличии патологии;
- своевременность вызова дежурной акушеркой врача акушера - гинеколога;
- квалификация врача акушера - гинеколога и акушерки, проводивших роды;
- своевременность и полнота объема оказанной экстренной хирургической помощи;
- необходимость консультативного осмотра и своевременность его осуществления;
- наличие индивидуального конкретного плана ведения родов.

#### 3. Обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи беременной, роженице и родильнице на всех этапах.

При анализе первичной медицинской документации беременных, рожениц и родильниц, умерших от кровотечения при беременности и родах, обратить особое внимание на:

- наличие факторов, предрасполагающих к кровотечению;
- применение экспресс - методов диагностики нарушений свертывающей и антисвертывающей систем крови (метод Ли-Уайта, Рутберга);
- проведение профилактики кровотечения в родах;
- методы остановки кровотечения и их своевременность;
- своевременность гемотрансфузии с учетом групповой и резус - совместимости;
- восполнение кровопотери (кровь, ее компоненты и кровезаменители, сроки заготовки и хранения);
- своевременность оказания помощи (наличие бригад в составе акушера - гинеколога, хирурга, анестезиолога - реаниматолога, операционной сестры, акушерки и др.);
- своевременность и полнота объема произведенного оперативного лечения.



При проведении анализа смерти беременных, рожениц и родильниц от экстрагенитальных заболеваний необходимо выяснить:

- своевременность диагностики экстрагенитального заболевания в амбулаторно - поликлинических условиях, обеспечение диспансерного наблюдения терапевтом или врачом другой специальности, проведение консультативных осмотров;
- наличие сочетанного токсикоза беременности и своевременность его диагностики;
- своевременность решения вопроса прерывания беременности при наличии медицинских показаний;
- своевременность и качество соответствующей корригирующей терапии, профиль лечебно - профилактического учреждения;
- наличие показаний и своевременность досрочного родоразрешения;
- тактика ведения родов с учетом экстрагенитальной патологии;
- участие терапевта или другого специалиста в ведении родов и послеродового периода.

При анализе первичной медицинской документации женщин, умерших от септических заболеваний, обратить особое внимание на:

- наличие предрасполагающих факторов (очаг инфекции, длительный безводный промежуток, затяжные роды, многократные влагалищные исследования, кровотечение при беременности и родах, ручное вхождение в матку, оперативные роды, в т.ч. операция кесарева сечения без учета противопоказаний, токсикозы беременности, анемия, экстрагенитальные заболевания, эндокринопатия, факт вмешательства с целью прерывания беременности);
- наличие условий и противопоказаний для прерывания беременности и оперативного родоразрешения;
- своевременность госпитализации в стационар при возникновении послеродовых или послеабортных осложнений;
- правильность оценки состояния женщины при поступлении и своевременность диагностики септического заболевания;
- проведение посевов и исследований на чувствительность к антибиотикам;
- своевременность назначения, оптимальность дозировки и сочетания антибактериальных препаратов;
- своевременность и достаточность проведения других методов консервативной терапии;
- своевременность и полноту объема оперативного вмешательства (при перитонитах, в т.ч. после операции кесарева сечения, септическом шоке, гнойном мастите и др.), адекватность обезболивания.

При смерти беременных, рожениц и родильниц от токсикозов беременности следует обратить особое внимание на:

- наличие экстрагенитальной патологии;
- своевременность диагностики токсикоза беременности в женской консультации;
- своевременность госпитализации в стационар;
- полноту обследования, качество и своевременность оказания медицинской

помощи на всех этапах;

- длительность стационарного лечения;
- обоснованность выписки беременной (срок при выписке) и родильницы из стационара;
- проведение досрочного прерывания беременности по показаниям;
- метод обезболивания и его адекватность при проведении манипуляций;
- проведение ранней амниотомии, выключение потуг (акушерские щипцы, экстракция плода за тазовый конец);
- проведение профилактики кровотечения в родах;
- оказание анестезиологической помощи в родах, применение управляемой гипотонии ганглиоблокаторами;
- анализ случая эклампсии, имевшего место в стационаре;
- объем медицинской помощи при возникновении приступа эклампсии вне лечебно - профилактического учреждения, транспортировка в стационар.

При смерти беременных, рожениц и родильниц от разрыва матки обратить внимание на следующее:

- разрыв матки произошел: в лечебном учреждении или вне (дома, при транспортировке), во время беременности или в родах, самопроизвольный или насильственный, полный или неполный;
- факторы, способствующие разрыву матки: наличие рубца на матке (после перфорации при аборте, консервативной миомэктомии, кесарева сечения, особенно корпорального, предшествующих разрывов матки), наличие механических препятствий (анатомически или клинически узкий таз, неправильное положение и предлежание плода, уродства плода, крупный и гигантский плод, опухоли в малом тазу), наличие в анамнезе аборт, в т.ч. внебольничных, воспалительные заболевания женских половых органов, инфантилизм и пороки развития матки, частые повторные роды, многоплодие, многоводие, аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация и др.), травма (удар в живот, падение на живот и др.), неправильное применение сокращающих матку средств, производство акушерской операции при отсутствии условий и показаний;
- своевременность госпитализации беременной в стационар при наличии предрасполагающих факторов;
- правильность тактики ведения родов с учетом имеющейся патологии;
- своевременность диагностики разрыва матки (угрожающего, начавшегося, совершившегося);
- транспортировка в стационар;
- своевременность и объем оперативного лечения;
- своевременность и адекватность восполнения кровопотери;
- проведение противошоковых мероприятий;
- правильность ведения послеоперационного периода.

В случае смерти женщин от внематочной беременности следует обратить внимание на:

- время от момента обращения за медицинской помощью до госпитализации,

транспортировку;

- тип лечебно - профилактического учреждения, возможность оказания ургентной помощи в нем;
- своевременность обследования, установления диагноза и оперативного лечения;
- объем оперативного лечения, послеоперационное ведение;
- объем и своевременность восполнения кровопотери;
- ригидный и консервативного лечения.

При анализе первичной медицинской документации женщин, умерших от искусственного медицинского аборта, необходимо обратить особое внимание на:

- полноту и своевременность обследования женщины, в т.ч. выявление экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности;
- срок беременности, при котором произведено прерывание;
- обоснованность прерывания беременности во II триместре (наличие медицинских и немедицинских показаний);
- метод прерывания беременности;
- адекватность обезболивания;
- профилактику и своевременность выявления осложнений прерывания беременности, в т.ч. перфорации матки, перитонита, сепсиса и др.;
- полноту и своевременность консервативного, в т.ч. антибактериального лечения;
- полноту и своевременность оперативного лечения.

Анализируя первичную медицинскую документацию женщин, умерших от аборт, начатых и начавшихся вне лечебного учреждения и неустановленного характера, необходимо обратить особое внимание на следующее:

- обращение по поводу данной беременности в женскую консультацию;
- наличие факта вмешательства с целью прерывания беременности, характер вмешательства;
- длительность времени с момента вмешательства до обращения за медицинской помощью и до госпитализации;
- проведение амбулаторного лечения по поводу осложнения аборта врачами других специальностей (терапевтом, инфекционистом и др.);
- тип лечебно - профилактического учреждения (отделения), в которое госпитализирована больная (инфекционное, терапевтическое и т.д.);
- правильность оценки состояния женщины при поступлении, полноту и своевременность обследования;
- своевременность осмотра больной врачом акушером - гинекологом и врачами других специальностей (по показаниям);
- своевременность установления диагноза осложнений, полноту лечения;
- своевременность и объем оперативного лечения.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июня 2006 г. № 500 утверждена экспертная оценка качества медицинской помощи при материнской смерти и перечень дефектов оказания медицинской помощи:

- 0) нарушение транспортировки до помещения в стационар;
- 1) дефектов не выявлено;

2) дефекты госпитализации:

2.1 - госпитализирована не в профильный стационар (отделение);

2.2 - нарушение перемещения внутри стационара;

2.3 - не госпитализирована в стационар высокой степени риска;

2.4 - задержка с переводом в другой стационар (отделение);

3) досрочная выписка из стационара при предыдущих госпитализациях, в т.ч.:

3.1 - во время беременности;

3.2 - после родов (аборта, внематочной беременности);

4) недостатки диагностики:

4.1 - неполная;

4.2 - несвоевременная;

4.3 - недооценка тяжести состояния;

4.4 - отсутствие динамического наблюдения;

4.5 - недооценка величины кровопотери;

4.6 - ошибка в диагнозе;

5) не установлен диагноз:

5.1 - осложнения беременности;

5.2 - осложнения родов;

5.3 - осложнения послеродового периода;

5.4 - осложнения аборта;

5.5 - осложнения внематочной беременности;

5.6 - экстрагенитального заболевания;

6) недостатки обследования:

6.1 - недоучет анамнестических и клинических данных;

6.2 - недоучет или переоценка данных лабораторно-инструментального обследования;

6.3 - недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов;

6.4 - недоучет или переоценка заключений консультантов.

Определены факторы, которые могли бы предотвратить летальный исход:

1) своевременная госпитализация пациентки;

2) социальное благополучие;

3) более ранняя диагностика патологического состояния;

4) медико-генетическое консультирование;

5) обследование смежными специалистами;

6) дополнительные методы исследования (УЗИ, рентгенодиагностика и др.);

7) правильная трактовка данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов;

8) своевременное адекватное лечение, в т.ч. оперативное;

9) своевременное и рациональное прерывание беременности;

10) квалифицированная анестезиолого-реанимационная помощь;

11) квалификация специалистов;

12) другие факторы (перечислить).

Данным нормативным документом определяются:

1. Основная причина материнской смерти:

- 1 – кровотечение;
- 2 - токсикоз беременности;
- 3 - сепсис (кроме экстрагенитального);
- 4 - разрыв матки;
- 5 - акушерская эмболия: 5.1 - воздушная; 5.2 - ЭОВ; 5.3 - ТЭЛА;
- 6 - анестезиолого-реанимационные осложнения: 6.1 - дефекты анестезии (наркоза); 6.2 - дефекты реанимации; 6.3 - дефекты инфузионно-трансфузионной терапии;
- 7 - экстрагенитальные заболевания;
- 8- прочие причины акушерской смерти.

2. Непосредственная причина смерти:

- 1- кровоизлияние в мозг;
- 2 - отек мозга;
- 3 - отек легких;
- 4 - острая почечно-печеночная недостаточность;
- 5 - острая сердечнососудистая недостаточность;
- 6 - геморрагический шок;
- 7 - септический шок;
- 8 - другие виды шока;
- 9 - полиорганная недостаточность;
- 10 - реанимационная болезнь;
- 11 – прочие.

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации установлены «Критерии качества медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период». При оказании амбулаторно-поликлинической помощи женщинам в период беременности качество медицинской помощи оценивается отсутствием следующих критериев:

- антенатальная гибель плода;
- врожденные аномалии развития, не выявленные во время беременности;
- разрыв матки до госпитализации;
- несвоевременная госпитализация при гестозе средней степени тяжести;
- несвоевременная госпитализация при переносенной беременности.

При оказании стационарной помощи женщинам в период родов и послеродовой период качество медицинской помощи оценивается отсутствием следующих критериев:

- эклампсия в родах и послеродовом периоде;
- случаи родового травматизма новорожденного;
- разрывы промежности III-IV степени, разрывы шейки матки III степени, расхождение лонного сочленения;
- разрывы матки;
- гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде;

- поздняя неонатальная смерть новорожденного (7-27 день);
- осложнения послеродового периода, обусловленные задержкой частей плаценты;
- экстирпация матки при осложненных родах.

С целью совершенствования и стандартизации экспертной работы по профилю акушерство-гинекология предлагается конкретная классификация дефектов качества медицинской помощи.

Нами разработана Классификация дефектов оказания медицинской помощи при оказании интенсивной терапии в акушерско-гинекологической практике, которая не является исчерпывающей и может дополняться и изменяться.

Классификация дефектов оказания медицинской помощи при оказании интенсивной терапии в акушерско-гинекологической практике:

I. Дефекты врачебных вмешательств в гинекологии.

II. Дефекты врачебных вмешательств при беременности.

III. Дефекты врачебных вмешательств во время родов и родоразрешения.

IV. Дефекты врачебных вмешательств в послеродовом периоде.

V. Дефекты врачебных вмешательств в урогинекологической практике.

VI. Общие дефекты оперативного лечения в акушерско-гинекологической и урогинекологической практике.

VII. Дефекты выполнения анестезии и проведения интенсивной терапии в акушерско-гинекологической практике.

I. Дефекты врачебных вмешательств в гинекологии.

1. Перфорация стенки матки при ее зондировании, расширении цервикального канала, выскабливании, пертубации с возможным маточным кровотечением и инфицированием брюшной полости.

2. Образование ложного хода в шейке матки при зондировании полости матки.

3. Ранения органов малого таза и кишок, кровоизлияния в клетчатку малого таза при кульдоскопии (пунктирование прямой кишки с повреждением ее стенки, кровотечением и инфицированием).

4. Газовая эмболия через поврежденные стенки сосудов при контроле за диагностическим выскабливанием, удалением полипа или миоматозного узла в процессе газовой гистероскопии, при пертубации.

5. Перфорация маточной трубы при пертубации.

6. Инфицирование при установлении внутриматочных контрацептивов.

7. Дефекты антибактериальной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза:

1) необоснованная моноантибиотикотерапия (макролиды, фторхинолоны или тетрациклины) при обнаружении специфического возбудителя (хламидии, гонококк) со смешанным характером инфекции;

2) гипердиагностика хламидиозов вследствие широкого применения неадекватных тестов и их свободной интерпретации с необоснованным назначением макролидов;

3) необоснованное назначение специфической антибактериальной терапии урогенитальных микоплазм и уреоплазм при отсутствии клинической симптоматики (обычные комменсалы не требуют специфического лечения,

направленного на эрадикацию только данных возбудителей);

4) недостаточные дозы и курсы антибактериальных препаратов;

5) необоснованный отказ от антибактериальной терапии при назначении только иммунокоррекции, энзимотерапия и других методов с недоказанной и сомнительной эффективностью.

II. Дефекты врачебных вмешательств при беременности.

1. Дефекты при прерывании беременности, связанные с нарушением правил проведения аборта:

1) несоблюдение разрешенных сроков более или менее безопасных для прерывания беременности методом выскабливания;

2) нарушение условий и техники проведения аборта (необходимы надежная фиксация женщины на операционном столе, зондирование полости матки не только для установления ее длины, по и положения матки в малом тазу, правильная и полноценная фиксация матки во время расширения цервикального канала и кюретажа);

3) проведение операции без обезболивания;

4) нарушение правил асептики и антисептики и инфицирование с развитием острого эндометрита, метроэндометрита, параметрита, гнойного тромбоза, сепсиса;

5) неполное удаление элементов плодного яйца и развитие обильных кровотечений, требующих повторного выскабливания; плацентарный или децидуальный полип;

6) перфорация матки зондом, расширителем Гегара, кюреткой, абортцангом при недооценке состояния размягченной, растянутой беременной матки, при недооценке анамнестических данных (многократные аборты, эндометриты после родов и абортов, пузырный занос, консервативная миомэктомия в анамнезе), при отсутствии четкого представления у врача о расположении матки в малом тазу;

7) разрывы, прободение или надрывы мочевого пузыря, кишок и их брыжейки, мочеточников, сальника, широкой связки матки, шейки матки, периуретральной ткани; отрыв тела матки от шейки с последующим удалением матки.

2. Дефекты врачебных манипуляций у беременных и рожениц:

1) скальп-абсцессы, кровотечения, некрозы, сепсис у плода при прямой электрокардиографии; перекося винтовых электродов с их частичным смещением (отрывом), что может вызвать повреждение мягких тканей родовых путей матери;

2) повреждения режущим инструментом плаценты, пуповины и плода с развитием кровотечения при амниоцентезе;

3) разрывы околоплодных оболочек, кровотечения, прорезывания швов, пролежни, ишемия и отек шейки, гнойно-воспалительные процессы при наложении швов на шейку матки при истмико-цервикальной недостаточности.

3. Неотнесение или неправильное отнесение беременной и роженицы к группе риска.

III. Дефекты врачебных вмешательств во время родов и родоразрешения.

1. Ранения плода, плаценты, пуповины и развитие кровотечения при амниотомии.

2. Деформация головки плода, сдавление пупочных сосудов во время сокращения

матки, амнионит, ущемление выпавшей пуповины в результате ранней амниотомии при неосложненных родах.

3. Ненадлежащее ведение родов, в том числе с развитием вторичной слабости родовой деятельности:

- нерациональное, неумелое и беспорядочное применение утеротонических средств;
- несвоевременное вскрытие плодного пузыря;
- ущемление губы шейки матки;
- несвоевременное распознавание узкого таза;
- несвоевременное распознавание неправильного вставления головки или положения плода;
- неумелое обезболивание родов.

4. Ненадлежащее ведение родов с развитием тетании или фибрилляции матки и внутриутробной гипоксии плода - повторные попытки акушерского поворота и наложения акушерских щипцов, извлечения плода за тазовый конец, другие вмешательства без обезболивания, проводимые безуспешно из-за отсутствия акушерских условий или знания техники операции.

5. Повреждения мочеиспускательного канала, мочевого пузыря, мочеточников и почек, в том числе при оперативном акушерском вмешательстве.

6. Родовая травма у плода и новорожденного вследствие ненадлежащего акушерского пособия: субдуральное кровоизлияние, кровоизлияния в мозг и желудочках мозга, субарахноидальное кровоизлияние и разрыв мозжечкового намета, отек мозга, поражения лицевого нерва (его паралич) и других черепных нервов, повреждения позвоночника и спинного мозга, переломы костей черепа и других костей, повреждения внутренних органов.

- родовые повреждения, связанные с дистоцией плечиков вследствие:

- недучета факторов, предрасполагающих к дистоции плечиков (ожирение, сахарный диабет, переносная беременность, вторичная родовая слабость, использование окситоцина (простагландинов) с целью возбуждения и стимуляции родовой деятельности, наложение полостных щипцов и вакуум-экстрактора в родах, неправильное оказание ручного пособия в родах;
- неправильно принятого решения о ведении родов через естественные родовые пути при: 1) отсутствии опытного специалиста, владеющего приемами оказания пособия при дистоции плечиков; 2) отсутствии опытного анестезиолога; 3) отсутствии опытного неонатолога, владеющего методами реанимации.

7. Неполноценное наложение швов на матку после оперативного родоразрешения.

8. Ранения стенки кишки и инфицирование брюшной полости в результате оперативного родоразрешения.

9. Передозировка фармакологических средств для общей анестезии во время оперативного родоразрешения.

10. Несвоевременное родоразрешение при преждевременном излитии околоплодных вод с развитием хориоамнионита, метрозэндометрита и внутриутробным инфицированием плода.



11. Применение противопоказанных при беременности лекарственных средств.
12. Применение акушерских щипцов без достаточных показаний и возникновение повреждений мягких тканей, костей черепа, головного мозга плода и новорожденного.
13. Повреждение родовых путей, тазовых органов, мочеточников, перфорация стенки влагалища при применении акушерских щипцов без достаточных показаний.
14. Родовая травма новорожденного вследствие нарушения правил вакуум-экстракции плода: быстрое образование вакуума, непрерывные тракции, отклонение их от проводной оси таза, отрыв чашечки аппарата.
15. Травма мягких тканей родовых путей и повреждение мочеиспускательного канала при нарушении правил вакуум-экстракции плода.
16. Родовой травматизм:
  - разрывы матки вследствие упущений при наблюдении за беременной женщиной в консультации и в акушерском стационаре во время родов: из-за недооценки анамнеза или данных клинического обследования, при недостаточно глубоком или неполном анализе симптомов, предшествующих разрыву; недоучета группы риска при патологически измененной матке вследствие ранее имевшихся на матке операций, дистрофических процессов в ее стенке после аборт, воспаления или аномалий миометрия врожденного характера; недостаточного знания акушерства с недооценкой сложности клинического течения родов; использование приема Кристеллера (давление на дно матки), родоразрешающих операций (плодоразрушающих, акушерских щипцов, вакуум-экстракции) при отсутствии условий и нарушении техники операции; при попытке поворота плода при запущенном поперечном положении; при экстракции (форсированном извлечении) плода за тазовый конец в случае неполного открытия маточного зева; при освобождении запрокинутых ручек плода, при извлечении последующей разогнутой головки плода; при длительной стимуляции (более 5 часов) окситоцином с превышением разовой дозы (10 ЕД), а иногда и суточной (20 ЕД), особенно у рожениц старше 30 лет, у многорожавших, при многоплодной беременности, крупном плоде, узком тазе;
  - разрывы промежности, вульвы и влагалища как результат неправильного ведения нормальных физиологических родов при непредупреждении преждевременного разгибания и быстрого прорезывания головки; недостаточной защите промежности; недооценке крупного размера плода, неправильного вставления головки плода или быстрого ее прорезывания, высокой промежности, рубцовых изменений и функциональной неполноценности промежности, при узком тазе;
  - несвоевременное выполнение эпизиотомии или перинеотомии;
  - гематомы наружных половых органов и влагалища в результате повреждения сосудов в родах без нарушения целостности слизистой оболочки и кожного покрова чаще связаны с оперативным родоразрешением и встречаются при грубом, нерациональном ведении родов или оперативного вмешательства: при наложении акушерских щипцов, извлечении плода за тазовый конец, при выжимании послода

и при грубом массаже матки;

- поздняя диагностика разрывов шейки матки с развитием инфицирования и послеродового септического состояния, расхождения швов, образования эндочервицитов, эктропионов и эрозий шейки матки и шеечно-влагалищных свищей;
- отрыв влагалищных сводов от шейки матки вследствие недостаточно внимательного наблюдения за ходом родов, когда происходит значительное растяжение не нижнего сегмента, а сводов влагалища при высоком стоянии и полном растяжении наружного зева шейки матки;
- выворот матки травматического характера в последовом или раннем послеродовом периоде при расслабленной матке в результате грубых манипуляций при выделении последа - чрезмерно энергичного выжимания последа или потягивания за пуповину, а также при захвате рукой дна гипотничной матки и стремлении выдавить послед, направляя усилия руки в сторону шейки матки;
- расхождения и разрывы сочленений таза в результате неправильного ведения (недоучет) родов у женщин с узким тазом, при крупном плоде, патологических вставлениях, а также при оперативном родоразрешении.

17. Неотнесение или неправильное отнесение беременной и роженицы к группе риска.

IV. Дефекты врачебных вмешательств в послеродовом периоде.

1. Генитальный свищ при нерациональном ведении родов.
2. Инфицирование операционной раны после кесарева сечения, инфицирование шва промежности.
3. Дефекты хирургической техники, расхождение швов промежности после ушивания, расхождение швов после эпизиотомии.
4. Гематома в области акушерско-гинекологической раны вследствие недостаточного гемостаза.
5. Вторичные наружное и внутреннее кровотечение при расхождении швов хирургических ран и их нагноении.
6. Послеродовые эндометриты, уретриты, циститы как результат несоблюдения правил асептики и антисептики в послеродовом периоде.
7. Нарушение правил антибактериальной терапии при развитии послеродового эндометрита (отсутствие антибактериальной терапии, назначение препаратов без учета эмпирической микробиологической чувствительности и данных бактериологических посевов, неадекватно низкие дозы и запрещенные сочетания антибиотиков и др.).
8. Плацентарный полип (особенно с развитием вторичного послеродового кровотечения и/или эндометрита) в результате недостаточного исследования последа, не проведения обследования полости матки при наличии дефекта плаценты или неполного ручного удаления элементов последа из полости матки.
9. Эмболия околоплодными водами и воздушная эмболия:
  - при применении не зарегистрированных в России по показаниям «применение в акушерстве и гинекологии» неразрешенных утеротонических препаратов

(например, мизопростол, торговое название – сайтотек);

- в результате недооценки и нарушении правил ведения родов при бурной родовой деятельности, тазовом предлежании плода, перенесенной беременности и крупном плоде (или двойне), при ригидной шейке матки и несвоевременно вскрытии плодного пузыря;
- в результате недооценки волемиического состояния и неадекватной инфузионной поддержки с некомпенсированным низким венозном давлением;
- в результате неправильного формулирования показаний к оперативному вмешательству на матке и ненадлежащего его выполнения;
- в результате недооценки опасности преждевременной отслойки плаценты и при ее предлежании, а также ненадлежащем выполнении профилактики и лечения этих состояний.

10. Синдром ДВС при недооценке условий его возникновения, ненадлежащем выполнении мероприятий его профилактики и лечения.

11. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии при недооценке условий ее возникновения, ненадлежащем выполнении мероприятий его профилактики и лечения, предусмотренных стандартом МЗ и СР РФ.

V. Дефекты врачебных вмешательств в урогинекологической практике.

1. Интраоперационная хирургическая травма мочеполовых органов, обусловленная недостаточным объемом урологических знаний у акушеров, недостаточной их квалификацией, своевременно не распознающих и не устраняющих неправильное предлежание плода, поздно диагностирующих наличие крупного плода, недооценивающих акушерский анамнез, недостаточно контролирующих регулярное опорожнение мочевого пузыря, не катетеризирующих мочеточники при заведомо трудных операциях, допускающих затягивание родов или накладывание щипцов при неполном раскрытии шейки матки:

- ятрогенное травматическое повреждение мочеиспускательного канала в результате применения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода, при удалении паравагинальных кист, расположенных в переднем своде влагалища, фибром влагалища, во время передней кольпотомии по поводу гнойных процессов в паравезикальном или околоматочном пространстве, при пластике по поводу опущения стенок влагалища и выпадения матки, при удалении дивертикулов мочеиспускательного канала;
- ятрогенное травматическое повреждение мочевого пузыря возможно:
- при недооценке особенностей внутритазовых межорганных анатомо-топографических соотношений, имеющих не только при врожденных аномалиях, но и возникающих в результате воспалительных или дистрофических процессов;
- при травмировании вместе с удаляемой маткой и при всех видах лапаротомий;
- ошибочное удаление мочевого пузыря;
- ятрогенное травматическое повреждение мочеточников: захвачен клеммами, проколот, разможен, резецирован, надрезан, перерезан скальпелем, ножницами, акушерскими щипцами, краниокластом, перевязан, поврежден

диатермокоагулятором;

- хирургические тактические дефекты: выведение травмированного мочеточника в культю влагалища, в брюшинную полость, что закономерно приводит к развитию мочевого перитонита (при удалении мочевого пузыря мочеточники следует имплантировать в кожу с формированием уретерокутанеостомы или в кишку на протяжении с формированием мочеточниково-кишечной стомы);

- ошибочное удаление дистопированной почки при акушерско-гинекологических и урологических операциях в качестве кисты или опухоли яичника.

2. Ранения крупных кровеносных сосудов, локализованных в основании бедренного треугольника (бедренных артерии и вены) в результате лапаротомии при поперечном надлобковом разрезе.

3. Гематомы в результате нарушения техники операции, непроведения тщательного гемостаза с прошиванием и лигированием сосудов.

4. Повреждение петель тонкой и толстой кишок, крупных нервных стволов и сосудистых магистралей с профузным кровотечением при выполнении акушерско-гинекологических и урологических операций.

VI. Общие дефекты оперативного лечения в акушерско-гинекологической и урогинекологической практике.

1. Оставление инородных тел в организме пациентки после оперативных вмешательств.

2. Дефекты выполнения оперативных вмешательств с помощью аппаратов электрохирургии.

3. Дефекты выполнения лапароскопических акушерско-гинекологических и урологических операций.

4. Назначение и применение фармакологических препаратов, противопоказанных при беременности и отдельных патологических состояниях роженицы.

5. Назначение и применение фармакологических препаратов в дозах, превышающих разрешенные.

VII. Дефекты выполнения анестезии в акушерско-гинекологической практике.

1. Нарушения режимов дозирования фармакологических препаратов для анестезии (передозировки анестетиков).

2. Невыполнение стандартов предоперационного обследования пациента.

3. Невыполнения стандартов диагностического наблюдения за течением анестезии.

4. Назначение и применение фармакологических препаратов, противопоказанных при беременности и отдельных патологических состояниях роженицы.

5. Назначение и применение фармакологических препаратов в дозах, превышающих разрешенные.

6. Дефекты выполнения эпидуральной и спинальной анестезии.

7. Дефекты катетеризации центральных вен.

8. Неадекватная инфузионная терапия.

9. Аспирационный синдром Мендельсона при недооценке его возникновения и неполноценной профилактики.

10. Нарушения правил интубации и неадекватное проведение ИВЛ.
11. Неправильное, нефизиологичное положение больного па операционном столе.
12. Неисправность или неправильный выбор аппаратуры и инструментов.
13. Дефекты при проведении сердечно-легочной реанимации (СЛР):
  - 1) задержка с началом СЛР, потеря времени на второстепенные диагностические, организационные и лечебные процедуры;
  - 2) отсутствие единого руководителя, участие в реанимационных мероприятиях нескольких специалистов, отдающих разные распоряжения, присутствие посторонних лиц;
  - 3) отсутствие постоянного контроля за эффективностью закрытого массажа сердца и ИВЛ;
  - 4) отсутствие четкого учета проводимых лечебных мероприятий, контроля за выполнением назначений, контроля за временем;
  - 5) переоценка нарушений кислотно-основного состояния, неконтролируемое введение натрия гидрокарбоната после непродолжительной клинической смерти или при недостаточно эффективной ИВЛ;
  - 6) преждевременное прекращение реанимационных мероприятий;
  - 7) ослабление контроля за больным после восстановления кровообращения и дыхания, недостаточное внимание к вторичной профилактике фибрилляции желудочков.
  - 8) дефекты при проведении дефибрилляции:
    - задержка с проведением дефибрилляции;
    - плохо смоченные прокладки под электродами;
    - электроды прижаты к грудной клетке недостаточно плотно;
    - неправильно выбрана энергия разряда;
    - повторение электрического разряда сразу после введения лекарственных препаратов -без предшествовавшего проведения в течение 1 мин. закрытого массажа сердца;
    - использование технически неисправного дефибриллятора;
    - несоблюдение правил техники безопасности.

VIII. Критерии ненадлежащего качества ведения преждевременных родов при сроке беременности 22 недели и более в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 04.12.92 г № 318 и письма МЗ и СР РФ от 15.10.07 г. № 15-4/1993-09:

1. Нарушения правил госпитализации - госпитализация беременных с угрозой прерывания, с начавшимися преждевременными родами с 22 недель беременности до 28 недель должна быть во II акушерское отделение родильного дома (не в гинекологический стационар). Госпитализация беременных при сроках гестации более 28 недель проводится в I акушерское отделение при отсутствии признаков инфекции, во II акушерское отделение при их наличии. Для оказания помощи новорожденным со сроком гестации 22-28 недель во II акушерском отделении необходимо развернуть пост для оказания реанимационной помощи недоношенным новорожденным, родившимся с признаками жизни.

## 2. Нарушения правил лекарственной терапии.

2.1. Отсутствие назначения, нарушения режима дозирования и введения токолитиков – бета-миметиков. Применение партусистена (фенотерола, беротека), бриканила (тербутален) для подавления сократительной деятельности матки заключается в следующем: 0,5 мг партусистена или 0,5 мг бриканила разводят в 250-400 мл изотонического раствора натрия хлорида 0,9% и вводят внутривенно капельно, начиная с 5-8 капель в минуту, постепенно увеличивая дозу до прекращения сократительной активности матки. Средняя скорость введения раствора составляет 15-20 капель в минуту в течение 4-12 часов. В случае положительного эффекта за 15-20 минут до окончания введения препарата следует начать оральное применение партусистена, бриканила в дозе 5 мг 4-6 раз в сутки или по 2,5 мг через 2-3 часа. Через 2-3 дня в случае снятия сократительной деятельности матки дозу токолитиков постепенно снижают в течение 8-10 дней. Вместо таблетированного препарата его можно использовать в суппозиториях в тех же дозах. . Токолитики в таблетированном виде оказывают эффект через 30 минут после приема, который держится в течение 3-4 часов. Лечение токолитиками можно проводить длительное время (до 2-х месяцев) до исчезновения клинических признаков прерывания беременности.

2.1. Отсутствие в медицинской документации протоколирования эффективности бета-миметика через 5- 10 минут после начала его внутривенного введения (через 5-10 минут после начала внутривенного введения бета-миметиков беременные отмечают значительное уменьшение болей, снижение напряжения матки, а через 30-40 минут боли и сократительная активность матки прекращаются).

2.2. Отсутствие контроля за частотой сердечных сокращений, АД, уровня сахара в крови при токолитической терапии бета-миметиками.

2.3. Отсутствие отметки о наличии или отсутствии побочных действий и осложнений токолитической терапии бета-миметиками (сердцебиение, снижение артериального давления (особенно диастолического), потливость, тремор, беспокойство (возбуждение), тошноту, рвоту, озноб, головную боль, метеоризм).

2.4. Отсутствие уменьшения дозы или отмена бета-миметика при возникновении побочных эффектов и осложнений токолитической терапии; назначения фенотина по 0,04 (1 табл.) 3-4 раза в день при осложнении.

2.5. Отсутствие назначения индометацина при угрозе прерывания, связанной с повышенным тонусом матки (200 мг в сутки в таблетках или свечах: в 1-е сутки по 50 мг 4 раза в таблетках (в свечах по 100 мг 2 раза), 2-3 сутки по 50 мг через 8 часов, 4-6 сутки по 50 мг через 12 часов, 7-8 сутки по 50 мг на ночь; общая доза не должна превышать 1000 мг; длительность курса лечения 5-9 дней). Торможение сократительной деятельности матки начинается через 2-3 часа после приема препарата и выражается в снижении тонуса, постепенном снижении амплитудных схваток. Полная нормализация состояния матки наступает через 3-4 дня от начала терапии.

2.6. Назначение индометацина без учета противопоказаний (желудочно-кишечные заболевания, бронхиальная астма) и особенностей (если угроза прерывания в

стадии, когда укорочена или сглажена шейка матки, индометацин менее эффективен, чем бета-миметики; если сократительная деятельность характеризуется высоким тонусом матки, а шейка матки сохранена, то эффективность индометацина не уступает бета-миметикам).

2.7. Назначение 2% раствора сульфата магния в дозе 200 мл в течение 1 часа в/в капельно (5-7 дней) в отсутствие обоснованного отказа от применения более высоко эффективных препаратов - бета-миметиков и индометацина.

3. Отсутствие профилактики респираторного дистресс-синдрома у новорожденных при угрозе преждевременных родов при сроках гестации 28-33 недели:

- дексаметазон по 8-12 мг (по 4 мг 2 раза в день внутримышечно 2-3 дня или в таблетках по 2 мг 4 раза в первый день, по 2 мг 3 раза во второй день, по 2 мг 2 раза в третий день; преднизалон в дозе 60 мг в сутки в течение 2 дней, дексаметазон в дозе 4 мг в 1,0 мл внутримышечно 2 раза в день в течение 2 дней;

- лазолван (амбраксол) (по данным литературы не уступает по эффективности глюкокортикоидным препаратам и практически не имеет противопоказаний) в дозе с 800 до 1000 мг в сутки в течение 5 дней в/в капельно.

3.1. Назначение глюкокортикоидной терапии без учета противопоказаний: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, недостаточность кровообращения III ст., эндокардит, нефрит, активная форма туберкулеза, тяжелые формы диабета, остеопороз, тяжелая форма нефропатии.

3.2. Отсутствие жесткого контроля состояния беременной и всех гемодинамических показателей при сочетанной терапии бета-миметиками и глюкокортикоидами (развитие легочно-сердечной недостаточности с отеком легкого).

4. Невыполнение требований ведения беременной с преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО), преждевременным излитием околоплодных вод и недоношенной беременностью:

4.1. Госпитализация в палату, необработываемую по такому же графику как помещение родильного блока.

4.2. Нарушение правила: производить ежедневную смену белья, а смену стерильных подкладных 3-4 раза в день.

4.3. Не назначен постельный режим.

4.4. Отсутствие отметок о контроле за состоянием здоровья матери и плода:

- измерять окружность живота и высоту дна матки, следить за количеством и качеством подтекающих вод, измерять частоту пульса, температуру тела, частоту сердцебиения плода каждые 4 часа;

- определять содержание лейкоцитов каждые 12 часов, при нарастании лейкоцитоза смотреть лейкоцитарную формулу крови;

- посев из цервикального канала, мазки - каждые пять дней;

- при наличии иммунологической лаборатории могут быть использованы более чувствительные тесты выявления начинающейся инфекции: оценка Т клеточного звена иммунитета, появление С-реактивного белка, спонтанный тест с нитросиним тетразолием (с НСТ) и др.

4.5. Отсутствие обоснования применения или отказа:



- от антибиотиков использование антибиотиков у пациенток с ПРПО показано у беременных групп риска инфекционных осложнений: принимающие длительное время глюкокортикоиды, с истмико-цервикальной недостаточностью, беременные с анемией, пиелонефритом и др. хроническими инфекциями, а также пациентки, которым в связи с акушерской ситуацией производили несколько раз влагалищные исследования даже при отсутствии признаков инфицирования. У всех остальных при появлении малейших признаков инфекции назначать антибиотики, создавать гормональный фон с последующим родовозбуждением;

- токолитической терапии - может быть назначена пациентке с ПРПО в случае угрожающих и начинающихся преждевременных родов для проведения профилактики РДС на 48-72 часа, затем токолитическая терапия отменяется и продолжается наблюдение. В случае начала родовой деятельности она больше не подавляется;

- профилактики дистресс-синдрома глюкокортикоидами - применение глюкокортикоидов для профилактики РДС необходимо использовать до срока беременности 34 недели, что благоприятно сказывается на показателях перинатальной смертности недоношенных новорожденных при антибактериальном контроле риска инфекционных осложнений у матери.

5. Отсутствие ведения партограммы и записи сократительной деятельности матки для выявления состояния сократительной деятельности матки при преждевременных родах (оценка сократительной деятельности матки производится по следующим показателям: частота схваток за 10 минут, длительность схваток, длительность пауз между схватками, интенсивность «чистой» схватки, которая измеряется в килопаскалях или мм. рт. ст., маточная активность в единицах Монтевидео (ЕМ-произведение интенсивности схватки на частоту сокращений матки за 10 мин.) или в Александрийских единицах (величина единицы Монтевидео, умноженная на длительность схватки).

6. Дефекты ведения быстрых преждевременных родов.

6.1 Отсутствие прогнозирования быстрых преждевременных родов (запись токограмм 10-20 мин. для оценки частоты схваток, их интенсивности, а также производить повторное влагалищное исследование через 1 час для оценки скорости раскрытия шейки матки при поступлении пациенток). Сократительная деятельность матки при быстрых преждевременных родах или осложненных чрезмерно сильной родовой деятельностью характеризуется целым рядом особенностей: увеличение скорости раскрытия шейки матки, превышающие 0,8-1 см/час; в латентную фазу и 2,5-3 см/час; в активную фазу родов, частота схваток 5 и более за 10 мин., интенсивность схваток более 5 кПа, маточная активность в Александрийских единицах - 2100 АЕ в латентную фазу и 2430 АЕ в активную фазу родов.

6.2. Отсутствие коррекции нарушений сократительной деятельности при быстрых преждевременных родах внутривенным капельным введением партусистена (0,5 мг в 250-300 мл 0,9% физиологического раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы; для предварительной оценки реакции матки на введение препарата в



течение первых 10 минут партусистен вводить в дозе 0,8 мкг/мин. (10 капель в 1 минуту).

6.3. Отсутствие коррекции чрезмерно активной родовой деятельности при быстрых родах увеличением дозы партусистена до 1,2-3,0 мкг/мин., т.е. до 40 капель в минуту (снижение сократительной деятельности матки наступает в среднем через 10 мин) с последующим снижением скорости введения до появления на мониторе регулярных схваток с частотой 3-4 схватки за 10 минут - 2-3 часа под постоянным контролем гистерографии.

6.4. Несоблюдение правила прекращения токолиза - прекратить при открытии шейки матки 8-9 см, т.е. за 30-40 минут до предполагаемых родов или отсутствие регистрации динамики раскрытия шейки матки.

6.5. Невыполнение профилактики кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах (метилэргометрин 1,0 или окситацин 5 ЕД).

6.6. Отсутствие оценки состояния плода оценивается на основании динамического изучения кардиограммы: при введении токолитиков со скоростью 40 кап. в 1 минуту (1,2-3 мкг/мин.) у плода определяется повышение базального ритма ЧСС - до 160-170 уд. в 1 минуту с единичными акцелерациями.

7. Отсутствие заключения о диагностике возникновения слабости родовой деятельности по уменьшению частоты, длительности, интенсивности схваток и замедлении скорости раскрытия шейки матки.

7.1. Отсутствие необходимых мероприятий при слабости родовой деятельности: наиболее эффективным методом родостимуляции является сочетанное применение окситацина 2,5 ЕД и простагландина F<sub>2a</sub> в дозе 2,5 мг в 500,0 мл раствора натрия хлорида изотонического 0,9%.

7.2. Нарушения в режиме дозирования или отсутствие информации в медицинской документации о скорости введения препаратов:

- введение должно проводиться, начиная с 5-8 капель в минуту;

- в дальнейшем дозу увеличивают каждые 10-20 минут на 4-5 капель до появления регулярных схваток с частотой 3-4 за 10 минут;

- введение утеротонических средств продолжается до нормализации сократительной деятельности матки под контролем монитора 1-2 часа, затем система подключается к флакону раствора хлорида натрия без утеротонических средств;

- если вновь сократительная деятельность матки ослабевает, то вновь продолжается их введение в дозе, чтобы параметры были в пределах характерных для неосложненных преждевременных родов;

- при возникновении слабости родовой деятельности во II периоде родов можно использовать эндоназальное введение окситоцина из ампулы окситоцина, содержащей 5 ЕД окситоцина, в дозе 1-2 капли в каждую половинку носа через 20 минут.

8. Нарушение требований: применение метода Крестеллера, вакуум-экстрактора при недоношенном плоде противопоказано; использование акушерских щипцов возможно при сроках гестации 34-37 недель.

9. Невыполнение показаний к операции кесарево сечение (письмо МЗ СР РФ от 13.03.2008 г. № 1813-ВС:

«Показания к кесареву сечению во время родов:

Во время родов показания к кесареву сечению те же, что и во время беременности. Кроме того, может появиться необходимость производства кесарева сечения при следующих осложнениях родов:

- преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения».

10. Отсутствие в медицинской документации записей о риске, о прогнозе, о показаниях и тактике родоразрешения путем операции кесарево сечение при недоношенной беременности (в настоящее время кесарево сечение до 34 недель гестации проводится по жизненным показаниям со стороны матери; в интересах плода в эти сроки гестации может быть поставлен вопрос об операции при осложненном течении родов в тазовом предлежании, при поперечном, косом положении плода у женщин с отягощенным акушерским анамнезом (бесплодие, невынашивание) при наличии реанимационно-интенсивной неонатальной службы.

IX. Критерии ненадлежащего качества ведения родов естественным путем в соответствие с Методическим письмом МЗ и СР РФ от 13.07.2011 г. № 15-4/10/2-6796 «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий»: отказ от ведения партограммы в процессе родов per vias Naturalis, которое является обязательным.

X. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 г. № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» и Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2010 г. № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» время пребывания родильницы в учреждениях здравоохранения после физиологических родов не должно превышать 4, в отдельных случаях - 5 суток.

Критерии ненадлежащего качества:

1. Отсутствие обоснования срока госпитализации, превышающего 5 суток!

2. Отсутствие партограммы.

XI. Нарушение требований Информационного письма МЗ РФ (Управление охраны здоровья матери и ребенка) от 17.06.99 г. № 2510/ 6690-99-32 «О стандарте нормальных родов». Стандарт акушерской помощи при нормальных родах включает следующий объем: сбор анамнеза; осмотр на педикулез; стрижка ногтей; гигиенический душ; измерение температуры тела, массы и длины тела, АД на обеих руках; подсчет пульса; общее обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварительной и мочевыделительной систем; осмотр молочных желез; измерение наружных размеров таза; наружное и влагалищное акушерское исследование; аускультация сердцебиения плода, кардиотокограмма; определение группы крови и Rh-фактора; определение уровня гемоглобина;

кипячение мочи или анализ мочи на белок; гемостазиограмма (если нет такой возможности — протромбиновый индекс, время свертывания и кровотечения, число тромбоцитов); анализ крови на RW, ВИЧ; по возможности — анализ крови на HBS Ag и антитела к вирусу гепатита С и ультразвуковое исследование матки и плода.

Критерии ненадлежащего качества:

- отсутствие измерения температуры тела, массы и длины тела, АД на обеих руках;
- отсутствие измерения наружных размеров таза; наружное и влагалищное акушерское исследование;
- отсутствие аускультации сердцебиения плода, кардиотокограммы;
- отсутствие исследований: протромбиновый индекс, время свертывания и кровотечения, число тромбоцитов;
- отсутствие ультразвукового исследования матки и плода.

Нормальные роды характеризуют следующие показатели:

- одноплодная беременность;
- головное предлежание;
- полная соразмерность головки плода и таза матери;
- живой (здоровый) плод при нормальном функционировании плаценты (отсутствие фетоплацентарной недостаточности); доношенная беременность (38-40 недель);
- координированная родовая деятельность, не требующая корригирующей терапии (но не исключены превентивные меры);
- нормальный биомеханизм родов, соответствующий особенностям костного таза;
- своевременное излитие околоплодных вод (раскрытие шейки матки 6-8 см, активна фаза первого периода родов);
- отсутствие акушерского травматизма (разрыв родовых путей) и оперативных вмешательств в родах;
- продолжительность родов у первородящих до 14 часов, у повторнородящих — от 5 до 12 ч;
- рождение живого здорового ребенка без гипоксическо-травматических или инфекционных повреждений, аномалий развития и уродств;
- физиологическая кровопотеря в послеродовом и раннем послеродовом периоде (не превышающая 250-400 мл).

Критерии ненадлежащего качества: при наличии указанных выше показателей, как несоответствие оказанной помощи диагнозу, неправильный диагноз нормальных родов.

Нормальные роды предусматривают минимальный перечень медицинских процедур в процессе родов, который включает:

- применение спазмолитических и обезболивающих средств по показаниям;
- амниотомию при полном или почти полном открытии шейки матки или плоском плодном пузыре;
- профилактику кровотечения у рожениц;
- оказание ручного пособия при рождении плода в головном предлежании;

рассечение промежности по показаниям;  
- выведение мочи после рождения ребенка;  
- отделение новорожденного от матери (клеммирование и рассечение пуповины); первичный туалет новорожденного;  
- массаж матки через брюшинные покровы после выделения последа;  
- осмотр в зеркалах шейки и влагалища после родов, зашивание разреза промежности; наблюдение в течение 2 ч и осмотр врачом перед переводом в послеродовую палату.

Критерии ненадлежащего качества - отсутствие записей о:

- об обезболивании родов;
- профилактике кровотечения;
- о выведении мочи после рождения ребенка;
- об отделении новорожденного от матери (клеммирование и рассечение пуповины) первичный туалет новорожденного;
- о результатах осмотра в зеркалах шейки и влагалища после родов;
- о наблюдении в течение 2 ч;
- об осмотре врачом перед переводом в послеродовую палату.

XII. Нарушения норм приказа Минздрава СССР от 9.01.86 г. № 55 (в ред. Приказа Минздравмедпрома РФ от 28.12.1995 № 372, Приказа Минздрава РФ от 26.11.1997 № 345).

A. История родов.

1. Отсутствие результатов исследований на наличие вирусных и паразитарных инфекций, вызывающих поражения плода (герпетической, цитомегаловирусной, коксаки, эхо, токсоплазмоза, листериоза, хламидиоза и пр.) при упоминании в анамнезе о хронических инфекциях.

3. Отсутствие данных о массе, росте, температуре при приеме женщины в отделение.

4. Отсутствие отметки о длительности прелиминарного периода.

5. Отсутствие формулировке анемии при уровне гемоглобина менее 110 г/л, отсутствие при поступлении исследования уровня гемоглобина.

6. Отсутствие (разнотчение) отметки о суммарной прибавке массы тела за весь период беременности.

7. Отсутствие заключения о конституциональной особенности при поступлении беременной (с учетом данных женской консультации): о соотношении массы и роста до беременности (масса кг x 100) : рост см.:

- нормостения - это соотношение = 36-41;

- пониженное питание - оно ниже 36;

- ожирение - оно выше 41.

8. Нарушения в отметке временных параметров:

- дата, время - отмечается реальное время;

- часы от поступления в родильное отделение - предусмотрено нахождение роженицы в родильном отделении от 1 до 18 часов. Если она задерживается более 18 часов вклеивают дополнительный лист «Пребывание в родильном отделении»;

- часы от начала родовой деятельности - проставляют на момент поступления в родильное отделение и далее;

- часы от излития околоплодных вод - при излитии околоплодных вод в родильном отделении его указывают в соответствии с реальным временем (как 1-ый час) и далее проставляют часы безводного промежутка.

9. Отсутствие в момент поступления отметки о количестве часов, прошедших от излития околоплодных вод в случаях поступления в родильное отделение с отошедшими околоплодными водами, или отсутствие отсчета часов безводного промежутка.

8. Отсутствие дневниковых записей каждые 3 часа нахождения роженицы в предродовой палате, в том числе отсутствие одного из параметров: общее состояние роженицы, жалобы, артериальное давление на обеих руках, пульс, характер родовой деятельности (продолжительность схваток, интервал между схватками, сила и болезненность схваток), положение предлежащей части плода по отношению к малому тазу матери, сердцебиение плода (число ударов в 1 минуту, ритм, характер сердцебиения), указание на подтекание или неподтекание околоплодных вод, характер подтекающих вод (светлые, зеленые, с примесью крови и т.д.), подпись врачом (акушеркой).

9. Отсутствие описания параметров:

- обезболивания, родовозбуждения, родостимуляции (название препарата и количество израсходованного препарата);

- инструментального вскрытия плодного пузыря (факт и время вскрытия; характер и количество околоплодных вод);

- другого медикаментозного лечения - заполняется при необходимости. В случаях выраженной патологии, требующей массивной терапии, заводится специальный «Лист врачебных назначений» (вкладыш 2 в историю родов, см. ниже).

10. Нарушения в отметках о партограмме: отсутствие фактической динамики раскрытия шейки матки по часам родовой деятельности с указанием реального времени в часах.

11. Отсутствие записи об осмотре последа.

12. Отсутствие одного из параметров послеродового периода: дата и час рождения ребенка, пол ребенка, его масса и рост, родился «живым» или «мертвым», предлежание, оценку состояния ребенка по шкале Апгар - через 1 минуту и через 5 минут после родов, длительность безводного промежутка, общая продолжительность родов и по периодам, целость и масса последа, размеры плаценты, описание место разрыва оболочек, длина пуповины, наличие обвития пуповины или ее аномалий, кровопотеря в родах.

13. Отсутствие записи через 2 часа после родов и осмотра новорожденного ребенка о разрешении перевода родильницы из родового отделения.

14. Отсутствие отметки о патологической кровопотере (500 мл и более) - вписывается количество.

15. При выполнении кесарева сечения:

15.1. Отсутствие информации о показаниях к операции; значимых особенностях

анамнеза (аллергологического, акушерского); аномалиях таза и половых органов; о состоянии матери и плода перед операцией.

15.2. Отсутствие данных о самой операции - ее временных параметрах, типе и ходе операции, ребенке и непосредственных осложнениях (вносит только оперирующий врач).

15.3. Отсутствие данных о последующих осложнениях у матери (субинволюция матки, расхождение швов, релапоротомия и пр.), так же как выявляемая в детском отделении патология ребенка (вписываются по мере их возникновения).

15.4. Отсутствие заключения анестезиолога перед операцией: фиксируются значимые особенности и допуск к оперативному вмешательству (подпись разборчиво).

15.5. Отсутствие протокола анестезии или отсутствие в нем отметок о:

- степени анестезиолого-операционного риска;
- премедикации (препараты, дозы и способ их введения);
- миорелаксанта;
- об анестетиках до и после извлечения плода;
- дыхательном объеме и минутном объеме дыхания;
- о балансе жидкостей.

15.6. Отсутствие отметки об объеме общей кровопотери: указывается метод определять кровопотери и ее объем в мл.

15.7. Отсутствие данных о восполнении кровопотери: указывается расчет, общее количество введенной жидкости в мл. и перечисление компонентов (эритромасты и плазмы и др.).

15.8. Отсутствие записей в послеродовом периоде: первые четыре часа запись делается каждый час, затем - каждые 3 часа.

16. Отсутствие данных о динамике высоты стояния дна матки.

17. Отсутствие на 1-ой странице истории родов полного диагноза с учетом всех осложнений родов, операций и особых мероприятий.

18. Отсутствие четких и доступных для прочтения подписей фамилий врачей и акушеров (печатными буквами, желательно чернилами черного цвета).

Б. История развития новорожденного.

1. Отсутствие отметок о родоразрешении:

- безводный промежуток - указывается его длительность;
- околоплодные воды - отмечается количество вод (при много- или маловодии) и их характер - «светлые», «с меконием», «зловонные» и пр.;
- слабость родовых сил - «первичная» или «вторичная»; при отсутствии ее вписывается слово «нет»;
- родостимуляция/возбуждение - указывается препарат («оксит.», «простогл.», «энзопр.» и др.). Если их не производили, вписывается слово «нет»;
- анатомические особенности таза - при наличии патологии она уточняется («попер.-сужен.»; «плоско-рахитич.» и пр.). При отсутствии особенностей указывается «нет»;
- кровотечение - отмечают его характер (например: «ПОНРП») - преждевременная

отслойка нормально расположенной плаценты; «гипотоническое» и др.) и объем в мл.;

- обезболивание родов - вписывают введенные препараты («промедол» и др.) или указывают «не проводилось».

2. Отсутствие параметров: массы и роста ребенка, окружности головы и плечевого пояса, способ обработки пуповины.

3. Отсутствие перечисления мероприятий по реанимации родившегося ребенка при наличии в диагнозе упоминания о гипоксии плода или асфиксии новорожденного и перечисляются.

4. Отсутствие сведений о выявленных особенностях ребенка врожденного характера или обнаруженных за 2 часа наблюдения в родильном отделении.

5. Отсутствие особой отметка (с указанием часов) о профилактике гонобленореей раствором сульфацила натрия 30%, а при резус-конфликте и наличии первой группы крови у матери - о взятии крови из пуповины на резус-принадлежность, гемоглобин, билирубин, указывается группа крови ребенка.

6. Отсутствие двух записей: о состоянии ребенка при рождении и спустя 2 часа (при переводе его в отделение для новорожденных).

7. Отсутствие оценки состояния дыхательной функции новорожденных по шкале Сильвермана при появлении у новорожденного клиники дыхательной недостаточности в первые минуты и часы после родов.

8. Отсутствие записи через 2 часа после родов и осмотра новорожденного ребенка о разрешении перевода новорожденного.

9. Отсутствие ежедневных данных:

- баланс жидкостей и пищи;

- показаний приборов: концентрации кислорода в подаваемой ребенку смеси – указывается; SaO<sub>2</sub> - насыщение кислородом; TcPO<sub>2</sub>, TcPCO<sub>2</sub> - напряжение кислорода и углекислого газа; температура тела - наряду с цифрами необходимо указать тип датчика (для измерения кожной или ректальной температуры); ЧСС - частота сердечных сокращений; АД - артериальное давление; ТБИ - билирубин, определяемый транскутанным методом.

10. Отсутствие четких и доступных для прочтения подписей фамилий врачей и акушеров (печатными буквами, желательно чернилами черного цвета).

XIII. Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи при кровотечении в родах - невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение (нарушение) требований Методического письма МЗ и СР РФ от 13.03.08 г. № 1812-ВС «Кровотечения в послеродовом периоде».

Анализ летальности при кровотечениях показал, что основными причинами являются:

- несвоевременный гемостаз;

- неправильная оценка кровопотери;

- неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия;

- несоблюдение этапности мероприятий по остановке кровотечений.

В соответствии с методическими рекомендациями №384-ПД/613 (2006)

«Технология анализа причин материнской смертности» МЗ и СР РФ при анализе случая кровотечения при беременности, в родах и в послеродовом периоде, необходимо обратить особое внимание:

- на наличие факторов, предрасполагающих к кровотечению;
- на применение методов экспресс-диагностики нарушений свертывающей и антисвертывающей систем крови (метод Ли-Уайта, Рутберга);
- на проведение профилактики кровотечения в родах;
- на применяемые методы остановки кровотечения и их своевременность;
- на своевременность гемотрансфузии с учетом групповой и резус совместимости;
- на восполнение кровопотери (кровь и ее компоненты, кровезаменители, сроки заготовки и хранения);
- на своевременность оказания помощи (наличие в составе бригад акушера-гинеколога, хирурга, анестезиолога-реаниматолога, операционной сестры, акушерки и др.);

-на своевременность и полноту объема произведенного оперативного лечения.  
Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи при кровотечении в родах:

1. Отсутствие оценки величины кровопотери и нарушений гемостаза (визуальный метод, гравиметрический метод, измерение мерной емкостью).
2. Отсутствие формулировки оценки кровопотери в истории родов в процентах по отношению к массе тела и к ОЦК.
3. Отсутствие расчета должного ОЦК (ОЦК = масса тела x 75 мл).
4. Отсутствие или необоснованная (неправильная) формулировка стадии геморрагического шока (шоковый индекс) и величины ( в мл и % от ОЦК) и степени кровопотери:
  - компенсированная (15% ОЦК);
  - субкомпенсированная (20-40 % ОЦК);
  - декомпенсированная (40 и более % ОЦК).
5. Отсутствие или необоснованная (неправильная) формулировка диагноза с обязательным указанием на массивное акушерское кровотечение (отсутствие учета критериев массивной кровопотери: объем кровопотери более 1500 мл; снижение ОЦК более 20%; систолическое АД менее 90 мм рт. ст.; - ЦВД менее 5 см вод. ст.; - снижение гемоглобина более 25%) или угрожающего для жизни кровотечения (потеря 100% ОЦК в течение 24 часов, или 50% ОЦК за 3 часа; кровопотеря со скоростью 150 мл/мин., или 1,5 мл/(кг x мин.) (за время более 20 минут); одномоментная кровопотеря более 1500-2000 мл, или 25-35% ОЦК).
6. Несоблюдение последовательности основных 2 этапов мероприятий по остановке послеродовых кровотечений:

а) невыполнение первого этапа:

- 1) сокращение матки при ее гипотонии (ручное обследование матки, бимануальная компрессия матки; введение утеротоников с отступлением от жесткой схемы (одномоментно - окситоцин в\в 5 ед.; первые 30 мин. - окситоцин 10 ед. и энзапрост в\в 2,5 мг; поддерживающая доза - окситоцин 10 ед. и энзапрост в\в



5 мг; одномоментно -энзапрост в шейку матки 5 мг); клеммирование маточных артерий по Бакшееву, внутриматочный гемостатический баллон, сдавление брюшной аорты;

2) ушивание разрывов при травме;

3) коррекция гемостаза.

б) несвоевременное или невыполнение второго этапа - лапаротомия (кровопотеря 1100-1500 мл и продолжается):

1) при наличии возможности первоначально производится перевязка внутренних подвздошных артерий, при отсутствии эффекта - гемостатические компрессионные швы на матку;

2) при отсутствии возможности перевязки внутренних подвздошных артерий первоначально проводится ишемизация матки путем наложения зажимов и лигатур на сосудистые пучки маточных и яичниковых артерий; гемостатические компрессионные швы;

3) при отсутствии эффекта от перевязки сосудов осуществляется гистерэктомия.

7. Невыполнение лапаротомии и гистерэктомии при продолжающейся кровопотере в объеме 1500 мл. и более.

8. Неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия.

8.1. Отсутствие постоянного контроля за пациенткой (АД, пульс, температура, частота дыхания), отсутствие вызова сосудистого хирурга, акушера-гинеколога, владеющего оперативной техникой в полном объеме, анестезиолога-реаниматолога, лаборанта.

8.2. Отсутствие выполнения катетеризации одной или двух периферических вен (NN 14-16G) для инфузионно-трансфузионной терапии и инфузии утеротоников.

8.3. Отсутствие катетеризации мочевого пузыря и учета почасового диуреза.

8.4. Отсутствие контроля за гемостазом.

8.5. Отсутствие обоснования или неверное соотношение объема кровопотери, величины потери % ОЦК и полного объема замещения.

8.6. Отсутствие обоснования или неверное соотношение коллоидов и кристаллоидов, свежезамороженной плазмы, эритромаcсы.

8.7. Неисполнение правила: «При исходных нарушениях гемостаза с профилактической целью осуществляется переливание свежезамороженной плазмы на первых этапах кровопотери».

XIV. Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи в родах - невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение (нарушение) требований Методического письма МЗ и СР РФ от 13.03.08 г № 1813-ВС «Кесарево сечение в современном акушерстве» и Методического письма МЗ и СР РФ от 24.06.11 г. № 15-4/10/2-6139 «Кесарево сечение в современном акушерстве».

1. Выполнение операции кесарева сечения (КС) в отсутствие показаний, в т.ч. в отсутствие формулировки показаний в медицинской документации:

- планового или экстренного КС во время беременности;

- КС во время родов (имеющие место во время беременности, экстренные и неотложные).

2. Невыполнение или несвоевременное, ненадлежащее выполнение планового кесарева сечения во время беременности при наличии показаний к КС:

2.1. Нарушение плацентации - предлежание плаценты.

2.2. Изменения стенки матки:

- несостоятельность рубца на матке по данным УЗИ (после КС, миомэктомии, перфорации матки, удаления рудиментарного рога, иссечения угла матки при трубной беременности, пластических операций на матке);

- два и более КС в анамнезе;

- множественная миома матки с наличием крупных узлов, особенно в области нижнего сегмента, нарушение питания узлов, шеечное расположение узла.

2.3. Препятствие рождающемуся плоду:

- препятствие со стороны родовых путей рождению ребенка (анатомически узкий таз II и более степени сужения, деформация костей таза, опухоли матки, яичников, органов малого таза);

- врожденный вывих тазобедренных суставов, после операций на тазобедренных суставах, анкилоз тазобедренных суставов;

- предполагаемые крупные размеры плода (более 4500 г) при I родах;

- выраженные рубцовые сужения шейки матки и влагалища;

- выраженный симфизит;

- наличие в анамнезе пластических операций на шейке матки, влагалище, ушивания мочеполовых и кишечно-половых свищей, разрыва промежности III степени.

2.4. Неправильное положение и предлежание плода:

- тазовое предлежание, сочетающееся с массой плода > 3600-3800 г (в зависимости от размеров таза пациентки) и < 2000 г, разгибание головки III степени по данным УЗИ, смешанное ягодичное (ягодично-ножное) предлежание у первородящих;

- при многоплодии: тазовое предлежание первого плода при двойне у первородящих, тройня (или большее количество плодов), сросшиеся близнецы;

- монохориальная моноамниотическая двойня;

- устойчивое поперечное положение плода.

2.5. Экстрагенитальные заболевания:

- экстрагенитальный и генитальный рак (яичников, шейки матки);

- миопия высокой степени, сочетающаяся с изменениями на глазном дне (заключение офтальмолога);

- острый генитальный герпес (высыпания в области наружных половых органов) за 2 и менее недели до родоразрешения;

- экстрагенитальные заболевания (сердечно-сосудистой системы, заболевания легких, нервной системы и др.), ухудшение состояния беременной;

- пересадка почки в анамнезе, искусственный клапан сердца.

2.6. Состояния плода:

- хроническая гипоксия и задержка роста плода III степени, не поддающаяся терапии;

- гибель или инвалидизация ребенка, связанные с осложнениями при предыдущих

родах;

- пороки развития плода (гастрошизис, тератома копчика больших размеров, омфалоцеле и др.).

2.7. Экстракорпоральное оплодотворение:

- ЭКО, особенно неоднократное, при наличии дополнительных осложнений.

3. Невыполнение или несвоевременное, ненадлежащее выполнение экстренного кесарева сечения во время беременности при наличии экстренных показаний к КС (состояние, представляющее угрозу жизни пациента):

- любой вариант предлежания плаценты, кровотечение;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- симптомы угрожающего, начавшегося, свершившегося разрыва матки по рубцу;
- острая гипоксия плода;
- тяжелые формы гестоза, не поддающиеся терапии, эклампсия;
- состояние агонии или внезапная смерть женщины при наличии живого плода.

4. Невыполнение или несвоевременное, ненадлежащее выполнение экстренного кесарева сечения во время родов (в дополнение к показаниям во время беременности):

- нарушение сократительной деятельности матки, не поддающееся коррекции (слабость, дискоординация);
- клинически узкий таз;
- неправильные вставления и предлежания плода (лобное, передний вид лицевого, высокое прямое стояние стреловидного шва);
- выпадение пульсирующей петли пуповины и/или мелких частей плода при головном предлежании, при тазовом предлежании и неполном открытии шейки матки;
- симптомы угрожающего, начавшегося, свершившегося разрыва матки;
- преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения;
- ножное предлежание плода;
- совокупность нескольких осложнений беременности и родов, каждое из которых в отдельности не служит основанием для производства КС, но вместе они создают реальную угрозу для жизни плода в случае родоразрешения через естественные родовые пути (комбинированные показания).

5. Отсутствие или ненадлежащее формулирование показаний к КС в медицинской документации.

6. Невыполнение КС на сроках гестации менее 28 недель и наличии показаний к родоразрешению со стороны плода в отсутствие угрозы жизни матери (отслойка плаценты, кровотечение) при наличии в родовспомогательном учреждении условий для проведения адекватных реанимационных мероприятий и дальнейшей интенсивной терапии недоношенных новорожденных.

7. Выполнение КС в родах с тазовым предлежанием плода у повторнородящих, при массе плода больше 2000 г и меньше 3800 г. (роды в этих случаях следует проводить через естественные родовые пути).

8. Принятие решения об отказе от выполнения КС и/или невыполнение (несвоевременное выполнение) КС при наличии рубца на матке и одновременном отсутствии данных о характере предшествующей операции (в выписке должны быть указаны показания к операции, техника ее выполнения, течение послеоперационного периода).

9. Принятие решения об отказе от выполнения КС и/или невыполнение (несвоевременное выполнение) КС при наличии рубца на матке в отсутствие ультразвукового исследования и доплерометрии в области предполагаемого рубца.

10. Невыполнение (несвоевременное выполнение) КС при наличии гипоксии плода при головке, расположенной в широкой части полости малого таза (тогда как при нахождении головки в узкой части – показание к наложению вакуум-экстрактора или акушерских щипцов).

11. Невыполнение (несвоевременное выполнение) КС у беременных после ЭКО при отсутствии данных о полноценности рубца на матке, о дополнительных осложнениях, послуживших показанием к первой операции, невозможности осуществления постоянного контроля за состоянием роженицы, характером родовой деятельности и сердечной деятельностью плода.

12. Неправильный выбор метода обезболивания КС (методом выбора является регионарная анестезия: эпидуральная или спинальная; спинальная анестезия показана при экстренной необходимости осуществления КС).

13. Выполнение метода Кристеллера.

XV. Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи в родах - невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение (нарушение) требований Методического письма МЗ и СР РФ от 24.06.11 г. № 15-4/10/2-6139 «Кесарево сечение в современном акушерстве».

1. Невыполнение мероприятий профилактики интра- и послеоперационных осложнений КС.

1.1. Невыполнение мероприятий тщательного последовательного гемостаза при вскрытии брюшной полости, рассечения матки в нижнем маточном сегменте по Дерфлеру, наложения кровоостанавливающих зажимов на края разреза на матке сразу после извлечения плода (приводит к наиболее частым интраоперационным осложнениям - кровотечению из сосудов брюшной стенки (а. epigastrica superficialis, внутренние артерии прямых мышц живота), кровотечению из a.v. uterinae, из варикозно расширенных вен нижнего маточного сегмента).

1.2. Невыполнение мероприятий профилактики гипотонического кровотечения - внутривенного струйного введения метилэргометрина сразу после извлечения плода и внутривенного капельного введения окситоцина в течение всей операции.

1.3. Невыполнение мероприятий профилактики ранения соседних органов (мочевого пузыря, кишки, мочеточников, большого сальника) - восстановления перед рассечением матки нормальных анатомических взаимоотношений между маткой и окружающими органами; тщательного осмотра операционного поля перед зашиванием передней брюшной стенки и восстановления целостности

поврежденных органов; катетеризации мочевого пузыря перед операцией.

1.4. Невыполнение мероприятий профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний (эндомиометрит, перитонит, сепсис, раневая инфекция):

1) санации очагов хронической инфекции;

2) обработки за час до операции передней брюшной стенки раствором антисептика (диоксидин, хлоргексидин);

3) санации матки, брюшной полости и подкожно жировой клетчатки также раствором антисептика;

4) у беременных и рожениц высокого инфекционного риска после пережатия пуповины - внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия, предпочтительно цефалоспоринов IV поколения.

2. Выполнение операции КС в условиях хориоамнионита (затяжное течение родов, длительный безводный промежуток, хронический эндометрит в анамнезе после аборт, выкидышей, ВМК и др.) (причина развития эндомиометрита после КС при продолжительности операции более 2-х часов, кровопотере более 1000 мл).

3. Несостоятельность шва на матке (причина перитонита после КС).

4. Несоблюдение ниже указанных - хирургической техники, технологии и правил выполнения кесарева сечения:

4.1. Чревосечение по Пфанненштилю или ниже-срединное чревосечение с рассечением всех тканей только острым путем (скальпелем или ножницами).

4.2. Вскрытие пузырно-маточной складки и отсепаровка мочевого пузыря от матки при КС в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом или истмико-корпоральном КС.

4.3. Рассечение матки в нижнем сегменте преимущественно по методу Дерфлера.

4.4. Вскрытие околоплодного пузыря (если его целость не была нарушена при разрезе матки) или извлечение головки плода в околоплодном пузыре при недоношенной беременности.

4.5. Извлечение плода из матки за головку и подмышечные впадины или за тазовый конец.

4.6. Наложение кровоостанавливающих зажимов на углы разреза на матке.

4.7. Удаление последа из матки потягиванием за пуповину.

4.8. Ручной массаж матки.

4.9. Зашивание разреза на матке отдельными мышечно-мышечными швами на расстоянии 0,7-1 см друг от друга, наложение непрерывного шва на собственную фасцию матки с использованием синтетического рассасывающегося шовного материала.

4.10. Обязательная перитонизация шва на матке пузырно-маточной складкой.

4.11. Тщательный туалет брюшной полости, послойное зашивание брюшной полости с обязательным восстановлением всех рассеченных тканей.

5. Несоблюдение ниже указанных правил анестезиологического обеспечения кесарева сечения:

1. Предпочтение следует отдавать региональным методам анестезии (эпидуральная, спинальная или спинально-эпидуральная анестезия).

2. Операция КС по жизненным показаниям со стороны матери - методом выбора должен быть эндотрахеальный наркоз с продленной ИВЛ в послеоперационном периоде.
6. Несоблюдение ниже указанных правил ведения послеоперационного периода (диагностические и лечебные мероприятия):
  - 6.1. При неосложненном КС у практически здоровой родильницы объем инфузионной терапии в первые сутки после операции должен быть не менее 2000 мл, на вторые -1500 мл.
  - 6.2. Внутривенное введение препаратов калия с целью профилактики пареза кишечника.
  - 6.3. Внутримышечное введение окситоцина по 5 ЕД x 2 раза в сутки в сочетании со спазмолитическими препаратами с целью профилактики субинволюции матки.
  - 6.4. Применение медицинского компрессионного трикотажа, ранняя активизация родильницы, антикоагулянтная терапия по показаниям с целью профилактики тромбэмболических осложнений.
  - 6.5. Назначение антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии определяется степенью инфекционного риска у каждой родильницы индивидуально.
  - 6.6. Применение метаболитов и адаптогенов, иммунокорректирующая терапия с целью создания оптимальных условий для репарации шва на матке.
7. Отсутствие или несвоевременное выполнение мероприятий контроля за репаративными процессами в матке дополнительными методами исследования:
  - 7.1. УЗИ - на 5-6 сутки после операции.
  - 7.2. Гистероскопия - при подозрении на эндомиометрит, остатки плацентарной ткани или околоплодных оболочек, субинволюции матки и гематолохиометры, а также несостоятельном шве на матке.
8. Невыполнение при гистероскопии удаления патологического субстрата из матки, санации полости матки раствором антисептика, введения в полость матки двухпросветной силиконовой трубки для проведения аспирационно-промывного дренирования в течение 48-72 часов на фоне комплексной терапии.
9. Невыполнение обязательных мероприятий лечебной тактики при наличии несостоятельного шва на матке на фоне эндометрита:
  - 9.1. Эндомиометрит и частичная несостоятельность шва на матке: повторное чревосечение, иссечение несостоятельного шва на матке в пределах здоровых тканей, зашивание раны матки отдельными мышечно-мышечными швами с использованием синтетического рассасывающего шовного материала - наложение вторичных швов на матку.
  - 9.2. Прогрессирующий эндометрит, развитие панметрита, полная несостоятельность шва на матке: экстирпация матки с маточными трубами.
  - 9.3. Купирование эндомиометрита и заживление шва на матке вторичным натяжением: выписка родильницы после проведения контрольного УЗИ.
10. Нарушение правил выписки родильницы:
  - 10.1 Выписка родильницы при неосложненном течении послеоперационного периода без производства контрольного УЗИ на 6-7 сутки после КС.

10.2. Выписка родильницы без предварительной телефонограммы в женскую консультацию, где она наблюдалась при беременности, для осуществления активного патронажа в первые двое суток после выписки. Отсутствие в истории родов данных о дате, времени телефонограммы и фамилии лица, ее принявшего в женской консультации.

10.3. Выписка родильницы без указания в выписке из истории родов сведений о показаниях к КС, особенностях оперативного вмешательства, течении послеоперационного периода, проведенном лечении, диагностических исследованиях.

10.4. Выписка родильниц с рубцом на матке после самопроизвольных родов осуществляется на 4-5 сутки после производства УЗИ, в то время как после повторного КС - на 7-8 и более сутки.

11. Отсутствие мероприятий для определения признаков несостоятельности рубца на матке при беременности - УЗИ с доплерометрией, при котором оцениваются: толщина рубца и ее равномерность, структура рубца (количество эхопозитивных включений) и васкуляризация рубца.

12. Отсутствие подробного описания признаков состоятельности рубца на матке при беременности:

- толщина рубца 2,5 мм и более,

- отсутствие или минимальное количество эхопозитивных включений (элементы соединительной ткани),

- хорошая васкуляризация.

13. Невыполнение родоразрешения беременных с рубцом на матке методом кесарева сечения при наличии абсолютных показаний к повторному КС:

1) несостоятельный рубец на матке по клиническим и эхоскопическим признакам;

2) корпоральный рубец на матке;

3) два и более рубцов на матке после КС в анамнезе;

4) предлежание плаценты к рубцу на матке;

5) рубец на матке после пластики нижнего сегмента или перешейка;

6) категорический отказ беременной от родов через естественные родовые пути.

14. Невыполнение обязательного правила хирургической техники при повторном КС - иссечение несостоятельного рубца на матке. Причиной формирования несостоятельного рубца чаще всего является неадекватная хирургическая техника при первом КС, при повторной операции необходимо использовать мышечно-мышечные швы и непрерывный шов на собственную фасцию матки с использованием синтетического рассасывающегося шовного материала (мероприятие профилактики разрыва матки при последующей беременности) .

15. Невыполнение мероприятий мониторингового контроля в течение родов у беременных с рубцом на матке после КС за состоянием плода и характером родовой деятельности.

16. Невыполнение мероприятий ультразвукового контроля в течение родов у беременных с рубцом на матке после КС за состоянием рубца на матке.

17. Невыполнение в родах у беременных с рубцом на матке после КС требования

о наличии «развернутой» операционной, бригады врачей, в состав которой входят акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, анестезиолог и неонатолог, отсутствие установки инфузионной системы в периферической вене беременной.

18. Отсутствие наблюдения за родильницей на предмет выявления симптомов начинающегося разрыва матки по рубцу.

19. Невыполнение или несвоевременное выполнение экстренного КС при появлении симптомов начинающегося разрыва матки по рубцу:

1) появление выраженной локальной болезненности в надлобковой области;

2) появление «припухлости» над лоном;

3) появление ярких кровяных выделений из половых путей;

4) гематурия;

5) изменение характера родовой деятельности (слабость, дискоординация);

6) изменение сердцебиения плода (тахикардия).

20. Невыполнение, несвоевременное выполнение (отсутствие в документации) мероприятий дифференциальной диагностики между несостоятельным рубцом на матке и «истинной» угрозой прерывания беременности и по данным жалоб беременной, тонуса матки, влагалищному исследованию и УЗИ:

- отсутствие эхоскопических признаков угрозы прерывания беременности, общего и локального гипертонуса;

- отсутствие нарушений маточно-плацентарного кровотока, если плацента расположена не в области рубца (высокая резистентность в маточных, спиральных сосудах, нарушение внутриваггинальной гемодинамики);

- отсутствие признаков отслойки плаценты;

- отсутствие эхоскопических признаков гипоксии плода;

- локальное истончение в области рубца на матке, толщина рубца менее 2,5 мм, преобладание соединительнотканых элементов над мышечными, гиповаскуляризация.

XVI. Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи в родах - невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение (нарушение) требований Методического письма МЗ и СР РФ от 26.11.02 г. № 2510/11869-02-32 «Ведение беременности и родов у женщин с анатомически узким тазом».

1. Отсутствие в медицинской документации констатации размеров таза и или отсутствие формулировки «анатомически узкий таз» в соответствии с критериями: все или хотя бы один из размеров укорочен по сравнению с нормальным на 1,5-2 см и более. Нижней границей нормы считаются следующие размеры малого таза: прямой размер входа - 110 мм, прямой размер широкой части - 125 мм, прямой размер выхода - 95 мм, поперечный размер входа и широкой части - 125 мм, межостный - 105 мм и битуберозный - 115 мм.

2. Отсутствие в документации заключения о степени клинического несоответствия таза:

2.1. Отсутствие в документации заключения о I степени клинического несоответствия таза при наличии его признаков: особенности вставления головки



плода и механизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза; хорошая конфигурация головки; возможны аномалии родовой деятельности.

2.3. Отсутствие в документации заключения о II степени клинического несоответствия таза при наличии его признаков: особенности вставления головки, присущие имеющейся форме сужения таза, однако часто возникает механизм вставления головки, несоответствующий данной форме анатомически узкого таза; выраженная конфигурация головки или отсутствие конфигурационной способности головки особенно при переношенной беременности; беспокойное поведение роженицы; преждевременное появление непроизвольных неэффективных потуг; симптомы прижатия мочевого пузыря; отсутствие поступательных движений головки при полном открытии шейки матки и хорошей родовой деятельности; положительные симптомы Вастена и / или Цангемейстра; симптомы угрожающего разрыва матки. В ряде случаев диагностирование функциональной неполноценности таза возможно при открытии шейки матки 6-7 см.

3. Невыполнение немедленного КС при появлении 3-4 признаков абсолютного несоответствия (в любых сочетаниях).

4. Выполнение запрещенного приема Кристеллера во II периоде родов при сужении размеров широкой и узкой части малого таза (допустимо при относительном несоответствии назначение утеротонических средств (под тщательным контролем), но при появлении признаков страдания плода на фоне слабости потуг при наличии условий показано наложение акушерских щипцов).

5. Невыполнение родовозбуждения при сужении таза I степени, если произошло преждевременное излитие околоплодных вод, при тенденции к перенашиванию (комбинированное внутривенное введение окситоцина с простагландинами в стандартных дозировках).

6. Невыполнение или несвоевременное выполнение правил оказания помощи и мероприятий алгоритма действий при возникновении дистоции плечиков во II периоде родов:

6.1. Роды ведут два врача акушера - гинеколога, владеющие приемами оказания помощи при дистоции плечиков, анестезиолог и неонатолог - реаниматолог.

6.2. Обязательное рассечение промежности под адекватным обезболиванием (предпочтительно - срединно - латеральная эпизиотомия).

6.3. Захват головки плода двумя руками в щечно - височных областях, осторожное потягивание головки книзу до тех пор пока под лоно не подойдет переднее плечико на границе верхней и средней трети. В это время ассистент осуществляет умеренное давление рукой над лобком. Затем головка приподнимается кпереди и освобождается заднее плечико.

6.4. Максимальное сгибание бедер роженицы в тазобедренных и коленных суставах и отведение их в сторону живота.

6.5. Одноименной рукой акушер захватывает, сгибает и выводит заднюю ручку плода, затем выводится переднее плечико.

6.6. Акушер рукой, введенной во влагалище, смещает переднее плечико в сторону

грудки и кзади. Ассистент в это время проводит умеренное давление на дно матки и в надлобковой области кзади и латерально в сторону живота матери.

6.7. Акушер рукой, введенной под заднее плечо плода, поворотом на 180 град. переводит его в переднее и оно извлекается.

6.8. В родильном зале обязательно присутствие анестезиолога и неонатолога, владеющего методами реанимации новорожденных.

7. Отсутствие в послеродовом периоде профилактики гнойно-воспалительных заболеваний и контроля за инволюцией матки.

8. Отсутствие консультации невролога в раннем неонатальном периоде новорожденного, родившегося у матери с анатомически узким тазом.

## **Глава VI. Особенности судебно-медицинской экспертизы в акушерстве и акушерской реаниматологии (Л.В. Беляев, К.В. Ноздряков).**

Процессуальное положение судебно-медицинского эксперта, проводящего экспертизы по тем или иным вопросам, возникающих у следствия или суда в связи с материнской смертью, определяет Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации (УПК РФ). Ряд статей УПК РФ поясняют это положение. Наиболее важными из них являются:

1) статья 57. Эксперт - лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное в порядке, установленном настоящим Кодексом, для производства судебной экспертизы и дачи заключения;

2) статья 58. Специалист - лицо, обладающее специальными знаниями, привлекаемое к участию в процессуальных действиях в порядке, установленном настоящим Кодексом, для содействия в обнаружении, закреплении и изъятии предметов и документов, применении технических средств в исследовании материалов уголовного дела, для постановки вопросов эксперту, а также для разъяснения сторонам и суду вопросов, входящих в его профессиональную компетенцию.

Все остальные статьи регламентируют различные стороны работы эксперта и специалиста. Это статьи: 195 (порядок назначения судебной экспертизы); 196 (обязательное назначение судебной экспертизы); 197 (присутствие следователя при производстве судебной экспертизы); 198 (права подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, свидетеля при назначении и производстве судебной экспертизы); 199 (порядок направления материалов уголовного дела для производства судебной экспертизы); 200 (комиссионная судебная экспертиза); 201 Комплексная судебная экспертиза (судебная экспертиза, в производстве которой участвуют эксперты разных специальностей, является комплексной); 202 (получение образцов для сравнительного исследования); 203 (помещение в медицинский или психиатрический стационар для производства судебной экспертизы); 204 (заключение эксперта); 205 (допрос эксперта); 206 (предъявление заключения эксперта); 207 (дополнительная и повторная судебные экспертизы); 282 (допрос эксперта); 283 (производство судебной экспертизы).

В случаях материнской смерти, когда те или иные недостатки медицинской помощи усугубляют течение основной патологии либо сами по себе становятся причиной смертельного исхода, окончательное решение вопросов качества оказания медицинской помощи как правило, решается экспертными исследованиями в рамках УПК РФ. До производства экспертных исследований, окончательно разрешающих вопросы для следствия и суда, недостатки оказания медицинской помощи в связи с материнской смертностью зачастую рассматриваются также медицинским сообществом на различных уровнях:

- на клинико-анатомических конференциях;
- на различных комиссиях МЗ РФ.

Как показывает практика, выводы этих комиссий иногда могут являться поводом для возбуждения уголовных дел в отношении медицинских работников. При этом обращает на себя внимание тот факт, что выводы таких комиссий и экспертные выводы часто не соответствуют друг другу, степень их расхождения может выражаться прямыми противоречиями по тем или иным вопросам качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам. Как нам представляется, эти расхождения обусловлены в основном тем обстоятельством, что экспертные исследования и выводы базируются на принципах клинической медицины, а выводы клинических комиссий нередко игнорируют эти принципы, подменяя их различными предпочтениями организационного толка. В случаях, когда недостатки оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам причиняют конкретный вред, усугубляя течение основной патологии, либо являются причиной смертельного исхода, в соответствии со статьей 196 УПК РФ проведение экспертизы становится обязательным моментом в работе следствия и суда.

Некоторая особенность уголовно-процессуальных положений эксперта и специалиста может сопровождаться трудностями соблюдения «экспертного статуса», в частности соблюдения принципа пределов экспертной компетенции. Главными критериями пределов экспертной компетенции являются два момента. Первый из них связан с необходимостью решения всех поставленных следствием, либо судом вопросов экспертизы в рамках только медицинских знаний. Вторым моментом связан с необходимостью решения этих же вопросов исключительно применительно к конкретному случаю. В тех случаях, когда врачи клинических специальностей становятся судебно-медицинскими экспертами, участвуя в производстве судебно-медицинской экспертизы, эта проблема может иметь место. Конкретная организация работы экспертной комиссии с участием специалистов по вопросам материнской смертности осуществляется следующим образом: постановление направляется следователем в судебно-медицинское экспертное учреждение; руководитель экспертного учреждения определяет состав экспертной комиссии; участие специалиста в области материнской смертности определяется по согласованию между экспертным учреждением и местом работы привлекаемого специалиста.

## **Экспертизы, связанные с материнскими смертями.**

По данным 111 Главного государственного центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ (111 ГГЦС и КЭ) за последнее пятилетие в стенах этого учреждения проведено 43 комиссионных судебно-медицинских экспертиз патологии беременных, рожениц и родильниц, связанных с необходимостью выяснения качества оказания медицинской помощи. Статистическое представление о данных этого экспертного учреждения могут дать следующие его характеристики: 111 ГГЦСМ и КЭ МО РФ входит в число 3 - 4 ведущих экспертных учреждений страны; профиль его работы связана с экспертным сопровождением органов военной юстиции. Производство экспертиз, связанных с материнской смертностью, является для данного учреждения традиционным, методически освоенным; результаты экспертной работы учреждения высоко оцениваются судебно-следственными органами.

Попытка сравнения данных подобных экспертиз с суммарными показателями материнской смертности за последние годы в РФ указывает на то, что количество судебно-медицинских случаев (когда проводятся прокурорские проверки и возбуждаются уголовные дела с проведением экспертиз по вопросам недостатков оказания медицинской помощи) существенно ниже общего числа материнских смертей (Бурдули Г.М., Фролова О.Г., 1997).

По нашим данным, в ходе экспертиз по вопросам оценки качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам основной патологией является гестоз. Второй по значимости патологией являются различные виды ятрогений, третье место занимает тромбоэмболия. При этом, кроме вышеперечисленных нозологических форм, в рамках судебно-медицинских экспертиз оценивалась медицинская помощь в случаях: атонического маточного кровотечения, синдрома Элерса-Данло – (сосудистая форма), острой почечной недостаточности, эндометрита, крупного плода в сочетании с рубцовой деформацией шейки матки, дефекта плаценты, трехкратного обвития или истинного узла пуповины вокруг шеи плода, раннего излития околоплодных вод. Наиболее значимое место «гестоза» в этом перечне вполне соответствует его положению как наиболее распространенной патологии беременных. Второе место ятрогений может быть объяснено спецификой обстоятельств при оценке качества оказания акушерской помощи в случаях ее явных недостатков. Факт расположения ятрогений на второй позиции в списке причин материнской смертности косвенным образом указывает на справедливость претензий, предъявляемых гражданами к медицинским работникам родовспомогательных учреждений. Весь другой перечень патологий относится либо к широко распространенной патологии, либо к редко встречающимся нозологиям (синдром Элерса-Данло). При этом выявление в результате экспертной работы наиболее распространенных форм болезней характеризуют системные ошибки медицинских работников при оказании медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам, а редко встречающиеся - демонстрируют слабый уровень теоретической подготовки врачей- акушеров и анестезиологов.

В существенной части случаев недостатки оказания акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам приобретают характер, оказывающий

негативное влияние на течение и исход родов. Иногда это негативное влияние приводит к смертельным исходам. Существующие в научной литературе определение понятия «ятрогения» в целом вполне определяют суть проблемы. При производстве судебно-медицинских экспертиз к ятрогениям относят **неверные (не соответствующие научно обоснованным взглядам на лечение конкретной патологии у конкретного пациента) действия медицинских работников, связанные с проведением диагностических процедур, различных лечебных воздействий, операций, медицинских пособий, сопровождающиеся негативным воздействием на пациента.**

В части ятрогений негативные последствия могут приобретать существенное значение, вплоть до смертельного исхода. В этих случаях эксперт вправе оценивать недостаток медицинской помощи как основную патологию. Форма изложения ятрогении как основного заболевания при формулировании диагноза может быть различной: как изложение неверных действий медицинских работников; как изложение клинических последствий этих неверных действий (*пример: хирургическое повреждение сосудов шеи в ходе трахеотомии; острая массивная кровопотеря*). Это автоматически приводит к следующим последствиям: смене основного заболевания в диагнозе (ятрогения становится основной патологией). Ранее существующая основная патология переводится в разряд либо сопутствующей, либо составляющей комбинированный диагноз. Главный момент - это установление прямой причинной связи между недостатками в действиях медицинских работников и наступившими негативными последствиями, то есть необходимость судебно-медицинской оценки тяжести вреда здоровью женщины, причиненного ятрогенией. Как правило, ятрогении наглядно иллюстрируют существующие недостатки здравоохранения в целом: 1) снижение профессионального уровня медицинских работников; 2) смещение приоритета принципов работы врачей с клинических к организационным; 3) коммерциализация медицины; 4) недостатки материально-технического оснащения медицинских учреждений.

Судебно-медицинской классификации ятрогений, относящихся к материнской смертности, не существует. Это объясняется относительной малочисленностью экспертных исследований по данной проблеме (Ноздряков К.В., 2005). Среди ятрогений со смертельными исходами, по нашим данным, встречались: ручное выделение тонкого кишечника за пределы брюшной полости в ходе влагалищного исследования; необоснованная стимуляция родовой деятельности, сопровождавшаяся развитием различных осложнений (эмболия околоплодными водами, маточное кровотечение, разрыв матки), в случаях прямых противопоказаний к этой родостимуляции; неправильное (несвоевременное) ручное отделение плаценты при имевшем место истинном приращении плаценты, сопровождавшееся развитием кровотечения и геморрагического шока; повреждение жизненно важных органов шеи при проведении операции трахеотомии у беременной; сквозные повреждения подключичных артерий с ранением правого легкого, двухсторонним гемипневмотораксом при проведении реанимационных мероприятий родильнице; проведение операции кесарево

сечение, в ходе которой не был выполнен полноценный гемостаз (остановка кровотечения из места операционной раны на матке) в результате острая кровопотеря привела к развитию геморрагического шока и синдрома ДВС (пр. 45).

**Пример 45 (ятрогения со смертельным исходом).**

*В гинекологическое отделение поступила беременная женщина при сроке беременности 19-20 недель с угрозой выкидыша. Гражданка Х., поступила в гинекологическое отделение вечером 28 июля с беременностью 19-20 недель, истмико-цервикальной недостаточностью, угрожающим поздним выкидышем. Ночью 29 июля состояние беременной резко ухудшилось: резкие схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, отсутствие четких контуров тела матки, учащение пульса (самопроизвольный разрыв матки). В связи с развитием у гражданки Х. этой «катастрофы», лечащим врачом было произведено влагалищное исследование с целью уточнения причин развития угрожающего жизни состояния. В ходе влагалищного исследования была предпринята попытка удаления плода за ножку. Реализация этой попытки привела к тому, что через разрыв матки были извлечены петли тонкой кишки, ошибочно принятые за части плода. При извлечении кишки ее петли были отделены от брыжейки. В дальнейшем бригадой хирургов произведена операция – резекция тонкой кишки, лишённой брыжейки, надвлагалищная ампутация матки. Во время этой операции на задней стенке матки на 1 см ниже свода обнаружен поперечный разрыв 4,0х3,0 см, из которого в брюшную полость предлежат части плода, петли тонкой кишки без брыжейки.*

*В последующем лечение гражданки Х. было направлено на борьбу с быстро прогрессирующей кахексией и полиорганной недостаточностью. Это состояние стремительно прогрессировало из-за того, что в ходе медицинской манипуляции было извлечено из брюшной полости и отделено от брыжейки более 95% тонкой кишки. Несмотря на проводимую интенсивную терапию в течение трех месяцев, наступила смерть.*

В данном случае очевидны неверные действия медицинских работников, которые были связаны с проведением диагностического влагалищного исследования, сопровождались повреждением тонкого кишечника и завершились смертельным исходом. Эти действия полностью попадают под определение ятрогении. Экспертными последствиями проведенной экспертизы в данном случае явились: выделение неверных действий медицинских работников в качестве основного диагноза; была установлена прямая причинная связь между диагностическим влагалищным исследованием с повреждением тонкого кишечника и смертью пациентки; был установлен тяжкий вред здоровью пациентки, причиненный медицинскими работниками.

По нашему мнению данный случай представляет бесспорный интерес как уникальный в акушерско-гинекологической практике, когда в результате неправильных действий врача, граничащих с невежеством, были удалены практически все петли тонкой кишки с отрывом их от брыжейки.



Судебно-медицинская оценка недостатков оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам сложна, в том числе по причине необходимости учета индивидуальных характеристик здоровья пациентки. Наиболее наглядно эта проблема может быть проиллюстрирована в случаях ятрогений со смертельными исходами при развитии анафилактического шока у пациенток на введение каких-либо лекарственных препаратов (Беляев Л.В. и др., 2009, 2010).

В таких случаях медицинское сообщество склонно придерживаться точки зрения, по которой следует, что анафилактическая реакция — это совершенно непредсказуемое явление и по этой причине медицинский работник, применивший лекарственный препарат, на который развился анафилактический шок (как правило, смертельный), ни в чем не виноват. Причиной трагедии по данному воззрению являются особенности организма самой пациентки.

Судебно-медицинская экспертиза никак не может игнорировать наличие прямой причинной связи между действиями медицинского работника (введением лекарственного препарата) и развившимся смертельным анафилактическим шоком на введение этого препарата. В этой связи не подлежит сомнению факт грубого попрания основного клинического принципа, требующего не навредить пациенту. Попытка оправдать причинение смерти пациентки непредсказуемостью развития анафилактического шока не выдерживают критики в связи с тем, что теоретические основы механизмов развития реакции немедленного типа широко известны врачам. Не является секретом и перечень лекарственных препаратов, на которые может развиться реакция немедленного типа, так же широко известны пути и способы, позволяющие избегать смертельного характера развития анафилактического шока (см. раздел 6.11.3).

По нашим данным лекарственными препаратами, вызывающими анафилактическую реакцию, могут являться антибиотики, обезболивающие, переливаемая кровь и т.д. Таким образом, оба из выше перечисленных подходов не отвергают значение собственных характеристик пациентки в развитии анафилактических реакций, однако принципиально расходятся в различных оценках случившегося. Объяснение причин такого расхождения видится в том, что судебно-медицинская экспертиза (как научно-обоснованное решение возникающих вопросов) может состояться исключительно на основе принципов клинической медицины, а практические действия врачей иногда игнорируют эти принципы в связи с вынужденной необходимостью существовать в рамках «заорганизованной» медицины. Рассмотрим конкретное наблюдение (пр. 46).

**Пример 46 (ятрогения со смертельным исходом в результате применения лекарственного препарата).**

*Пациентка М., 29 лет, беременность 19 - 20 недель, поступила в гинекологическое отделение с абсцессом бартолиновой железы слева. По поводу этого заболевания ей было назначено лечение (оперативное, медикаментозное, в том числе антибиотики). В соответствии с планом медикаментозного лечения больной 31.10. была выполнена проба на оксациллин, которая дала положительную реакцию. Назначен гентамицин, произведена внутрикожная проба на его введение,*

*проба дала отрицательный результат. После этого пациентка получала раствор гентамицина по 80 мг. внутримышечно два раза в сутки 31.10., вечером и 01.11. утром. После выполнения третьей инъекции гентамицина 01.11. в 19:15 возникла тяжелая аллергическая реакция в виде анафилактического шока, послужившая причиной смерти.*

В данном случае причиной смерти явился анафилактический шок тяжелой степени, сопровождавшийся тяжелой сердечно-сосудистой недостаточностью, респираторным дистресс-синдромом взрослых, развитием субтотальной сливной двусторонней пневмонии и осложнившийся отеком легких и острой дыхательной недостаточностью.

Комиссия экспертов пришла к выводу, что между внутримышечным введением гентамицина и анафилактическим шоком у пациентки М., завершившимся смертельным исходом, усматривается прямая причинная связь. Соответственно, анафилактический шок был переведен экспертами в разряд основного заболевания. Был установлен факт причинения медицинскими работниками тяжкого вреда здоровью пациентки. При этом комиссия экспертов отметила, что в данном случае гентамицин вводился пациентке обосновано, по прямым показаниям (лечение бартолинита). Введение гентамицина осуществлялось после правильного проведения соответствующих контрольных проб и отрицательной реакции на них.

Несмотря на соблюдение порядка организации работы, медицинскими работниками в данном случае было вызвано развитие смертельного анафилактического шока путем введения антибиотика. Этот исход иллюстрирует нарушение клинического принципа «не навреди». С другой стороны клиницисты действовали как бы правильно и соблюдали требования, предъявляемые к организации их работы. Этот факт наглядно показывает смещение приоритетов в работе врачей от принципов клинической медицины к медицине «заорганизованной». Выше приведенный пример показывает, что необходимость оценки индивидуальных особенностей пациента обуславливает существенные сложности в работе судебно-медицинских экспертов.

Технологически методика производства судебно-медицинских экспертиз в случаях материнской смертности достаточно отработана и отражена в отдельных научных работах (Беляев Л.В., Ноздряков К.В. 2001; Беляев Л.В., Колкутин В.В., Ноздряков К.В., 2005; Ноздряков К.В., 2005).

**Основными принципами производства судебно-медицинских экспертиз патологии беременных, рожениц и родильниц в случаях оказания им медицинской помощи являются:**

- установление экспертных характеристик патологии (выделение основного заболевания, осложнения, сопутствующих болезней);
- установление экспертной хронологии патогенеза основного заболевания и его осложнений;
- экспертное установление различных характеристик оказанной медицинской помощи (виды диагностических манипуляций, лечебных воздействий, операций,



медицинских пособий и т.д.);

- установление хронологических характеристик оказанной медицинской помощи;
- судебно-медицинская оценка оказанной медицинской помощи на основе выше проведенной работы (установление недостатков медицинской помощи, причинно-следственных связей оказанной медицинской помощи и наступивших последствий, судебно-медицинская характеристика причиненного вреда здоровью и т.д.).

Данная методика позволяет ответить на любые вопросы следствия либо суда в рамках экспертной компетенции. Как правило, наиболее сложным в экспертной работе является необходимость установления различных причинно-следственных отношений. Причинно-следственные отношения в экспертной практике базируются на философских категориях диалектического материализма и научных определениях современной клинической медицины. Основными являются следующие научные определения:

- **причина** — это взаимодействие двух или более явлений, материальных тел (причина), в результате которого возникает новое явление, материальное тело (следствие);

- **причина смерти** — основное заболевание (типа нозологической формы), которое само по себе, либо через свое осложнение явилось причиной смерти;

- **недостаток оказания медицинской помощи** — неверные (не соответствующие научно обоснованным взглядам на лечение конкретной патологии у конкретного пациента) действия медицинских работников, связанные с проведением диагностических процедур, различных лечебных воздействий, операций, медицинских пособий;

- **механизм образования повреждения** — характеристика основных структурных элементов травматического процесса;

- **дефект медицинской помощи** — это недостаток медицинской помощи, признанный на клиничко-анатомической конференции или на комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ) и оформленный пояснительной запиской;

- **ятрогения** — (см. определение выше).

Судебно-медицинское толкование причины материнской смерти практически в целом не отличается от клинического, точнее патологоанатомического заключения. Различия могут быть обозначены только в том, что судебно-медицинское определение основного заболевания как причины смерти базируется в том числе и на результатах секционного исследования трупа погибшей, а также тем, что нозологическое определение основной патологии определяется не только рамками Международной классификации болезней (МКБ-10), но и главным образом судебно-медицинской оценкой патогенетических механизмов и причинно-следственных связей в развитии патологии у конкретной пациентки.

Установление экспертной хронологии патогенеза основного заболевания и его осложнений является необходимым элементом судебно-медицинской экспертизы. Обязательность установления хронологических границ в развитии основного заболевания и его осложнений определяется необходимостью решения следственно-судебных вопросов, которые, как правило, относятся к конкретным

временным периодам, интересующим следственно-судебные органы.

Экспертное установление характеристик оказанной медицинской помощи сводится к детальному её рассмотрению с целью выявления возможных недостатков, ятрогений. Достаточно часто незначительные на первый взгляд нюансы лечения могут приобретать существенно важное значение и характеризовать это лечение с негативной стороны. По нашим данным особенности диагностических манипуляций, операций, лечебных воздействий, медицинских пособий, характеризующиеся судебно-медицинской экспертизой как недостаток медицинской помощи, лишь в 10% случаев фиксируются и на клиническом этапе ведения больной.

Установление хронологических характеристик оказанной медицинской помощи столь же необходимо, как и установление хронологических характеристик патогенеза основного заболевания и его осложнений.

**Наиболее важной частью экспертизы является работа по решению вопроса о судебно-медицинской оценке оказанной медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам. Эта оценка должна содержать:**

- Обозначение выявленных недостатков медицинской помощи; обозначение той части из них, которые привели к негативным последствиям и таким образом стали ятрогенией;
- Оценку правильности диагностического процесса; оценку правильности, патогенетической направленности, полнообъемности лечения;
- Правильность технического и методического исполнения диагностических манипуляций, операций, медицинских пособий;
- Судебно-медицинскую характеристику причиненного вреда здоровью в случаях ятрогении.

Частыми ятрогениями являются осложнения анестезии (Пр. 47).

#### **Пример 47.**

*Гражданка Л., 1977 г.р., 23.10. взята на учет по поводу имевшейся у неё беременности 6 – 7 недель. В анамнезе хронический холецистит, со слов мамы в детстве был анафилактический шок на пенициллин, новокаин.*

*09.05 поступила в родильный дом с диагнозом: беременность I при сроке 39-40 недель, роды I, предвестники родов, гестоз легкой степени на фоне хронического пиелонефрита, анатомически узкий таз I степени (общесуженный), изосенсибилизация по системе ABO.*

*12.05 в 04:35 родильница после отхождения околоплодных вод была переведена в предродовое отделение при недостаточном раскрытии шейки матки и дискоординации родовой деятельности. Проводилась медикаментозная коррекция этих состояний (растворы синестрола, папаверина, хлористого кальция, димедрола). Отсутствие положительного результата от медикаментозной коррекции дискоординации родовой деятельности, анатомическое сужение таза, нарастание длительности безводного промежутка и недостаточное раскрытие шейки матки явились показанием для родоразрешения роженицы оперативным путем.*

*12.05 в 12:30 осмотрена анестезиологом, от роженицы были получены сведения*

*об аллергической реакции на новокаин и пенициллин.*

*13:30 произошло осложнение вводного наркоза в виде ларингоспазма, стала нарастать гипоксия (насыщение крови кислородом снизилась до 21%). 13:32 проведена операция — трахеотомия, во время которой были повреждены мягкие ткани шеи, глотки и пищевода, сосуды шеи. Развилось острое кровотечение.*

*13:45 у женщины, произошла остановка сердечной деятельности, через 20 минут – 14:05 проведения реанимационных мероприятий сердечная деятельность восстановлена. 13:45 – 15:40 проведена операция I-Кесарево сечение.*

*В качестве анестезиологического пособия в ходе проведения операции был использован общий наркоз с интубацией трахеи. 13:50 извлечен мальчик с оценкой 4–6 баллов по шкале Апгар. 14:40 – 15:40 проведена операция 2 - надвлагалищная ампутация тела матки. 14:45 – 18:30 оперативное вмешательство (3) по поводу ревизии раны шеи после трахеотомии, ушивание пищевода, глотки. 20:00 – 23:00 в связи с обильным кровотечением из носовых ходов и ротовой полости произведено повторное оперативное вмешательство(3) — ревизия и гемостаз раны шеи с установлением источника кровотечения: верхняя и нижняя щитовидная артерия, сонная артерия. Кровотечение остановлено. Общая кровопотеря составила 6000 мл.*

*13.05 в 00:15 – 01:20 состояние крайне тяжелое, продолжается искусственная вентиляция легких, инфузионная терапия. Проведена ревизия подапоневротического пространства операционной раны. Удалено около 100 мл крови.*

*15.05.04 в 07:35 после проведенных реанимационных мероприятий у женщины констатирована биологическая смерть.*

Причиной смерти гражданки Л. явилась длительная тяжелая гипоксия (как следствие ларингоспазма при проведении вводного наркоза) и острая массивная кровопотеря (как следствие операции трахеотомии с повреждением сосудов шеи) у роженицы в патологических родах (дискоординация родовой деятельности, анатомическое сужение таза, нарастание длительности безводного промежутка и недостаточное раскрытие шейки матки), сопровождавшееся проведением операций Кесарево сечение и надвлагалищной ампутацией матки и осложнившиеся острым геморрагическим шоком, диссеминированным внутрисосудистым свертыванием крови, острой почечной и легочно-сердечной недостаточностью.

В данном случае причина смерти – комбинированная, состоящая из трех частей: тяжелая гипоксия; острая массивная кровопотеря; операционные воздействия, в том числе, корректирующие патологические роды (кесарево сечение, ампутация матки). Причиной тяжелой гипоксии явился ларингоспазм, развившийся от медицинской манипуляции (установление ларингоскопа) в ходе проведения вводного наркоза. Не вызывает сомнения наличие прямой причинной связи между действиями медицинских работников и развившейся гипоксией. Экспертным путем было установлено, что премедикация была осуществлена неверно. Таким образом, становится очевидным тот факт, что медицинская манипуляция, проведенная роженице Л., явилась ятрогенной.

Острая массивная кровопотеря развивалась в первую очередь вследствие хирургического повреждения сосудов в ходе трахеотомии. Такая оценка

позволяет установить прямую причинную связь между массивной кровопотерей и хирургической операцией (трахеотомией), а также расценить неверные технические действия хирургов в ходе трахеотомии как ятрогению. При этом общий объем острой массивной кровопотери определялся не только кровотечением из хирургически поврежденных сосудов шеи, но и кровопотерей, связанной с проведением других операций (осуществленных методически и технически верно). Принимая во внимание, что в ходе трахеотомии была повреждена наружная сонная артерия, не вызывает сомнения, что доминирующая часть кровопотери возникла именно из этого повреждения.

В сложившейся ситуации высокая травматичность и существенная кровопотеря, характеризующие другие операции (осуществленные методически и технически верно) проведенные роженице Л., определили необходимость включения их в составляющую комбинированной причины смерти у данной роженицы. Судебно-медицинская оценка этой части заключалась в том, что тяжесть вреда здоровью в отношении этих операций не определялось. Это связано с тем, что операции Кесарево сечение и надвлагалищная ампутация матки осуществлялись по жизненным показаниям и были проведены методически и технически правильно. При этом их значение, доля, вклад в генезе смерти роженицы Л. были существенно ниже значения ятрогений (длительная гипоксия и массивная кровопотеря).

Установление хронологии в патогенезе основного заболевания у роженицы Л. было связано с простой фиксацией времени проведения премедикации, попытки введения ларингоскопа для интубации, трахеотомии, операции Кесарево сечение и надвлагалищной ампутации матки.

Судебно-медицинская оценка оказанной медицинской помощи заключалась в том, что следствию было указано на наличие недостатков в этой помощи. В частности, такими недостатками явились: неправильная премедикация; неверно исполненная технически операция трахеотомии. Было указано на прямую причинную связь между данными недостатками этой помощи и смертью роженицы Л. Неправильная премедикация и неверное техническое исполнение операции трахеотомии экспертной комиссией были расценены как причинившие тяжкий вред здоровью.

Каждый случай материнской смертности в обязательном порядке исследуется патологоанатомом, разбирается на клиничко-анатомических конференциях. В тех случаях, когда к этому разбору подключаются следственные органы, возникают крайне неприятные для медицинских работников перспективы, связанные с их уголовным преследованием. В первую очередь следственные органы и своими следственными действиями и с применением судебно-медицинской экспертизы выясняют основные их интересующие вопросы: 1) были ли в ходе оказания медицинской помощи беременной, роженице, родильнице допущены какие – либо недостатки; 2) привели ли эти недостатки к негативным последствиям для здоровья женщины; 3) имеется ли причинная связь между допущенными недостатками и смертью; 4) каков вред здоровью был причинен медицинскими работниками. Кроме этих основных вопросов могут возникать и другие вопросы частного характера.

Решение вышеперечисленных вопросов необходимо следствию для установления состава преступления (если таковое имелось), а также для дальнейшего применения статей уголовного кодекса. Чаще всего недостатки медицинской помощи в случаях материнской смертности рассматриваются следствием и судом применительно к следующим статьям УК РФ:

**109 «причинение смерти по неосторожности»,**

**118 «причинение тяжкого либо среднего вреда здоровью по неосторожности»,**

**124 «неоказание помощи больному»,**

**28 «невиновное причинение вреда».**

В случаях ятрогений преследование медицинских работников по вышеперечисленным статьям вполне реально. Наш анализ показывает, что материнская смертность и ятрогения в основном связаны с недостатками в теоретической подготовке врачей, отсутствием должных практических навыков в проведении операций, диагностических манипуляций, пособий. Учитывая это, основным усилием на борьбу с материнской смертностью следует направлять на повышение профессиональных качеств врачей. С другой стороны нельзя игнорировать сложившееся в последние десятилетия несоответствие между клинической медициной (как научно-обоснованной медицинской деятельностью) и реально существующей организацией работы медицинских учреждений и медицинских работников.

## **Глава VII. Признание случая внутрибольничной инфекции дефектом оказания медицинской помощи.**

Методическими указаниями МЗ СССР от 02.09.1987 № 28-6/34 установлены:

- 1) определение внутрибольничной (нозокомиальной, госпитальной) инфекции – как любого клинически распознаваемого заболевания микробной этиологии, связанного с пребыванием, лечением, обследованием или обращением человека за медицинской помощью в лечебно-профилактическое учреждение;
- 2) причины возникновения и развития ВБИ: - наличие невыявленных больных и носителей внутрибольничных штаммов среди медицинского персонала и пациентов; - нарушение персоналом правил асептики и антисептики, личной гигиены, текущей и заключительной дезинфекции, режима уборки; - нарушение режима стерилизации и дезинфекции медицинских инструментов, аппаратов, приборов.

Указаниями МЗ СССР от 29.12.88 г. № 1339-У детализируется подлежащие учету в качестве ВБИ:

1. Инфекционные заболевания.

2. Случаи гнойно-воспалительных (гнойно-септических) внутрибольничных инфекций, связанных с:

- родами и абортами;
- оперативными вмешательствами;
- инъекциями лечебных и профилактических препаратов;
- переливанием крови и ее заменителей, гемодиализом, гемосорбцией, катетеризацией сосудов;

- использованием аппаратов искусственного дыхания, трахеотомией, интубацией, катетеризацией мочевого пузыря, эндоскопическими исследованиями различных органов.

3. Подлежат индивидуальному учету: - родовой сепсис, разлитая послеродовая инфекция (эндометрит, сепсис);

- инфекция молочной железы и соска, связанная с деторождением;

- сепсис новорожденного;

- инфекционный мастит новорожденного;

- омфалит новорожденного;

- конъюнктивит и дакриоцистит новорожденного;

- средний отит с гноетечением у новорожденного;

- острый остеомиелит у новорожденного;

- пиодермия у новорожденного;

- импетиго, пемфикус новорожденного;

- послеоперационная инфекция;

- послеоперационная инфекция акушерской раны;

- цистит, уретрит, пиелонефрит;

- сепсис в результате инфузии, перфузии, трансфузии;

- постинъекционные абсцесс, флегмона, сепсис.

Нарушения в системе учета ВБИ могут повлечь применение со стороны страховщика штрафных санкций, как результат нарушения права пациента, предусмотренного частью 5 статьи 19 Закона РФ от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «5. Пациент имеет право на:

2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям».

Письмом МЗ и СР РФ от 03.08.2007 г. № 5886-ВС к причинам возникновения ВБИ у новорожденных отнесено:

- недооценка персоналом сложившейся неблагополучной эпидемиологической ситуации по ВБИ в родильном доме за предшествующий период (омфалит, везикулопустулез, панариций, остеомиелит, пузырчатка; стафилодермия);

- отсутствие своевременного принятия мер по предотвращению дальнейшего распространения ВБИ у новорожденных.

В соответствии с письмом Роспотребнадзора от 29.09.06 г. № 0100/10455-06-32 причинами возникновения ВБИ являются:

- нарушение санитарно-противоэпидемического режима;

- сокрытие легких форм ВБИ;

- увеличение числа диагнозов «внутриутробная инфекция» с целью сокрытия ВБИ.

Роспотребнадзором 23.07.06 г. утверждены Методические рекомендации «Метициллинрезистентные стафилококки (MRSA) – возбудители внутрибольничных инфекций» и установлен ряд обязательных мероприятий,

невыполнение которых должно рассматриваться как дефект оказания медицинской помощи, в частности:

1. Отсутствие бактериологического обследования на носительство MRSA при поступлении в стационар: - пациентов из других стационаров; - пациентов, у которых в анамнезе была госпитализация в предыдущие 6 месяцев; - пациентов из закрытых коллективов; - пациентов с тяжелым течением пневмонии.

2. Невыполнение требования об изоляции в отдельную палату пациентов с подтвержденной инфекцией любой локализации, вызванной метициллин (оксациллин) - резистентным золотистым стафилококком.

3. Неисполнение эпидемиологического надзора: - выявление, учет и регистрацию всех случаев ВБИ, вызванных MRSA и подтвержденных результатами микробиологических исследований; - определение спектра устойчивости изолятов MRSA к антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам и к бактериофагам.

Внутрибольничная инфекция представляет собой любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за лечебной помощью вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента во время пребывания в стационаре или после его выписки, а также инфекционное заболевание сотрудника лечебной организации вследствие его инфицирования при работе в данной организации.

Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ и Роспотребнадзора от 18.05.10 г. № 58 утверждены Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

На основе утвержденных санитарных правил и нормативов нами разработана классификация дефектов оказания медицинской помощи, которая используется экспертами СМО «Росгосстрах-Медицина» при анализе деятельности ЛПУ, применяется при выполнении тематических и плановых экспертиз качества медицинской помощи, а также при расследовании случаев внутрибольничного инфицирования по жалобе застрахованного лица. Несоблюдение хотя бы одного из пунктов классификации влечет применение к ЛПУ штрафных санкций.

Указанная классификация разработана на основе дефиниций, введенных законом РФ «О защите прав потребителей»:

- недостаток услуги - несоответствие услуги обязательным требованиям, предусмотренным законом, либо установленному им порядку, или условиям договора (при их отсутствии или неполноте условий обычно предъявляемым требованиям), или целям, для которых услуга такого рода обычно используется, или целям, о которых исполнитель был поставлен в известность потребителем при заключении договора;

- безопасность услуги - безопасность услуги для жизни, здоровья, имущества потребителя, а также безопасность процесса оказания услуги.

Ненадлежащим качеством оказания медицинской помощи следует признать нарушения правил эпидемиологического надзора за ВБИ в хирургических стационарах (отделениях):



- отсутствие выявления, учета и регистрации ВБИ у пациентов на основе клинических, лабораторных, эпидемиологических и патологоанатомических данных;
- отсутствие анализа заболеваемости ВБИ у пациентов;
- отсутствие выявления групп и факторов риска возникновения ВБИ среди пациентов;
- незнание характеристики лечебно-диагностического процесса (данные о хирургических и других инвазивных манипуляциях);
- отсутствие данных об антибиотикопрофилактике и терапии;
- отсутствие микробиологического мониторинга за возбудителями ВБИ (данные видовой идентификации возбудителей ВБИ, выделенных от пациентов, персонала, из объектов внешней среды, определение чувствительности/резистентности выделенных штаммов к антимикробным средствам: антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам и др.);
- отсутствие выявления, учета и регистрации ВБИ у медицинского персонала;
- отсутствие анализа заболеваемости ВБИ среди медицинского персонала;
- отсутствие оценки эффективности проводимых мер борьбы и профилактики.

К дефектам оказания медицинской помощи относятся:

- недоучет и отсутствие регистрации внутрибольничных послеоперационных инфекций (заболеваний и осложнений после хирургического вмешательства), возникающих в течение 30 дней после оперативного вмешательства, а при наличии имплантата в месте операции - до года:
  - а) поверхностная инфекция разреза (нагноение послеоперационной раны и др.) - возникает не позднее 30 дней после операции и вовлекает только кожу и подкожные ткани в области разреза; у пациента имеется одно из перечисленного:
    - гнойное отделяемое из поверхностного разреза;
    - выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически пункцией области поверхностного разреза или из мазка из раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления;
    - имеется не менее двух из следующих симптомов: боль или болезненность, ограниченная припухлость, краснота, местное повышение температуры;
  - б) глубокая инфекция в области хирургического вмешательства абсцесс, флегмона и др.) - возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции и вовлекает глубокие мягкие ткани (например, фасциальный и мышечный слой) в области разреза; у пациента имеется хотя бы одно из перечисленного:
    - гнойное отделяемое из глубины разреза в месте данного хирургического вмешательства, но не из органа/полости;
    - выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученное асептически пункцией области глубокого разреза или из мазка из глубины раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления;
    - спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом, когда у пациента имеются следующие признаки и симптомы: лихорадка ( $> 37,5$



град. С), локализованная боль или болезненность;

- при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции в области глубокого разреза;

в) инфекция полости/органа (перитонит, остеомиелит, пневмония, пиелонефрит, медиастенит, эндометрит и др., возникшие после операции на соответствующем органе) - возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции, вовлекает любую часть организма (например, органа или полости), кроме области разреза, которая была вскрыта или подверглась манипуляциям в процессе операции; у пациента имеется одно из перечисленного:

- гнойное отделяемое из дренажа, установленного в органе/полости через специальный разрез;

- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из органа/полости;

- лихорадочное состояние; - при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции, вовлекающие орган/полость.

Дефектом является отсутствие информации о каждом пациенте с выявленной ВБИ:

- дата заболевания;

- дата регистрации (выявления) ВБИ;

- тип чистоты операции (класс раны);

- оценка тяжести состояния пациента по шкале ASA;

- данные микробиологических исследований;

- диагноз в соответствии с МКБ-10; - наличие инфекции иной локализации.

Дефектом является непредставление микробиологической службой лечащему врачу и эпидемиологу информации для дальнейшего анализа:

- количество клинических образцов, направленных на исследование из каждого отделения;

- количество выделенных и идентифицированных микроорганизмов, включая грибы (отдельно по каждому из видов);

- количество выделенных микробных ассоциаций;

- количество микроорганизмов, протестированных на чувствительность к каждому из антибиотиков;

- чувствительность выделенных микроорганизмов к антибиотикам и другим антимикробным средствам;

- невнимание на метициллин (оксациллин)-резистентные стафилококки, ванкомицинрезистентные энтерококки, микроорганизмы с множественной лекарственной устойчивостью для проведения целенаправленных лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий.

К дефектам профилактического назначения антибиотиков (антибиотико-профилактика) относят:

- недооценку риска возникновения инфекционных осложнений;
- назначение неэффективного препарата антибиотикопрофилактики при данной операции;
- отсутствие профилактики возможных неблагоприятных последствий применения антибиотиков; нарушения правил антибиотикопрофилактики;
- выбор препаратов, активных в отношении ожидаемых (наиболее вероятных) при определенных операциях возбудителей инфекционных осложнений;
- назначение в дозах, рекомендованных для лечения (ближе к верхней границе допустимой дозы);
- преимущественно внутривенное введение антибиотиков;
- введение не ранее 2 часов до операции (в крайнем случае, во время операции; в идеале - за 15-20 минут до разреза);
- учет периода полувыведения для большинства препаратов, рекомендуемых для профилактики ВБИ;
- необходимость дополнительного введения при массивной кровопотере (более 1000 мл во время операции), короткого периода полувыведения, при продолжительных (более 3 часов) операциях.

Дефектом оказания медицинской помощи следует признать следующие нарушения профилактики ВБИ в отделениях реанимации и интенсивной терапии:

1. При использовании дыхательной аппаратуры неудаление эндотрахеальных, трахеостомических и/или энтеральных (назо-, оро-, гастральных, -интестинальных) трубок немедленно по устранении клинических показаний.
2. Необеспечение постоянного удаления секрета из надманжеточного пространства.
3. Отсутствие в документации указания на наименование и дозу антисептика при профилактике орофарингеальной колонизации.
4. Отсутствие указания в истории болезни на использование при организации респираторной поддержки:
  - выполнения санации одноразовыми перчатками;
  - стерильных отсосных катетеров однократного применения при использовании открытых систем для аспирации секретов дыхательных путей;
  - стерильных расходных материалов, соприкасающихся с дыхательными путями больного (эндотрахеальные трубки, трахеостомические канюли, катетеры для аспирации секрета трахеобронхиального дерева).
5. Проведение без особых показаний (явное загрязнение, нарушение функционирования и т.п.) замены дыхательного контура, исходя только из продолжительности его применения, при использовании контура у того же самого пациента; несвоевременное удаление любого конденсата в контуре.
6. Неиспользование для постановки центральных венозных и артериальных катетеров стерильного оснащения, включая стерильную одежду и перчатки, маску и большие стерильные салфетки.
7. Отсутствие в истории болезни упоминания о месте и дате постановки катетера, дате его удаления, антисептике, повязке.

8. Отсутствие бактериологического исследования катетера при появлении первых признаков инфекции катетер.

9. Назначение катетеризации мочевого пузыря без строгих клинических показаний; отсутствие упоминания о стерильности катетера; замена катетера без строгих показаний (обструкция).

Случай признания ВБИ дефектом оказания медицинской помощи должен отвечать требованиям Закона РФ «О защите прав потребителей», т.е. быть:

- несоответствием медицинской помощи обязательным требованиям, предусмотренным законодательством по обязательному медицинскому страхованию или условиям договора;

- нарушению требований нормативных актов МЗ и СР РФ, Росздравнадзора и Роспотребнадзора;

- нарушением обычаев делового оборота, обычно предъявляемых требований в сфере здравоохранения;

- нарушением требований безопасности медицинской услуги;

- несоответствием медицинской помощи целям, для которых данная медицинская помощь обычно оказывается, выразившимся в причинении вреда жизни и здоровью застрахованных (пациентов);

- неоптимальным выбором технологии оказания медицинских услуг (неправильная диагностика, затрудняющая стабилизацию имеющегося у пациента заболевания; создание условий повышения риска для возникновения нового патологического процесса; нерациональное использование ресурсов медицинского учреждения);

- нарушением правил оформления медицинской документации.

Критерии ненадлежащего качества ведения больного с госпитальной пневмонией.

В настоящее время усилиями ряда специалистов и методическими рекомендациями «Нозокомиальная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике» установлены и опубликованы типичные ошибки ведения пациентов с нозокомиальной пневмонией [Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С., Козлов Р.С. и др., 2005; Ахмедов В.А., Баженов Е.Е., Бунова С.С. и др., 2010]:

1. Ошибки диагностики:

1) неправильная интерпретация очагово-инфильтративных изменений в легких на рентгенограмме. Возможными неинфекционными причинами являются: новообразования, тромбоэмболия легочной артерии и инфаркт легкого, застойная сердечная недостаточность, ОРДС, ателектаз, лекарственная пневмопатия. Определяющим моментом в дифференциации этих заболеваний/патологических состояний служит оценка динамики клинико-лабораторных признаков, общего состояния пациента и микробиологическая диагностика. Для объективизации оценки клинических, лабораторных и рентгенологических данных у пациентов с подозрением на ВАП целесообразно использовать шкалу CPIS;

2) неверная оценка результатов микробиологического исследования. Отсутствие микроскопической оценки качества мокроты с окраской по Граму. Неправильная интерпретация результатов микробиологического исследования крови.

Диагностическая значимость выделенных микроорганизмов должна определяться их концентрацией и способом забора материала;

3) технические ошибки. Введение катетера в интактные отделы легких искажает истинную микробиологическую картину.

2. Ошибки антибактериальной терапии нозокомиальной пневмонии.

2.1. Ошибки по выбору антибактериального препарата:

1) назначение АМП для эрадикации этиологически незначимых микроорганизмов. *S. viridans*, *Enterococcus* spp., *S. epidermidis* не являются возбудителями нозокомиальной пневмонии. Грибы рода *Candida* не являются этиологическим агентом нозокомиальной пневмонии у пациентов без иммунодефицита;

2) неоправданно частое назначение препаратов с антианаэробной активностью. Роль анаэробов в развитии нозокомиальной пневмонии сомнительна;

3) назначение гентамицина, карбенициллина, цефалоспоринов I поколения. Активность гентамицина, карбенициллина, цефалоспоринов I поколения в отношении возбудителей нозокомиальной пневмонии в России является крайне низкой;

4) использование монотерапии ципрофлоксацином или цефалоспоринов I-III поколения без антисинегной активности для стартовой эмпирической терапии ВАП у пациентов ОРИТ. Высокий уровень устойчивости наиболее вероятных возбудителей нозокомиальной пневмонии к указанным препаратам (*P. aeruginosa*, *Acinetobacter* spp., *K. pneumoniae*);

5) Назначение цефалоспоринов I-IV поколений для терапии нозокомиальной пневмонии, вызванной *K. pneumoniae* (БЛРС+), по недостоверным результатам определения чувствительности. Сниженная чувствительность выделенного штамма *K. pneumoniae* хотя бы к одному цефалоспориноу III поколения позволяет заподозрить продукцию БЛРС.

2.2. Ошибки по режиму дозирования:

1) назначение ципрофлоксацина в низких дозах. Ципрофлоксацин должен назначаться в дозе 800- 1200 мг в сутки внутривенно капельно;

2) низкие дозы антибиотиков при терапии нозокомиальной пневмонии, вызванной *P.aeruginosa*.

2.3. Ошибки по длительности терапии:

1) неоправданно частая смена антимикробных препаратов в процессе лечения. Показаниями для смены препарата служат:

- отсутствие клинической эффективности в течение 72 ч и персистенция возбудителя;

- развитие серьезных нежелательных явлений;

- появление возбудителя нозокомиальной пневмонии, резистентного к используемому препарату;

2) продолжение использования антимикробного препарата до нормализации температуры тела и числа лейкоцитов в периферической крови. Разрешение отдельных клинико-лабораторных показателей (субфебрилитет, отделение гнойной мокроты, палочкоядерный сдвиг менее 10%) или рентгенологических

изменений не совпадает по времени с эрадикацией возбудителя и не является показанием для продолжения антибактериальной пневмонии. Основным критерий отмены — обратное развитие комплекса клинических проявлений, включая дыхательную недостаточность.

Российские национальные рекомендации «Нозокомиальная пневмония у взрослых» (2009) к числу формализованных диагностических критериев нозокомиальной пневмонии относят:

1. Появление на рентгенограмме «свежих» очагово-инфильтративных изменений в лёгких.

2. Два из приведённых ниже признаков:

- лихорадка  $> 38,3^{\circ}\text{C}$ ;
- бронхиальная гиперсекреция;
- $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 240$ .

3. Два из приведённых ниже признаков:

- кашель, тахипноэ, локально выслушиваемые инспираторная крепитация, влажные хрипы, бронхиальное дыхание;
- лейкопения ( $< 4,0 \times 10^9/\text{л}$ ) или лейкоцитоз ( $> 12,0 \times 10^9/\text{л}$ ), палочкоядерный сдвиг ( $> 10\%$ );
- гнойная мокрота/бронхиальный секрет ( $> 25$  полиморфно-ядерных лейкоцитов в поле зрения при малом увеличении -  $\times 100$ ).

В соответствии с Национальными рекомендациями «Нозокомиальная пневмония у взрослых» (2009) критериями эффективности эмпирического режима антибактериальной терапии являются:

- лихорадка;
- количество и характер мокроты;
- лейкоцитоз или лейкопения;
- оксигенация крови;
- рентгенологическая картина - прогностически неблагоприятными рентгенологическими признаками являются: поражение новых долей лёгкого, увеличение размера инфильтрата более чем на 50% в течение 48 часов, появление очагов деструкции, наличие большого плеврального выпота;
- данные оценки состояния других органов и систем;
- абсолютные значения концентрации С-реактивного белка и прокальцитонина в динамике;
- улучшение общего состояния уже через 48-72 часа терапии;

- микроскопия мокроты или содержимого бронхов/трахеи с окраской по Граму должна быть проведена сразу после назначения эмпирической антибактериальной терапии. Выявление в респираторном секрете грамположительных кокков является важным аргументом в пользу добавления в схему лечения препарата против MRSA - линезолида или ванкомицина (если он не был назначен ранее).

У больных с интубацией трахеи из-за низкой специфичности клинических признаков пневмонии в первые пять суток оценку динамики инфекционного процесса дополнительно проводят по суррогатным показателям:

- восстановление дыхательного коэффициента (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>);
- снижение количества баллов по шкале CPIS;
- снижение количества бактерий в аспирате трахеи или БАЛ.

Резюме национальных рекомендаций «Нозокомиальная пневмония у взрослых» в части антимикробной терапии выглядит следующим образом:

1. При подозрении на НП следует немедленно начать адекватную эмпирическую антибактериальную терапию, так как отсрочка в назначении адекватного лечения сопровождается ухудшением прогноза (уровень рекомендаций А).
2. Для обеспечения максимальной эффективности эмпирической терапии у пациентов с тяжёлой НП критически важным является использование антимикробных препаратов в адекватных дозах (уровень рекомендаций А).
3. Для эмпирической терапии НП антимикробные препараты следует назначать внутривенно. В дальнейшем у пациентов с клиническим улучшением и нормальной функцией ЖКТ возможен переход на пероральную терапию с использованием антибиотиков с хорошей биодоступностью (уровень рекомендаций В).
4. Использование аэрозольного пути введения не повышает эффективности терапии НПивл, однако он может применяться в качестве дополнительной терапии у пациентов с НП, вызванной полирезистентными грамотрицательными микроорганизмами, неэффективностью системной антибактериальной терапии (уровень рекомендаций В),
5. Возможно использование комбинированной терапии у пациентов с высокой вероятностью НП, вызванной полирезистентными возбудителями. Однако недостаточно данных по преимуществам данного подхода перед монотерапией (за исключением повышения вероятности адекватности эмпирической терапии) (уровень рекомендаций В).
6. При возможности следует применять монотерапию (уровень рекомендаций А), за исключением случаев, когда комбинированная терапия требуется для расширения спектра активности, например добавление линезолида или ванкомицина к бета-лактаму при высоком риске инфицирования MRSA (уровень рекомендаций С).
7. Учитывая отсутствие адекватных данных по эффективности и безопасности воспроизведённых копий антимикробных лекарственных средств, при выборе бета-лактамовых антибиотиков следует отдавать предпочтение оригинальным препаратам (уровень рекомендаций С).
8. При эффективной эмпирической антибактериальной терапии её длительность может быть сокращена до 7-8 дней (уровень рекомендаций В).
9. Препаратом выбора для лечения аспергиллёза лёгких является вориконазол (уровень рекомендаций А). При неэффективности вориконазола препаратом второго ряда является каспофунгин (уровень рекомендаций В). При невозможности, применения вориконазола и каспофунгина допустимо использование обычной или липидной формы амфотерицина В (уровень рекомендаций А).
10. При клинической эффективности лечения и получении адекватных микробиологических данных об этиологии НП и чувствительности выделенных возбудителей возможна деэскалация антибактериальной терапии (уровень

рекомендаций В).

С целью выработки единых подходов к внутри- и вневедомственной экспертизе качества медицинской помощи вниманию экспертной медицинской общественности предлагаются критерии ненадлежащего качества интенсивной терапии госпитальной пневмонии:

1. Отсутствие в окончательном диагнозе формулировки нозокомиальной (НП) (госпитальной, внутрибольничной) пневмонии при возникновении пневмонического очага после 48 часов нахождения в стационаре.

2. Недоучет факторов риска и отсутствие мер профилактики нозокомиальной пневмонии (возникновение риска прогрессирования имеющегося заболевания или нового патологического процесса):

- антибактериальная терапия в предшествующие 90 дней;
- госпитализация в течение двух дней и более в предшествующие 90 дней;
- пребывание в домах длительного ухода (домах престарелых, инвалидов и др.);
- хронический диализ в течение предшествующих 30 дней;
- наличие члена семьи с заболеванием, вызванным полирезистентными возбудителями (ПРВ);
- наличие иммунодефицитного состояния и/или иммуносупрессивная терапия.

3. Формулирование диагноза госпитальной пневмонии в отсутствие ее критериев. Невнимательное отношение к пациенту и отсутствие формулирования диагноза госпитальной пневмонии при наличии ее критериев:

1) появление на рентгенограмме «свежих» очагово-инфильтративных изменений в лёгких;

2) появление двух из приведённых ниже признаков:

- лихорадка  $> 38,3^{\circ}\text{C}$ ;
- бронхиальная гиперсекреция;
- $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 240$ ;

3) появление двух из приведённых ниже признаков:

- кашель, тахипноэ, локально выслушиваемые инспираторная крепитация, влажные хрипы, бронхиальное дыхание;
- лейкопения ( $< 4,0 \times 10^9/\text{л}$ ) или лейкоцитоз ( $> 12,0 \times 10^9/\text{л}$ ), палочкоядерный сдвиг ( $> 10\%$ );
- гнойная мокрота/бронхиальный секрет ( $> 25$  полиморфно-ядерных лейкоцитов в поле зрения при малом увеличении -  $\times 100$ ).

4. Отсутствие оценки и мониторинга по модифицированной шкале CPIS.

5. Невыполнение культурального исследования крови, которое должно проводиться у всех пациентов с подозрением на госпитальную пневмонию.

6. Невыполнение следующих правил микробиологической диагностики:

- 1) обязательное использование микроскопии окрашенного по Граму мазка свободно откашливаемой мокроты;
- 2) совместная оценка данных микроскопии и культурального исследования трахеального аспирата для выбора эмпирической антибактериальной терапии;
- 3) наличие нового и прогрессирующего инфильтрата на рентгенограмме органов

грудной клетки в сочетании с двумя из трёх клинических признаков (температуры  $> 38^{\circ}\text{C}$ , лейкоцитоза/лейкопении, гнойного отделяемого из дыхательных путей) является клиническим критерием для начала эмпирической антибактериальной терапии;

4) повторный анализ необходимости назначения антибактериальной терапии проводят на основании клинической оценки (в динамике) и результатов количественного исследования материала из нижних дыхательных путей не позднее третьих суток терапии;

5) количественное культуральное исследование следует проводить при изучении образцов, полученных:

- эндотрахеальной аспирацией: диагностически значимый титр микробных тел  $> 105$  КОЕ/мл;

- бронхоальвеолярным лаважем: диагностически значимый титр микробных тел  $> 104$  КОЕ/мл;

- методом «защищенных» щеток: диагностически значимый титр микробных тел  $> 103$  КОЕ/мл.

7. Невыполнение диагностического торакоцентеза при наличии плеврального выпота с толщиной слоя свободно смещаемой жидкости на латерограмме более 10 мм или при тяжёлом состоянии пациента с целью дифференциальной диагностики эмпиемы плевры и парапневмонического выпота).

8. Недоучет критериев тяжелого течения госпитальной пневмонии:

- выраженная дыхательная недостаточность ( $\text{ЧД} > 30$  в мин);

- развитие сердечно-сосудистой недостаточности ( $\text{САД} < 100$  мм рт.ст.,  $\text{ДАД} < 60$  мм рт.ст.);

- температура тела  $> 39^{\circ}\text{C}$  или  $< 36^{\circ}\text{C}$ ;

- нарушение сознания;

- мультилобарное или билатеральное поражение;

- клинические признаки дисфункции органов;

- гиперлейкоцитоз ( $> 30 \times 10^9/\text{л}$ ) или лейкопения ( $< 4 \times 10^9/\text{л}$ );

- гипоксемия ( $\text{PaO}_2 < 60$  мм рт. ст.).

9. Отсутствие мониторинга у больных с интубацией трахеи в первые пять суток по показателям:

- восстановление дыхательного коэффициента ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ );

- снижение количества баллов по шкале CPIS;

- снижение количества бактерий в аспирате трахеи или бронхоальвеолярном лаваже.

10. Невыполнение следующих правил антибактериальной терапии госпитальной пневмонии:

10.1. При подозрении на НП следует немедленно начать адекватную эмпирическую антибактериальную терапию, так как отсрочка в назначении адекватного лечения сопровождается ухудшением прогноза.

10.2. Использование обоснованной монотерапии антимикробным препаратом в адекватных дозах внутривенно с последующим обоснованным переходом на



пероральную терапию у пациентов с клиническим улучшением и нормальной функцией ЖКТ.

10.3. Обоснованное использование комбинированной терапии у пациентов с высокой вероятностью НП, вызванной полирезистентными возбудителями.

10.4. При эффективной эмпирической антибактериальной терапии её длительность может быть сокращена до 7-8 дней.

10.5. При клинической эффективности лечения и получении адекватных микробиологических данных об этиологии НП и чувствительности выделенных возбудителей возможна деэскалация антибактериальной терапии (смена режима анти-бактериальной терапии широкого спектра на более узкий по результатам бактериологического исследования).

10.6. При НП, вызванной полирезистентными грамотрицательными микроорганизмами, неэффективностью системной антибактериальной терапии в качестве дополнительной терапии назначают аэрозольный путь введения.

10.7. Эмпирическая антибактериальная терапия ранней НП (менее 5 дней) любой степени тяжести у пациентов без факторов риска инфицирования полирезистентными возбудителями:

- цефалоспорины III поколения без антисинегнойной активности (цефтриаксон, цефотаксим) или

- фторхинолон (левофлоксацин, моксифлоксацин, офлоксацин) или

- пиперациллин/тазобактам или

- карбапенем без антисинегнойной активности (эртапенем).

10.8. Эмпирическая антибактериальная терапия поздней НП (более 4 дней) любой степени тяжести или НП у пациентов с факторами риска инфицирования полирезистентными возбудителями:

- карбапенем с антисинегнойной активностью (меропенем, имипенем, дорипенем) или

- ингибиторозащищённый бета-лактамы с антисинегнойной активностью (цефоперазон/сульбактам, пипераниллин/тазобактам) или

- цефалоспорины III - IV поколения с антисинегнойной активностью (цефтазидим, цефепим) при MRSA плюс (при наличии факторов риска MRSA) линезолид или ванкомицин.

11. Невыполнение требований приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.10.1998 г. № 300 «Об утверждении стандартов (протоколов) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких»:

- при госпитальных пневмониях препаратами выбора являются пенициллины с клавулановой кислотой, цефалоспорины 3-й генерации, фторхинолоны, аминогликозиды, карбапенемы;

- комбинированная терапия проводится при неизвестной этиологии и чаще всего состоит из 2-х антибиотиков:

- пенициллиновый + аминогликозидный антибиотик;

- цефалоспориновый 1, + аминогликозидный антибиотик;

- цефалоспориновый 3 + макролидный антибиотик;

- иногда 3-х антибиотиков: пенициллиновый (цефалоспориновый) + аминогликозидный + клиндамицин.

12. Отказ от одного вариантов назначения антибактериальных препаратов при анализе эпидемиологических данных:

Эпидемиологическая ситуация	Возбудитель	Антибиотик
Эпидемия гриппа	Вирус + стафилококк	- Полусинтетические пенициллины, в том числе с клавулановой кислотой; - цефалоспорины 1-го и 2-го поколения; - макролиды
Вспышка невирусной инфекции	Микоплазма Хламидии	- Макролиды

13. Отказ в проведении интенсивной терапии при наличии критериев ее начала в отделении интенсивной терапии:

1) дыхательная недостаточность:

$PO_2/FiO_2 < 50$  ( $< 00$  при ХОБЛ);

признаки утомления диафрагмы;

необходимость в механической вентиляции;

2) недостаточность кровообращения:

-шок - систолическое АД  $< 90$  мм рт. ст., диастолическое АД  $< 60$  мм рт. ст.;

-необходимость введения вазоконстрикторов чаще, чем через 4 часа;

-диурез  $< 0$  мл/час;

-острая почечная недостаточность и необходимость диализа;

-синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания;

-менингит;

-кома.

## **Глава VIII. Дефекты и критерии ненадлежащего качества медицинской помощи, устанавливаемые по порядкам оказания медицинской помощи.**

**1. Критериями ненадлежащего объема, качества и условий оказания медицинской помощи женщинам в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (Порядок), утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н, являются:**

I. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий предоставления медицинской помощи женщинам в период беременности.

1. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности в рамках первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, не имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» – невыполнение требований п. 3 Порядка.

2. Оказание медицинской помощи женщинам в случае возникновения осложнения течения беременности в амбулаторных условиях без предоставления консультации врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания – невыполнение требований п. 4 Порядка.

3. Оказание медицинской помощи женщинам при акушерских осложнениях в стационарных условиях вне отделения патологии беременности (в любых других отделениях) – невыполнение требований п. 4 Порядка.

4. Оказание медицинской помощи женщинам при соматических заболеваниях в стационарных условиях вне специализированных отделений медицинских организаций – невыполнение требований п. 4 Порядка.

5. Отказ в заполнении листов маршрутизации в отношении беременных женщин с учетом возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальных заболеваниях – невыполнение требований п. 5 Порядка.

6. Невыполнение норматива осмотров беременной женщины при физиологическом течении беременности – невыполнение требований п. 6 Порядка:

- врачом-акушером-гинекологом - менее семи раз;
- врачом-терапевтом - менее двух раз;
- врачом-стоматологом - менее двух раз;
- врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом - менее одного раза и/или позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию;
- другими врачами-специалистами – при наличии показаний и/или с учетом сопутствующей патологии.

7. Невыполнение норматива инструментальных и лабораторных исследований беременной женщины при физиологическом течении беременности – невыполнение п. требований 6 Порядка:

7.1. Отказ от выполнения (отказ в выдаче направления) трехкратного скринингового ультразвуковое исследование (УЗИ): при сроках беременности 11-14 недель, 18-21 неделя и 30-34 недели.

7.2. Невыполнение сроков трехкратного скринингового ультразвуковое исследование (УЗИ): при сроках беременности 11-14 недель, 18-21 неделя и 30-34 недели.

7.3. Отказ от выполнения (отказ в выдаче направления) пренатальной диагностики, для проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка экспертного уровня при сроке беременности 11-14 недель (УЗИ врачами-специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования в I триместре, и определение материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина) с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией.

7.4. Невыполнение одного из составляющих комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка экспертного уровня при сроке беременности 11-14 недель:

- УЗИ врачами-специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования в I триместре;

- определение материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина);

- расчета индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией.

7.5. Отказ от выполнения (отказ в выдаче направления) пренатальной диагностики в целях проведения УЗИ для исключения поздно манифестирующих врожденных аномалий развития плода при сроке беременности 18-21 неделя – невыполнение требований п. 6 Порядка.

7.6. Отказ от выполнения (отказ в выдаче направления) УЗИ при сроке беременности 30-34 недели по месту наблюдения беременной женщины – невыполнение требований п. 6 Порядка.

8. Отказ в выдаче направления в медико-генетическую консультацию (центр) для медико-генетического консультирования и установления или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования при установлении у беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям у плода (индивидуальный риск 1/100 и выше) в I триместре беременности и (или) выявлении врожденных аномалий (пороков развития) у плода в I, II и III триместрах беременности – невыполнение требований п. 7 Порядка.

9. Отказ от определения дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется перинатальным консилиумом врачей в случае установления в медико-генетической консультации (центре) пренатального диагноза врожденных

- аномалий (пороков развития) у плода – невыполнение требований п. 7 Порядка.
- 9.1. Неполное и/или недостоверное предоставление информации о диагнозе хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребенка после рождения – невыполнение требований п. 7 Порядка.
- 9.2. Отказ от выполнения прерывания беременности по медицинским показаниям проводится независимо от срока беременности в случае постановки диагноза хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребенка после рождения – невыполнение требований п. 7 Порядка.
10. Выполнение искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель вне гинекологического отделения – невыполнение требований п. 7 Порядка.
11. Выполнение искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке в 22 недели и более вне обсервационного отделения акушерского стационара – невыполнение требований п. 7 Порядка.
12. Отказ от проведения перинатального консилиума врачей, состоящего из врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача - детского хирурга, при пренатально диагностированных врожденных аномалиях (пороках развития) у плода – невыполнение требований п. 8 Порядка.
13. Отказ от дачи направления беременным женщинам для родоразрешения осуществляется в акушерские стационары, имеющие отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, обслуживаемые круглосуточно работающим врачом-неонатологом, владеющим методами реанимации и интенсивной терапии новорожденных, если по заключению перинатального консилиума врачей возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде – невыполнение требований п. 8 Порядка.
14. Отказ от проведения консилиума врачей, в состав которого входят врач-акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, врач-генетик, врач-неонатолог, врач - детский кардиолог и врач - детский хирург, при наличии врожденных аномалий (пороков развития) плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи плоду или новорожденному в перинатальном периоде – невыполнение требований п. 8 Порядка.
15. Отказ от дачи направления беременной женщины по заключению консилиума врачей в медицинскую организацию, имеющую лицензию на оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи плоду или новорожденному в перинатальном периоде, в т.ч. за пределы субъекта РФ - невыполнение требований п. 8 Порядка.
16. Отсутствие постановки беременной женщины на учет в срок до 11-12 недель - невыполнение требований п. 9 Порядка.
17. Отсутствие заключения врача-акушера-гинеколога о возможности вынашивания беременности (в т.ч. определение риска возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных) на

- сроке до 11-12 недель беременности - невыполнение требований п. 9 Порядка.
18. Отсутствие окончательного заключения врача-акушера-гинеколога о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода (в т.ч. определение риска возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных) на сроке до 22 недель беременности - невыполнение требований п. 9 Порядка.
19. Выполнение искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности вне гинекологического отделения; в медицинских организациях, не имеющих возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) медицинской помощи женщине (в отсутствие врачей-специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности) - невыполнение требований п. 10 Порядка.
20. Невыполнение требований об этапности оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, которая определена приложением № 5 к Порядку - невыполнение требований п. 11 Порядка.
21. Отказ от направления на госпитализацию, отказ в госпитализации беременной женщине при угрожающем аборте в учреждениях охраны материнства и детства (в частности отказ в госпитализации в отделение патологии беременности, гинекологическое отделение с палатами для сохранения беременности) и специализированных отделениях медицинских организаций, ориентированных на сохранение беременности - невыполнение требований п. 13 Порядка.
22. Отказ от выдачи планового направления в стационар беременной женщины на родоразрешение - невыполнение требований п. 14 Порядка.
23. Отсутствие в плановом направлении в стационар беременной женщины на родоразрешение и/или в записи в карте наблюдения за беременной указания на степень риска возникновения осложнений в родах - невыполнение требований п. 14 Порядка.
24. Отказ в даче направления и/или отказ в госпитализации беременной в профильное отделение медицинских организаций вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом при экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения - невыполнение требований п. 15 Порядка.
25. Отказ в даче направления и/или отказ в госпитализации беременной в акушерский стационар при наличии акушерских осложнений - невыполнение требований п. 15 Порядка.
26. Отказ в даче направления и/или отказ в госпитализации беременной в отделение сестринского ухода для беременных женщин с целью предотвращения развития возможных осложнений при проживании беременной отдаленно от акушерского стационара и при отсутствии прямых показаний для направления в отделение патологии беременности - невыполнение требований п. 15 Порядка.

27. Отсутствие в медицинской документации беременной, проживающей отдаленно от акушерского стационара, указания на риск или отсутствие риска прямых показаний для направления в отделение патологии беременности - невыполнение требований п. 15 Порядка.
28. Отсутствие в медицинской документации беременной, проживающей отдаленно от акушерского стационара, записей сестринского ухода о динамике состояния беременной с анализом риска возможных осложнений - невыполнение требований п. 15 Порядка.
29. Отсутствие в медицинской документации показаний для госпитализации женщины в период беременности и в послеродовой период в дневной стационар (инвазивные манипуляции, ежедневное наблюдение и (или) выполнение медицинских процедур, не требующих круглосуточного наблюдения и лечения, продолжение наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре) – невыполнение требований п. 15 Порядка.
30. Пребывание в дневном стационаре беременной женщины менее 4 часов в сутки или отсутствие отметки в медицинской документации о временном периоде пребывания беременной в дневном стационаре в течение суток – невыполнение требований п. 15 Порядка.
31. Отказ в даче направления и/или отказ в госпитализации беременной в случаях преждевременных родов в 22 недели беременности и более в акушерский стационар, имеющий отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных – невыполнение требований п. 16 Порядка.
32. Дача направления или госпитализация беременной в случаях преждевременных родов в 22 недели беременности и более в акушерский стационар, не имеющий отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных – невыполнение требований п. 16 Порядка.
33. Отсутствие в медицинской документации протокола консилиума (консультаций) врачей-специалистов при сроке беременности 35-36 недель с результатами оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов – невыполнение требований п. 17 Порядка.
34. Отсутствие в медицинской документации на сроке беременности 35-36 недель формулирования врачом-акушером-гинекологом полного клинического диагноза и/или определения места планового родоразрешения на основании результатов всех проведенных исследований с учетом течения беременности по триместрам, консультаций специалистов с целью оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов – невыполнение требований п. 17 Порядка.
35. Отсутствие в медицинской документации записи об информировании врачом-акушером-гинекологом беременной женщины и членов ее семьи о медицинской организации, в которой планируется родоразрешение – невыполнение требований п. 17 Порядка.
36. Отсутствие в медицинской документации протокола рассмотрения врачом-акушером-гинекологом вопроса об индивидуальном течении беременности и родов, риске из осложнений, как показаниях необходимости направления в

стационар до родов – невыполнение требований п. 17 Порядка.

37. Отказ в выдаче направления и/или отказ в оказании медицинской помощи в консультативно-диагностическом отделении перинатальных центров беременной женщине (невыполнение требований п. 18 Порядка):

а) с экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения совместно со специалистами по профилю заболевания, включая рост беременной женщины ниже 150 см, алкоголизм, наркоманию у одного или обоих супругов;

б) с отягощенным акушерским анамнезом (возраст до 18 лет, первобеременные старше 35 лет, невынашивание, бесплодие, случаи перинатальной смерти, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, рождение детей с врожденными пороками развития, пузырный занос, прием тератогенных препаратов);

в) с акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности, гипертензивные расстройства, анатомически узкий таз, иммунологический конфликт (Rh и ABO изосенсибилизация), анемия, неправильное положение плода, патология плаценты, плацентарные нарушения, многоплодие, многоводие, маловодие, индуцированная беременность, подозрение на внутриутробную инфекцию, наличие опухолевидных образований матки и придатков);

г) с выявленной патологией развития плода для определения акушерской тактики и места родоразрешения.

II. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий предоставления медицинской помощи беременным женщинам с врожденными пороками внутренних органов у плода.

1. Отказ в выдаче направления и/или отказ в проведении консилиума врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача ультразвуковой диагностики, врача-генетика, врача - детского хирурга, врача-кардиолога, врача - сердечно-сосудистого хирурга с целью определения прогноза для развития плода и жизни новорожденного в случае подтверждения врожденного порока развития (далее - ВПР) у плода, требующего хирургической помощи – невыполнение требований п. 19 Порядка.

2. Отсутствие в медицинской документации протокола (заключения) консилиума врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача ультразвуковой диагностики, врача-генетика, врача - детского хирурга, врача-кардиолога, врача - сердечно-сосудистого хирурга с целью определения прогноза для развития плода и жизни новорожденного в случае подтверждения врожденного порока развития (далее - ВПР) у плода, требующего хирургической помощи – невыполнение требований п. 19 Порядка.

3. Отказ в предоставлении информации и/или отсутствие в медицинской документации подписи беременной женщины о предоставлении ей лечащим врачом информации о результатах обследования, наличии ВПР у плода и прогнозе



для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, на основании чего женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности – невыполнение требований п. 20 Порядка.

4. Отказ в предоставлении информации и/или отсутствие в медицинской документации подписи беременной женщины о предоставлении ей лечащим врачом информации о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при наличии у плода ВПР, несовместимого с жизнью, или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при ВПР, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения – невыполнение требований п. 21 Порядка.

5. Отказ в даче направления на роды беременной женщине при наличии ВПР в акушерский стационар с наличием отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных – невыполнение требований п. 22 Порядка.

6. Проведение родов беременной женщине при наличии ВПР в акушерском стационаре, не имеющем отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных – невыполнение требований п. 22 Порядка.

7. Отказ в срочном направлении в акушерский стационар беременной женщины при ухудшении состояния плода, а также развитии плацентарных нарушений – невыполнение требований п. 23 Порядка.

8. Невыполнение требований п. 24 Порядка о созыве консилиума врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача - сердечно-сосудистого хирурга (врача-кардиолога), врача - детского кардиолога (врача-педиатра), врача-педиатра (врача-неонатолога) для решения вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с сердечно-сосудистым заболеванием у плода, требующим хирургической помощи.

9. Невыполнение требований п. 24 Порядка о соблюдении следующих положений (правил) разрешения консилиумом вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с сердечно-сосудистым заболеванием у плода, требующим хирургической помощи, в т.ч. отсутствие в первичной медицинской документации обоснования и выбора конкретной тактики ведения.

9.1. При наличии у плода врожденного порока сердца (далее - ВПС), требующего экстренного хирургического вмешательства после рождения ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в медицинскую организацию, имеющую лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», «сердечно-сосудистой хирургии» и (или) «детской хирургии» и имеющую возможности оказания неотложной хирургической помощи, в том числе с привлечением врачей - сердечно-сосудистых хирургов из профильных медицинских организаций, или в акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации

и интенсивной терапии для новорожденных и реанимобиль для экстренной транспортировки новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», для проведения медицинского вмешательства.

К ВПС, требующим экстренного медицинского вмешательства в первые семь дней жизни, относятся:

- простая транспозиция магистральных артерий;
- синдром гипоплазии левых отделов сердца;
- синдром гипоплазии правых отделов сердца;
- предуктальная коарктация аорты;
- перерыв дуги аорты;
- критический стеноз легочной артерии;
- критический стеноз клапана аорты;
- сложные ВПС, сопровождающиеся стенозом легочной артерии;
- атрезия легочной артерии;
- тотальный аномальный дренаж легочных вен.

9.2. При наличии у плода ВПС, требующего планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней - трех месяцев жизни ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в медицинскую организацию, имеющую в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

При подтверждении диагноза и наличии показаний к хирургическому вмешательству консилиум врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача – сердечно-сосудистого хирурга (врача - детского кардиолога), врача-неонатолога (врача-педиатра) составляет план лечения с указанием сроков оказания медицинского вмешательства новорожденному в кардиохирургическом отделении. Транспортировка новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется выездной анестезиолого-реанимационной неонатальной бригадой.

К ВПС, требующим планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней жизни ребенка, относятся:

- общий артериальный ствол;
  - коарктация аорты (внутриутробно) с признаками нарастания градиента на перешейке после рождения (оценка посредством динамического пренатального эхокардиографического контроля);
  - умеренный стеноз клапана аорты, легочной артерии с признаками нарастания градиента давления (оценка посредством динамического пренатального эхокардиографического контроля);
  - гемодинамически значимый открытый артериальный проток;
  - большой дефект аорто-легочной перегородки;
  - аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии;
- гемодинамически значимый открытый артериальный проток у недоношенных.

9.3. К ВПС, требующим оперативного вмешательства до трех месяцев жизни,

относятся:

- единственный желудочек сердца без стеноза легочной артерии; атриовентрикулярная коммуникация, полная форма без стеноза легочной артерии;
- атрезия трикуспидального клапана;
- большие дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок;
- тетрада Фалло;
- двойное отхождение сосудов от правого (левого) желудочка.

10. Невыполнение требований п. 25 Порядка о созыве консилиума врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача - детского хирурга, врача-генетика и врача ультразвуковой диагностики для решения вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с врожденным пороком развития (далее - ВПР) у плода (за исключением ВПС), требующим хирургической помощи.

11. Невыполнение требований п. 25 Порядка о соблюдении следующих положений (правил) разрешения консилиумом о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с врожденным пороком развития (далее - ВПР) у плода (за исключением ВПС), требующим хирургической помощи, в т.ч. отсутствие в первичной медицинской документации обоснования и выбора конкретной тактики ведения:

12. При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с врожденным пороком развития (далее - ВПР) у плода (за исключением ВПС), требующим хирургической помощи, консилиум врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача - детского хирурга, врача-генетика и врача ультразвуковой диагностики руководствуется следующими положениями:

12.1. При наличии у плода изолированного ВПР (поражение одного органа или системы) и отсутствии пренатальных данных за возможное сочетание порока с генетическими синдромами или хромосомными аномалиями, беременная женщина направляется для родоразрешения в акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и реанимобиль для экстренной транспортировки новорожденного в специализированный детский стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилю «детская хирургия», для проведения хирургического вмешательства по стабилизации состояния. Транспортировка новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется выездной анестезиолого-реанимационной неонатальной бригадой.

Беременные женщины с ВПР у плода данного типа также могут быть консультированы врачами-специалистами перинатального консилиума врачей (врач-акушер-гинеколог, врач - детский хирург, врач-генетик, врач ультразвуковой диагностики) федеральных медицинских организаций. По результатам консультирования они могут быть направлены на родоразрешение в акушерские стационары федеральных медицинских организаций для оказания помощи новорожденному в условиях отделения хирургии новорожденных, отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

К изолированным ВПР относятся:

- гастрошизис;
- атрезия кишечника (кроме дуоденальной атрезии);
- объемные образования различной локализации;
- пороки развития легких;
- пороки развития мочевой системы с нормальным количеством околоплодных вод;

12.2. При наличии у плода ВПР, часто сочетающегося с хромосомными аномалиями, или наличии множественных ВПР, в максимально ранние сроки беременности в перинатальном центре проводится дополнительное обследование с целью определения прогноза для жизни и здоровья плода (консультирование врача-генетика и проведение кариотипирования в декретированные сроки, ЭХО-кардиография у плода, магнитно-резонансная томография плода). По результатам проведенного дообследования проводится консультирование врачами-специалистами перинатального консилиума врачей федеральной медицинской организации для решения вопроса о месте родоразрешения беременной женщины. К ВПР плода, часто сочетающимся с хромосомными аномалиями, или наличием множественных ВПР, относятся:

- омфалоцеле;
- дуоденальная атрезия;
- атрезия пищевода;
- врожденная диафрагмальная грыжа;
- пороки мочевыделительной системы, сопровождающиеся маловодием.

III. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий предоставления медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовой период.

1. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовой период в медицинских организациях, не имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» – невыполнение требований п. 26 Порядка.

2. Невыполнение Правил организации деятельности родильного дома (отделения), перинатального центра, Центра охраны материнства и детства – невыполнение требований п. 27 Порядка.

3. Отсутствие необходимого оснащения медицинской организации, предусмотренного стандартом оснащения родильного дома (отделения), перинатального центра, Центра охраны материнства и детства – невыполнение требований п. 27 Порядка.

4. Отказ в заполнении листов маршрутизации в отношении беременных женщин, рожениц и родильниц, содержащих конкретную индивидуальную информацию и позволяющих не ее основное предоставить дифференцированный объем медицинского обследования и лечения в зависимости от степени риска возникновения осложнений с учетом структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинских

организаций с целью обеспечения доступной и качественной медицинской помощью – невыполнение требований п. 28 Порядка.

5. Неправильная констатация (оценка) в медицинской документации низкой степени риска возникновения осложнений родоразрешения (невыполнение требований п. 29.1 Порядка), к которой относятся:

- отсутствие экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины или соматическое состояние женщины, не требующее проведения диагностических и лечебных мероприятий по коррекции экстрагенитальных заболеваний;
- отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и в послеродовом периоде, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста плода);
- головное предлежание плода при не крупном плоде (до 4000 г) и нормальных размерах таза матери;
- отсутствие в анамнезе у женщины ante-, интра- и ранней неонатальной смерти;
- отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного.

6. Неправильная констатация (оценка) в медицинской документации средней степени риска возникновения осложнений родоразрешения (невыполнение требований п. 29.2 Порядка), к которой относятся:

- пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
- компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);
- увеличение щитовидной железы без нарушения функции;
- миопия I и II степени без изменений на глазном дне;
- хронический пиелонефрит без нарушения функции;
- инфекции мочевыводящих путей вне обострения;
- заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);
- переносимая беременность;
- предполагаемый крупный плод;
- анатомическое сужение таза I-II степени;
- тазовое предлежание плода;
- низкое расположение плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34-36 недель;
- мертворождение в анамнезе;
- многоплодная беременность;
- кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца;

- беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;
  - многоводие;
  - преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 33-36 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы (высокой степени риска);
  - задержка внутриутробного роста плода I-II степени.
7. Неправильная констатация (оценка) в медицинской документации высокой степени риска возникновения осложнений родоразрешения (невыполнение требований п. 29.3 Порядка), к которой относятся:
- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 32 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;
  - предлежание плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34-36 недель;
  - поперечное и косое положение плода;
  - преэклампсия, эклампсия;
  - холестаз, гепатоз беременных;
  - кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
  - рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;
  - беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;
  - задержка внутриутробного роста плода II-III степени;
  - изоиммунизация при беременности;
  - наличие у плода врожденных аномалий (пороков развития), требующих хирургической коррекции;
  - метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);
  - водянка плода;
  - тяжелое много- и маловодие;
  - заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);
  - тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;
  - заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
  - диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;
  - заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артери-

альной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

- заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);

- эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);

- заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);

- заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);

- заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);

- миастения;

- злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;

- сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

- перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза;

- прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины, при отсутствии противопоказаний для транспортировки.

8. Выдача направления на госпитализацию, а также собственно госпитализация беременных женщин в акушерские стационары первой группы (в акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога) при наличии средней и высокой степени риска возникновения осложнений родоразрешения – невыполнение п. 29.1 Порядка.

9. Выдача направления на госпитализацию, а также собственно госпитализация беременных женщин в акушерские стационары второй группы (в акушерские стационары (родильные дома (отделения), в том числе профилизованные по видам патологии), имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реаниматологии) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, а также межрайонные перинатальные центры, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии (палаты интенсивной терапии) для женщин и отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных) при наличии высокой степени риска возникновения осложнений родоразрешения – невыполнение п. 29.2 Порядка.

10. Оказание медицинской помощи беременным женщинам при наличии высокой степени риска возникновения осложнений родоразрешения вне акушерского стационара третьей группы (акушерские стационары, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный



консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи) – невыполнение требований п. 29.3 Порядка.

11. Отказ в предоставлении семейно-ориентированных (партнерских) родов – невыполнение требований п. 31 Порядка.

12. Отказ от необходимого ведения в процессе родов партограммы и/или отсутствие партограммы с оценкой в медицинской документации – невыполнение требований п. 31 Порядка.

13. Превышение срока госпитализации родильницы в медицинской организации после физиологических родов (3-4 суток) – невыполнение требований п. 32 Порядка.

14. Отказ от выполнения УЗИ органов малого таза перед выпиской родильницы и/или отсутствие протокола УЗИ малого таза в медицинской документации – невыполнение требований п. 32 Порядка.

15. Отсутствие в выписной медицинской документации рекомендаций по грудному вскармливанию, уходу за новорожденным и половыми путями родильницы, диспансерному наблюдению в послеродовом периоде в женской консультации по месту жительства - невыполнение требований п. 33 Порядка.

IV. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий предоставления медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи

1. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовой период в медицинских организациях, не имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» – невыполнение требований п. 34 Порядка.

2. Невыполнение требования об обследовании в амбулаторных условиях беременной женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в сроке до 10-12 недель беременности и/или отсутствие в медицинской документации результатов обследования и этапного эпикриза на сроке 10-12 недель беременности – невыполнение требований п. 35 Порядка.

3. Отказ от проведения консилиума врачей в составе врача-кардиолога, врача - сердечно-сосудистого хирурга и врача-акушера-гинеколога на основании результатов клинического обследования беременной на сроке 10-12 недель беременности – невыполнение требований п. 35 Порядка.

4. Отсутствие в заключении (протоколе) консилиума врачей в составе врача-кардиолога, врача - сердечно-сосудистого хирурга и врача-акушера-гинеколога на основании результатов клинического обследования беременной на сроке 10-12 недель беременности данных: о тяжести состояния женщины и предоставлении женщине информации о состоянии ее здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения,

связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения для решения вопроса о возможности дальнейшего вынашивания беременности – невыполнение требований п. 35 Порядка.

5. Отказ от проведения консультации и (или) направления в стационар (в т.ч. отсутствие в медицинской документации эпикриза с формулированием показаний, противопоказаний к консультации или госпитализации) беременных женщин в сроке до 12 недель в медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «сердечно-сосудистой хирургии» и (или) «кардиологии», для решения вопроса о возможности вынашивания беременности относятся следующие заболевания – невыполнение требований п. 36 Порядка:

А) ревматические пороки сердца:

- все пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса;
- все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;
- ревматические стенозы и недостаточности сердечных клапанов II и более степени тяжести;

- все пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

- пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

- пороки сердца с нарушениями сердечного ритма;

- пороки сердца с тромбоэмболическими осложнениями;

- пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией;

б) ВПС:

- пороки сердца с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения;

- пороки сердца с наличием патологического сброса крови (дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток);

- пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

- пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

- пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

- пороки сердца с затрудненным выбросом крови из правого или левого желудочка (гемодинамически значимые, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и (или) наличием постстенотического расширения);

- врожденные аномалии атриовентрикулярных клапанов, сопровождающиеся регургитацией II и более степени и (или) нарушениями сердечного ритма;

- кардиомиопатии;

- тетрада Фалло;

- Болезнь Эбштейна;

- сложные ВПС;

- синдром Эйзенменгера;

- болезнь Аэрза;

в) болезни эндокарда, миокарда и перикарда: острые и подострые формы

миокардита;

- хронический миокардит, миокардиосклероз и миокардиодистрофия, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и (или) сложными нарушениями сердечного ритма;

- инфаркт миокарда в анамнезе;

- острые и подострые формы бактериального эндокардита;

- острые и подострые формы перикардита;

г) нарушения ритма сердца (сложные формы нарушения сердечного ритма);

д) состояния после операций на сердце.

6. Отказ в выдаче направления на амбулаторное или стационарное обследование женщине с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, на сроке беременности 18-22 недели в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «кардиологии» или «сердечно-сосудистой хирургии» и «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, пренатальной диагностики с целью исключения врожденных аномалий (пороков развития) плода, проведения УЗИ и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса – невыполнение требований п. 37 Порядка.

7. Отказ в госпитализации при наличии показаний женщине с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, на сроке беременности 18-22 недели в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «кардиологии» или «сердечно-сосудистой хирургии» и «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, пренатальной диагностики с целью исключения врожденных аномалий (пороков развития) плода, проведения УЗИ и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса – невыполнение требований п. 37 Порядка.

8. Отсутствие в выписных документах для женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, на сроке беременности 18-22 недели в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «кардиологии» или «сердечно-сосудистой хирургии» и «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», уточнения функционального состояния ее сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, результатов пренатальной диагностики с целью исключения врожденных аномалий (пороков развития) плода, результатов проведения УЗИ и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса – невыполнение требований п. 37 Порядка.

9. Проведение прерывания беременности по медицинским показаниям женщине с

заболеваниями сердечно-сосудистой системы на сроке до 22 недель беременности в условиях гинекологического отделения многопрофильной больницы, не имеющей возможности оказания специализированной (в том числе кардиореанимационной) медицинской помощи женщине – невыполнение требований п. 37 Порядка.

10. Проведение прерывания беременности по медицинским показаниям женщине с заболеваниями сердечнососудистой системы на сроке до 22 недель беременности в отсутствие ее согласия – невыполнение требований п. 37 Порядка.

11. Отказ от направления на госпитализацию и/или отказ в госпитализации беременной женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, при сроке беременности 27-32 недели в стационар медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «кардиологии» и (или) «сердечно-сосудистой хирургии», «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ и доплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, определения предполагаемых сроков родоразрешения – невыполнение требований п. 38 Порядка.

12. Отсутствие в медицинской документации заключения (протокола) консилиума врачей медицинской организации, в стационар которой направлена беременная женщина, в составе врача - сердечно-сосудистого хирурга, врача-кардиолога и врача-акушера-гинеколога на основании осмотра, результатов обследования (электрокардиографии и эхокардиографии, УЗИ с доплерометрией) с обязательными данными: о тяжести состояния женщины, о дальнейшей тактике ведения беременности, а при наличии противопоказаний - о досрочном родоразрешении по медицинским показаниям – невыполнение требований п. 38 Порядка.

13. Отказ от направления на госпитализацию и/или отказ в госпитализации беременной женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, при сроке беременности 35-37 недель в стационаре медицинской организации для уточнения сроков родов, выбора способа родоразрешения – невыполнение требований п. 39 Порядка.

14. Отсутствие в медицинской документации заключения (протокола) консилиума врачей в составе врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга), врача-акушера-гинеколога и врача-анестезиолога-реаниматолога медицинской организации, в стационар которой направлена женщина на сроке беременности 35-37 недель для родоразрешения с установлением способа и срока родоразрешения в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и особенностями состояния фетоплацентарного комплекса – невыполнение требований п. 39 Порядка.

15. Отсутствие в медицинской документации женщины на сроке беременности 35-37 недель эпикриза с данными о функциональном классе по сердечной

недостаточности непосредственно перед родами с внесением необходимых корректив в план ведения беременности, сроки и способы родоразрешения – невыполнение требований п. 39 Порядка.

16. Отказ в выдаче направления на госпитализацию и/или отказ в госпитализации беременной женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающейся в хирургической помощи, при наличии высокого риска развития критических состояний, связанных с кардиохирургической патологией (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования; нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной абляции), и нуждающейся в экстренной кардиохирургической помощи, для родоразрешения в медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «сердечно-сосудистой хирургии» и «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» для проведения соответствующего лечения – невыполнение требований п. 40 Порядка.

17. Отказ в проведении консилиума врачей с целью определения дальнейшей тактика ведения родильницы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающейся в хирургической помощи, в полном составе: врача-акушера-гинеколога, врача-кардиолога (врача – сердечно-сосудистого хирурга по показаниям), врача-анестезиолога-реаниматолога – невыполнение требований п. 41 Порядка.

18. Отказ в переводе родильницы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающейся в хирургической помощи, при наличии показаний к кардиохирургической коррекции медицинское вмешательство в отделение сердечно-сосудистой хирургии – невыполнение требований п. 41 Порядка.

19. Отказ в переводе родильницы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающейся в хирургической помощи, после хирургического вмешательства для дальнейшего лечения и реабилитации родильница в кардиологическое отделение – невыполнение требований п. 41 Порядка.

V. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий предоставления медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовой период

1. Отказ в переводе в отделение реанимации и интенсивной терапии и/или в проведении реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовой период при наличии следующих состояний:

- острые расстройства гемодинамики различной этиологии (острая сердечно-сосудистая недостаточность, гиповолемический шок, септический шок, кардиогенный шок, травматический шок);
- пре- и эклампсия;
- HELLP-синдром;
- острый жировой гепатоз беременных;
- ДВС-синдром;
- послеродовой сепсис;

- сепсис во время беременности любой этиологии;
  - ятрогенные осложнения (осложнения анестезии, трансфузионные осложнения и так далее);
  - пороки сердца с нарушением кровообращения I степени, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации;
  - миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения;
  - сахарный диабет с труднокорректируемым уровнем сахара в крови и склонностью к кетоацидозу;
  - тяжелая анемия любого генеза;
  - тромбоцитопения любого происхождения;
  - острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг;
  - тяжелая форма эпилепсии;
  - миастения;
  - острые расстройства функций жизненно важных органов и систем (центральной нервной системы, паренхиматозных органов), острые нарушения обменных процессов, острые расстройства дыхания;
  - родильницы в восстановительном периоде после оперативного родоразрешения, осложненного нарушениями функций жизненно важных органов или при реальной угрозе их развития – невыполнение требований п. 42 Порядка.
2. Невыполнение Правил организации деятельности отделения анестезиологии-реаниматологии перинатального центра и родильного дома определены – невыполнение требований п. 43 Порядка и приложения № 12 к Порядку.
3. Невыполнение Правил организации деятельности акушерского дистанционного консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи перинатального центра и родильного дома – невыполнение требований п. 43 Порядка и приложения № 13 к Порядку.
4. Отсутствие медицинского оснащения и медицинских изделий, предусмотренных Стандартом оснащения акушерского дистанционного консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи перинатального центра и родильного дома – невыполнение требований п. 43 Порядка и приложения № 15 к Порядку.
5. Отказ в проведении в отделении реанимации и интенсивной терапии консультаций врачей той специальности, к которой относится заболевание, определившее необходимость в проведении реанимации и интенсивной терапии – невыполнение требований п. 44 Порядка.
6. Необоснованный перевод родильниц в послеродовое отделение, беременных женщин - в отделение патологии беременности (другие профильные отделения по показаниям) для дальнейшего наблюдения и лечения вне стойкого восстановления гемодинамики и спонтанного дыхания, коррекции метаболических нарушений и стабилизации жизненно важных функций – невыполнение требований п. 44

Порядка.

7. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи в стационарных условиях, включая мероприятия по реанимации и интенсивной терапии, женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период вне отделения анестезиологии-реаниматологии медицинских организаций – невыполнение требований п. 45 Порядка.

8. Отказ в предоставлении консультативной помощи с привлечением врачей-акушеров-гинекологов и врачей-анестезиологов-реаниматологов в районной больнице при возникновении клинической ситуации, угрожающей жизни беременной женщины, роженицы или родильницы, которая эвакуируется из ФАП машины СМП, немедленно по прибытии в районную больницу – невыполнение требований п. 46 Порядка.

9. Отказ в обращении (в т.ч. отсутствие в медицинской документации времени обращения и/или Ф.И.О. информируемого должностного лица) в территориальный акушерский дистанционный консультативный центр для согласования объема медицинской помощи и вызова выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригады для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи при поступлении беременной женщины, роженицы или родильницы в медицинскую организацию, после оценки тяжести состояния беременной женщины, роженицы или родильницы и установления предварительного диагноза – невыполнение требований п. 47 Порядка.

10. Отказ от вызова выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригады для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи и/или отказ в выезде выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригады для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи при поступлении беременной женщины, роженицы или родильницы в медицинскую организацию, после оценки тяжести состояния беременной женщины, роженицы или родильницы и установления предварительного диагноза – невыполнение требований п. 47 Порядка.

11. Отказ в выезде выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригады для оказания экстренной и неотложной специализированной анестезиолого-реанимационной помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией, находящимся на лечении в акушерских стационарах первой и второй групп, для оказания медицинской помощи на месте, а также для транспортировки женщин, нуждающихся в интенсивной терапии в период беременности, родов и в послеродовой период, в акушерские стационары третьей А и Б группы – невыполнение требований п. 48 Порядка.

12. Отказ в транспортировке выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригадой женщин с акушерской патологией в отделения анестезиологии-реаниматологии акушерских стационаров, с экстрагенитальными заболеваниями в отделения анестезиологии-реаниматологии в составе многопрофильных медицинских организаций по профилю заболевания, в которых обеспечено



круглосуточное специализированное лечение этой категории пациентов – невыполнение требований п. 49 Порядка.

VI. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий предоставления медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовой период

1. Отсутствие добровольного информированного согласия на поведение обследования на антитела к ВИЧ.

2. Отсутствие в медицинской документации (при наличии согласия на обследование) результатов обследования на антитела к ВИЧ при постановке на учет по беременности, на сроках 28-30 недель, при употреблении парентерально психоактивных веществ и (или) при половых контактах с ВИЧ-инфицированным партнером - на 36 неделе беременности – невыполнение требований п. 52 и 53 Порядка.

3. Отсутствие протокола дотестового и/или послетестового консультирования (значение полученного результата с учетом риска заражения ВИЧ-инфекцией; рекомендации по дальнейшей тактике тестирования; пути передачи и способы защиты от заражения ВИЧ-инфекцией; риск передачи ВИЧ-инфекции во время беременности, родов и грудного вскармливания; методы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, доступные для беременной женщины с ВИЧ-инфекцией; возможность проведения химиопрофилактики передачи ВИЧ ребенку; возможные исходы беременности; необходимость последующего наблюдения матери и ребенка; возможность информирования о результатах теста полового партнера и родственников) – невыполнение требований п. 56 Порядка.

4. Отсутствие в медицинской документации при поступлении на роды в акушерский стационар (при наличии согласия на обследование) результатов обследования на антитела к ВИЧ: необследованных на ВИЧ-инфекцию женщин, женщин без медицинской документации или с однократным обследованием на ВИЧ-инфекцию, а также употреблявших в течение беременности психоактивные вещества внутривенно, или имевших незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером – невыполнение требований п. 61 Порядка.

5. Отсутствие протокола дотестового и/или послетестового консультирования в акушерском стационаре, включающего информацию о значении тестирования, методах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (применение антиретровирусных препаратов, способе родоразрешения, особенностях вскармливания новорожденного (после рождения ребенок не прикладывается к груди и не вскармливается материнским молоком, а переводится на искусственное вскармливание) – невыполнение требований п. 62 Порядка.

6. Отказ от проведения профилактического курса антиретровирусной терапии во время родов в акушерском стационаре:

а) у роженицы с ВИЧ-инфекцией;

б) при положительном результате экспресс-тестирования женщины в родах;

в) при наличии эпидемиологических показаний:

-невозможность проведения экспресс-тестирования или своевременного

получения результатов стандартного теста на антитела к ВИЧ у роженицы;  
-наличие в анамнезе у роженицы в период настоящей беременности парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с партнером с ВИЧ-инфекцией;

-при отрицательном результате обследования на ВИЧ-инфекцию, если с момента последнего парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером прошло менее 12 недель – невыполнение требований п. 69 Порядка.

7. Безосновательное допущение врачом-акушером-гинекологом длительности безводного промежутка более 4 часов – невыполнение требований п. 70 Порядка.

8. Невыполнение правил: «При ведении родов через естественные родовые пути проводится обработка влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита - при каждом последующем влагалищном исследовании. При безводном промежутке более 4 часов обработку влагалища хлоргексидином проводят каждые 2 часа», предусмотренных п. 71 Порядка.

9. Проведение процедур у женщины с ВИЧ-инфекцией, повышающих риск инфицирования плода ВИЧ во время ведения родов при живом плоде: родостимуляция; родоусиление; перинео(эпизио)томия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода без жизненных показаний – невыполнение требований п. 72 Порядка.

10. Выполнение планового кесарева сечения для профилактики интранатального заражения ребенка ВИЧ-инфекцией (при отсутствии противопоказаний) после начала родовой деятельности и после излития околоплодных вод – невыполнение требований п. 73 Порядка.

11. Выполнение планового кесарева сечения для профилактики интранатального заражения ребенка ВИЧ-инфекцией при наличии противопоказаний – невыполнение требований п. 73 Порядка.

12. Отказ от выполнения планового кесарева сечения для профилактики интранатального заражения ребенка ВИЧ-инфекцией (при отсутствии противопоказаний) до начала родовой деятельности и излития околоплодных вод при наличии хотя бы одного из следующих условий (невыполнение требований п. 73 Порядка):

а) концентрация ВИЧ в крови матери (вирусная нагрузка) перед родами (на сроке не ранее 32 недели беременности) более или равна 1 000 коп/мл;

б) вирусная нагрузка матери перед родами неизвестна;

в) антиретровирусная химиопрофилактика не проводилась во время беременности (или проводилась в режиме монотерапии или ее продолжительность была менее 4 недель) или невозможно применить антиретровирусные препараты в родах.

13. Проведение кесарева сечения при невозможности проведения химиопрофилактики в родах в качестве самостоятельной профилактической процедуры, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов, при безводном промежутке более 4 часов – невыполнение требований п. 74

Порядка.

14. Отсутствие сопоставления в конкретной ситуации с учетом состояния матери и плода пользы от снижения риска заражения ребенка при проведении операции кесарева сечения с вероятностью возникновения послеоперационных осложнений и особенностей течения ВИЧ-инфекции - невыполнение требований п. 75 Порядка.

15. Отказ от назначения антиретровирусной профилактики новорожденному, рожденному от матери с ВИЧ-инфекцией, положительным результатом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ в родах, неизвестным ВИЧ-статусом в акушерском стационаре при наличии показаний (невыполнение требований п. 78 Порядка):

а) возраст новорожденного не более 72 часов (3 суток) жизни при отсутствии вскармливания материнским молоком;

б) при наличии вскармливания материнским молоком (вне зависимости от его продолжительности) - период не более 72 часов (3 суток) с момента последнего вскармливания материнским молоком (при условии его последующей отмены);

в) эпидемиологические показания:

-неизвестный ВИЧ статус матери, употребляющей парентерально психоактивные вещества или имеющей половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером;

-отрицательный результат обследования матери на ВИЧ-инфекцию, употребляющей парентерально в течение последних 12 недель психоактивные вещества или имеющей половой контакт с партнером с ВИЧ-инфекцией.

16. Отсутствие в рекомендациях после выписки из акушерского стационара правил ухода за новорожденным, дальнейшей схемы приема химиопрепаратов ребенком - невыполнение требований п. 80 Порядка.

17. Отказ в выдаче на руки антиретровирусные препараты для продолжения антиретровирусной профилактики в соответствии с действующими современными российскими протоколами, рекомендациями и стандартами после выписки новорожденного из акушерского стационара - невыполнение требований п. 80 Порядка.

VII. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий предоставления медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

1. Невыполнение Правил организации деятельности гинекологического отделения медицинской организации (приложение № 17 к Порядку) - невыполнение требований п. 82 Порядка.

2. Немотивированное невыполнение требований рекомендуемых штатных нормативов гинекологического отделения (приложение № 18 к Порядку) - невыполнение требований п. 82 Порядка.

3. Отсутствие предметов оснащения, требуемых Стандартом оснащения гинекологического отделения медицинской организации (приложение № 19 к Порядку) - невыполнение требований п. 82 Порядка.

4. Невыполнение Правил организации деятельности Центра охраны здоровья семьи и репродукции (приложение № 22 к Порядку) - невыполнение требований

п. 82 Порядка.

5. Немотивированное невыполнение требований рекомендуемых штатных нормативов Центра охраны здоровья семьи и репродукции (приложение № 23 к Порядку) - невыполнение требований п. 82 Порядка.

6. Отсутствие предметов оснащения, требуемых Стандартом оснащения Центра охраны здоровья семьи и репродукции (приложение № 24 к Порядку) - невыполнение требований п. 82 Порядка.

7. Нарушения в этапности оказания медицинской помощи женщинам, включая девочек с гинекологическими заболеваниями в возрасте до 17 лет включительно, с гинекологическими заболеваниями (несоблюдение этапности, отказ от направления на требуемый этап, отказ в приеме на требуемом этапе, отсутствие преемственности этапного лечения, невыполнение полного объема лечебно-диагностических, консультационных и реабилитационных мероприятий, предусмотренных требуемым этапом для конкретного заболевания, включенных в Базовый объем обследования в амбулаторных и стационарных условиях, консультаций: врача-терапевта, смежных врачей-специалистов (по показаниям)), определенной приложением № 20 к Порядку - невыполнение требований п. 83 Порядка.

8. Отнесение женщин по результатам профилактических осмотров женщин к группам состояния здоровья с нарушением ниже изложенных правил (нарушение выполнения требований п. 85 Порядка):

I группа - практически здоровые женщины, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении;

II группа - женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы;

III группа - женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании или при наличии уже имеющегося хронического заболевания, а также нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях;

IV группа - женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара;

V группа - женщины с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Женщинам, отнесенным к I и II группам состояния здоровья, рекомендуются профилактические осмотры не реже 1 раза в год.

При наличии риска возникновения патологии репродуктивной системы в детородном возрасте женщины ориентируются врачом-акушером-гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.

Женщинам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение врачом-акушером-гинекологом по месту жительства.

9. Отнесение женщин по результатам профилактических осмотров женщин к группам диспансерного наблюдения с нарушением ниже изложенных правил (нарушение выполнения требований п. 85 Порядка):

1 диспансерная группа - женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, фоновыми заболеваниями шейки матки;

2 диспансерная группа - женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;

3 диспансерная группа - женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие).

Женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы обследуются на предмет исключения злокачественных новообразований.

Медицинская помощь женщинам с целью выявления заболеваний молочных желез оказывается врачом-акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по патологии молочной железы.

Женщины с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза. После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача-акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественной патологии молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений с учетом сопутствующей гинекологической патологии.

10. Отказ в направлении в дневной стационар женщины с гинекологическими заболеваниями, нуждающейся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном наблюдении и (или) выполнении медицинских процедур, но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре - невыполнение требований п. 86 Порядка.

11. Отсутствие в переводном эпикризе (направлении) в дневной стационар женщины с гинекологическими заболеваниями формулирования цели перевода и требуемых целевых показателей - невыполнение требований п. 86 Порядка.

12. Немотивированное отклонение от рекомендуемой длительности пребывания в дневном стационаре (4-6 часов в сутки) - невыполнение требований п. 86 Порядка.

13. Отказ в направлении женщины с гинекологической патологией в медицинские организации, имеющие лицензии и врачей-специалистов соответствующего профиля, при наличии показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи - невыполнение требований п. 86 Порядка.

VIII. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий предоставления медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями

1. Невыполнение Правил организации деятельности Центра охраны

репродуктивного здоровья подростков (приложение № 25 к Порядку) - невыполнение требований п. 89 Порядка.

2. Немотивированное невыполнение требований рекомендуемых штатных нормативов Центра охраны репродуктивного здоровья подростков (приложение № 26 к Порядку) - невыполнение требований п. 89 Порядка.

3. Отсутствие предметов оснащения, требуемых Стандартом оснащения Центра охраны репродуктивного здоровья подростков (приложение № 27 к Порядку) - невыполнение требований п. 89 Порядка.

4. Отказ в проведении (непроведение) профилактического осмотра девочки в возрасте 3, 7, 12, 14, 15, 16 и 17 лет включительно в целях предупреждения и ранней диагностики гинекологических заболеваний и патологии молочных желез - невыполнение требований п. 91 Порядка.

5. Отсутствие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство при проведении профилактических медицинских осмотров девочек декретируемых возрастов - невыполнение требований п. 92 Порядка.

6. Отсутствие в медицинской документации при проведении профилактических медицинских осмотров девочек декретируемых возрастов данных жалоб, общего осмотра, измерения роста и массы тела с определением их соответствия возрастным нормативам, оценки степени полового развития по Таннеру, осмотра и ручного исследования молочных желез и наружных половых органов, консультирования по вопросам личной гигиены и полового развития - невыполнение требований п. 92 Порядка.

7. Невыполнение правил отнесения девочки по результатам профилактических осмотров к группам состояния здоровья - невыполнение требований п. 93 Порядка:

I группа - практически здоровые девочки; девочки с факторами риска формирования патологии репродуктивной системы.

II группа - девочки с расстройствами менструаций в год наблюдения (менее 12 месяцев); с функциональными кистами яичников; с доброкачественными болезнями молочных желез; с травмой и с острым воспалением внутренних половых органов при отсутствии осложнений основного заболевания.

III группа - девочки с расстройствами менструаций в течение более 12 месяцев; с доброкачественными образованиями матки и ее придатков; с нарушением полового развития; с пороками развития половых органов без нарушения оттока менструальной крови; с хроническими, в том числе рецидивирующими, болезнями наружных и внутренних половых органов при отсутствии осложнений основного заболевания, а также при их сочетании с экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией в стадии компенсации.

IV группа - девочки с нарушением полового развития; с пороками развития половых органов, сопровождающимися нарушением оттока менструальной крови; с расстройствами менструаций и с хроническими болезнями наружных и внутренних половых органов в активной стадии, стадии нестойкой клинической ремиссии и частыми обострениями, требующими поддерживающей терапии;

с возможными осложнениями основного заболевания; с ограниченными возможностями обучения и труда вследствие основного заболевания; с сопутствующей экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией с неполной компенсацией соответствующих функций.

V группа - девочки-инвалиды с сопутствующими нарушениями полового развития, расстройствами менструаций и заболеваниями наружных и внутренних половых органов.

8. Отказ девочки из I и II группы состояния здоровья в плановом профилактическом осмотре врачом-акушером-гинекологом или другим медицинским работником - невыполнение требований п. 93 Порядка.

9. Отказ в составлении (отсутствии в документации данных) девочкам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья, индивидуальной программы лечения - невыполнение требований п. 93 Порядка.

10. Невыполнение правил отнесения девочки по результатам профилактических осмотров к группам диспансерного наблюдения - невыполнение требований п. 93 Порядка:

1 диспансерная группа - девочки с нарушением полового развития;

2 диспансерная группа - девочки с гинекологическими заболеваниями;

3 диспансерная группа - девочки с расстройствами менструаций на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологии.

11. Отсутствие в медицинской документации обоснования отказа использовать малоинвазивный доступ (лапароскопия) с обеспечением сохранения функции матки и ее придатков при выполнении экстренных хирургических вмешательств на органах малого таза у девочек - невыполнение требований п. 96 Порядка.

12. Отсутствие согласования с врачом-акушером-гинекологом решения вопроса об удалении яичников, маточных труб и матки при выполнении экстренной операции врачами - детскими хирургами или врачами-хирургами - невыполнение требований п. 96 Порядка.

13. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, девочке с гинекологической патологией в круглосуточном или дневном стационаре медицинской организации, не имеющем гинекологические койки для детей и/или лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и «педиатрии» - невыполнение требований п. 97 Порядка.

IX. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий предоставления медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности

1. Выполнение искусственного прерывания беременности, в том числе несовершеннолетним, не врачом-акушером-гинекологом и/или в медицинских организациях, не имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» -



невыполнение требований п. 101 Порядка.

2. Отсутствие информированного добровольного согласия женщины на искусственное прерывание беременности - невыполнение требований п. 102 Порядка.

3. Проведение искусственного прерывания беременности при наличии острых инфекционных заболеваний и острых воспалительных процессов любой локализации, включая женские половые органы - невыполнение требований п. 105 Порядка.

4. Отказ от созыва консилиума при наличии противопоказаний к прерыванию беременности (заболевания, состояния, при которых прерывание беременности угрожает жизни или наносит серьезный ущерб здоровью) - невыполнение требований п. 105 Порядка.

5. Невыполнение исследований перед направлением на искусственное прерывание беременности при сроке до двенадцати недель: микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, УЗИ органов малого таза - невыполнение требований п. 106 Порядка.

6. Прерывание беременности медикаментозным методом с периодом наблюдения менее 1,5-2 часов после приема препаратов - невыполнение требований п. 108 Порядка.

7. Прерывание беременности в сроке до двенадцати недель хирургическим методом проводится вне дневных стационаров медицинских организаций и/или вне стационара - невыполнение требований п. 109 Порядка.

8. Продолжительность наблюдения женщины в условиях дневного стационара после произведенного без осложнений прерывания беременности менее 4 часов - невыполнение требований п. 109 Порядка.

9. Искусственное прерывание беременности при сроке до двенадцати недель у женщин с отягощенным акушерским анамнезом (рубец на матке, внематочная беременность), миомой матки, хроническими воспалительными заболеваниями с частыми обострениями, аномалиями развития половых органов и другой гинекологической патологией, при наличии тяжелых экстрагенитальных заболеваний, тяжелых аллергических заболеваний (состояний) вне стационара - невыполнение требований п. 109 Порядка.

10. Отказ в подготовке шейки матки перед хирургическим прерыванием беременности у первобеременных женщин во всех сроках, а у повторно беременных после восьми недель и при наличии аномалий шейки матки (врожденных или приобретенных в результате оперативных вмешательств или травм) - невыполнение требований п. 110 Порядка.

11. Оставление элементов плодного яйца в полости матки после прерывания беременности - невыполнение требований п. 111 Порядка.

12. Отсутствие протокола контроля опорожнения полости матки (описание визуализации удаленных тканей) - невыполнение требований п. 111 Порядка.

13. Невыполнение при необходимости УЗИ и (или) определения бета-субъединицы

хорионического гонадотропина количественным методом в динамике с целью контроля опорожнения полости матки - невыполнение требований п. 111 Порядка.

14. Отсутствие в медицинской документации обоснования отказа от выполнения УЗИ и (или) определения бета-субъединицы хорионического гонадотропина количественным методом в динамике с целью контроля опорожнения полости матки - невыполнение требований п. 111 Порядка.

15. Отсутствие результатов необходимого обследования перед направлением на искусственное прерывание беременности во II триместре: общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический общетерапевтический, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови, определение антител к бледной трепонеме в крови, определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, анализ мочи общий, микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, УЗИ матки и придатков трансабдоминальное (трансвагинальное), регистрация электрокардиограммы, прием врача-терапевта - невыполнение требований п. 114 Порядка.

16. Выполнение искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности вне условий гинекологического отделения многопрофильной больницы, имеющей возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине (при обязательном наличии врачей-специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности) - невыполнение требований п. 115 Порядка.

17. Выполнение прерывания беременности (родоразрешения) по медицинским показаниям с 22 недель беременности вне условий акушерского стационара, имеющего возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине с учетом основного заболевания и новорожденному, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела - невыполнение требований п. 116 Порядка.

18. Отказ от проведения подготовки шейки матки перед хирургическим абортom при сроке беременности более двенадцати недель всем женщинам - невыполнение требований п. 118 Порядка.

19. Выполнение хирургического аборта во втором триместре без контроля УЗИ - невыполнение требований п. 119 Порядка.

20. Отказ от вакуумной аспирации или кюретажа при наличии признаков неполного аборта и (или) обнаружении остатков плодного яйца независимо от примененного метода искусственного прерывания беременности - невыполнение требований п. 120 Порядка.

21. Отказ от осмотра плаценты после выделения плаценты с целью определения ее целостности - невыполнение требований п. 120 Порядка.

22. Невыполнение обязательного интракардиального введения хлорида калия

или дигоксина плоду перед искусственным прерыванием беременности при прерывании беременности в сроке 22 недели и более при наличии врожденных аномалий (пороков развития) у плода, несовместимых с жизнью - невыполнение требований п. 121 Порядка.

23. Невыполнение антибиотикопрофилактики при выполнении хирургического аборта - невыполнение требований п. 122 Порядка.

24. Невыполнение антибиотикопрофилактики при выполнении медикаментозного аборта при высоком риске возникновения воспалительных заболеваний - невыполнение требований п. 122 Порядка.

25. Отсутствие обоснования в медицинской документации отказа от проведения антибиотикопрофилактики при выполнении медикаментозного аборта гарантией отсутствия высокого риска возникновения воспалительных заболеваний - невыполнение требований п. 122 Порядка.

26. Выполнение искусственного прерывания беременности без обязательного обезболивания - невыполнение требований п. 123 Порядка.

27. Отсутствие информированного добровольного согласия женщины на обезболивание искусственного прерывания беременности - невыполнение требований п. 123 Порядка.

28. Отказ от выполнения обязательной иммунизация иммуноглобулином антирезус Rho (D) человека в соответствии с инструкцией по медицинскому применению препарата после искусственного прерывания беременности женщинам с резус-отрицательной принадлежностью крови независимо от метода прерывания беременности - невыполнение требований п. 124 Порядка.

29. Невыполнение требования об обязательном консультировании после искусственного прерывания беременности (отсутствие записей в меддокументации), в процессе которого обсуждаются признаки осложнений, при которых женщина обязана незамедлительно обратиться к врачу; предоставляются рекомендации о режиме, гигиенических мероприятиях, а также по предупреждению абортов и необходимости сохранения и вынашивания следующей беременности - невыполнение требований п. 125 Порядка.

30. Невыполнение требования об обязательном контрольном осмотре врача-акушера-гинеколога при отсутствии жалоб через 9-15 дней после искусственного прерывания беременности (отсутствие записей в меддокументации) - невыполнение требований п. 126 Порядка.

X. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий предоставления медицинской помощи женщинам в женской консультации – невыполнение требований п. 14 Порядка.

1. Отказ от исполнения функции направления беременных женщин в медицинские организации, осуществляющие пренатальную диагностику, в целях обследования на наличие хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода – невыполнение п. 9 Правил организации деятельности женской консультации.

2. Отказ от исполнения функции проведения физической и психопрофилактической

подготовки беременных женщин к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребенка – невыполнение п. 9 Правил организации деятельности женской консультации.

3. Отказ от исполнения функции обеспечения взаимодействия в обследовании и лечении беременных женщин, родильниц, гинекологических больных между женской консультацией и другими медицинскими организациями (медико-генетическими центрами (консультациями), кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансерами), территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми компаниями, территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации– невыполнение п. 9 Правил организации деятельности женской консультации.

4. Отказ от исполнения функции осуществления прерывания беременности в ранние сроки, а также выполнения малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазеро-, криохирургия) – невыполнение п. 9 Правил организации деятельности женской консультации.

5. Отказ от исполнения функции проведения клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий - невыполнение п. 9 Правил организации деятельности женской консультации.

6. Отказ от исполнения функции проведения клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий - невыполнение п. 9 Правил организации деятельности женской консультации.

7. Случай антенатальной гибели плода - невыполнение п. 10 Правил организации деятельности женской консультации.

8. Врожденная аномалия развития плода, невыявленная во время беременности - невыполнение п. 10 Правил организации деятельности женской консультации.

9. Разрыв матки вне стационара - невыполнение п. 10 Правил организации деятельности женской консультации.

10. Несвоевременное направление в стационар при гипертензии средней степени тяжести, обусловленной беременностью - невыполнение п. 10 Правил организации деятельности женской консультации.

11. Несвоевременное направление в стационар при переносимой беременности - невыполнение п. 10 Правил организации деятельности женской консультации.

XI. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий этапности оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде – невыполнение требований п. 83 Порядка.

1. Отказ от выполнения (отсутствие в медицинской документации данных о выполнении) диагностических мероприятий в амбулаторных условиях Базового

спектра обследования беременных женщин Приложения № 5 к Порядку «Этапность оказания медицинской помощи женщинам» в I триместре беременности.

2. Отказ от выполнения (отсутствие в медицинской документации данных о выполнении) диагностических мероприятий в амбулаторных условиях Базового спектра обследования беременных женщин Приложения № 5 к Порядку «Этапность оказания медицинской помощи женщинам» во II триместре беременности.

3. Отказ от выполнения (отсутствие в медицинской документации данных о выполнении) диагностических мероприятий в амбулаторных условиях Базового спектра обследования беременных женщин Приложения № 5 к Порядку «Этапность оказания медицинской помощи женщинам» в III триместре беременности.

4. Отказ от выполнения (отсутствие в медицинской документации данных о выполнении) диагностических мероприятий в стационарных условиях отделения патологии беременности Базового спектра обследования беременных женщин Приложения № 5 к Порядку «Этапность оказания медицинской помощи женщинам» в I триместре беременности.

5. Отказ от выполнения (отсутствие в медицинской документации данных о выполнении) диагностических мероприятий в стационарных условиях отделения патологии беременности Базового спектра обследования беременных женщин Приложения № 5 к Порядку «Этапность оказания медицинской помощи женщинам» во II триместре беременности.

6. Отказ от выполнения (отсутствие в медицинской документации данных о выполнении) диагностических мероприятий в стационарных условиях отделения патологии беременности Базового спектра обследования беременных женщин Приложения № 5 к Порядку «Этапность оказания медицинской помощи женщинам» в III триместре беременности.

7. Отказ от выполнения (отсутствие в медицинской документации данных о выполнении) Комплекса исследований на инфекции в амбулаторных и стационарных условиях отделения патологии беременности Базового спектра обследования беременных женщин Приложения № 5 к Порядку «Этапность оказания медицинской помощи женщинам».

XII. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий этапности оказания медицинской помощи женщинам в родильном доме – невыполнение требований Приложения № 6 к Порядку - Правил организации деятельности родильного дома (отделения).

1. Отказ от выполнения функций – невыполнение п. 9 Правил организации деятельности родильного дома (отделения):

- оказание медицинской помощи в связи с искусственным прерыванием беременности;

- санитарно-гигиеническое обучение женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортотв и инфекций, передаваемых половым путем;

- установление медицинских показаний и направление женщин и новорожденных в медицинские организации для оказания им специализированной, в том числе

- высокотехнологичной, медицинской помощи;
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным;
  - проведение анализа причин гинекологических заболеваний, акушерских и экстрагенитальных осложнений у женщин, заболеваемости новорожденных;
  - осуществление статистического мониторинга и анализа причин материнской и перинатальной смертности;
  - обеспечение вакцинопрофилактики новорожденным, проведение неонатального и аудиологического скрининга;
  - организация питания женщин и новорожденных в период их пребывания в родильном доме;
  - взаимодействие с женской консультацией, не входящей в его состав, станцией (отделением) скорой медицинской помощи, поликлиникой, детской поликлиникой, а также с другими медицинскими организациями (противотуберкулезным, кожно-венерологическим, онкологическим диспансерами, Центрами профилактики и борьбы со СПИД);
  - обеспечение проведения антиретровирусной профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции ВИЧ-инфицированным роженицам и их новорожденным;
  - ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.
2. Отсутствие оснащения родильного дома (отделения), предусмотренного Стандартом оснащения согласно (приложение № 8 к Порядку) - невыполнение п. 5 Правил организации деятельности родильного дома (отделения):

### СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА (ОТДЕЛЕНИЯ)

<I> Для оснащения акушерских стационаров I группы.

<II> Для оснащения акушерских стационаров II группы.

#### 1.1.2. Смотровая

№ п/п	Наименование <*>
15.	Амниотест <I>, <II>
16.	Анализатор доплеровский сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малогабаритный <II>
17.	Аппарат для ультразвукового исследования с цветным Доплером и двумя датчиками <II>
18.	Кардиомонитор фетальный <I>, <II>
19.	Электрокардиограф с синдромальным заключением <II>
20.	Аппарат наркозно-дыхательный переносной <II>
21.	Набор для экстренного приема родов <I>, <II>

22.	Набор для оказания неотложной медицинской помощи женщинам <I>, <II>
23.	Стол для реанимации новорожденных <I>, <II>
24.	Набор для первичной реанимации новорожденных <I>, <II>
31.	Источник кислорода (центральная разводка или концентратор кислорода) <I>, <II>
32.	Источник закиси азота (центральная разводка) <I>, <II>
1.2. Отделение патологии беременности	
10.	Анализатор доплеровский сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малогабаритный <II>
11.	Амниоскоп с набором тубусов <I>, <II>
12.	Насос инфузионный <II>
18.	Кардиомонитор фетальный <I>, <II>
19.	Аппарат суточного мониторинга артериального давления <II>
1.3.1. Предродовая палата	
11.	Анализатор доплеровский сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малогабаритный <I>, <II>
12.	Аппарат для ультразвукового исследования с цветным доплером и двумя датчиками (переносной) <II>
13.	Кардиомонитор фетальный дистанционный для контроля в родах <I>, <II>
14.	Аппарат наркозно-дыхательный <II>
15.	Источник кислорода (центральная разводка или концентратор кислорода) <I>, <II>
16.	Источник закиси азота (центральная разводка) <I>, <II>
17.	Насос инфузионный <II>
1.3.2. Родовый зал (индивидуальный родовый зал)	
6.	Насос инфузионный (инфузомат) <I>, <II>
15.	Фетальный монитор <I>, <II>
16.	Анализатор доплеровский сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малогабаритный <I>, <II>
17.	Аппарат для ультразвукового исследования с цветным доплером и двумя датчиками (переносной) <II>
18.	Аппарат для контроля витальных функций пациента <II>
19.	Аппарат искусственной вентиляции легких стационарный (транспортный) <II>



20.	Источник кислорода (центральная разводка или концентратор кислорода) <I>, <II>
21.	Источник закиси азота (центральная разводка) <I>, <II>
22.	Ларингоскоп с набором клинков <I>, <II>
33.	Набор для проведения первичной реанимации новорожденного, включающий ларингоскоп со сменными клинками для новорожденных (в том числе глубоконедоношенных детей), саморасправляющийся неонатальный реанимационно-анестезиологический мешок, лицевые маски для новорожденных (3-х размеров), эндотрахеальные трубки для новорожденных (4-х размеров), набор инструментов для постановки пупочного катетера, пупочные катетеры для новорожденных (2-х размеров), катетеры для отсасывания слизи, набор шприцов <I>, <II>
36.	Источник кислорода <I>, <II>
37.	Источник медицинского воздуха <I>, <II>
38.	Смеситель воздушно-газовой смеси <I>, <II>
39.	Ротаметр <I>, <II>
41.	Пульсоксиметр <II>
42.	Капнограф <II>
43.	Аппарат для механической искусственной вентиляции легких с опцией СРАР и кислородным смесителем или аппарат для ручной искусственной вентиляции легких с опцией СРАР и кислородным смесителем <II>
44.	Инфузионный насос для новорожденных <II>
45.	Транспортный кювез с транспортным аппаратом искусственной вентиляции легких с опцией СРАР, кислородным смесителем и компрессором <II>
1.3.3. Операционный блок Предоперационная	
1.	Столик инструментальный разборный <I>, <II>
2.	Устройство для подогрева инфузионных жидкостей <I>, <II>
3.	Центрифуга <I>, <II>
4.	Облучатель бактерицидный (лампа) настенный и потолочный <I>, <II>
5.	Модуль предоперационный для хранения стерильных наборов инструментов, операционного белья, перевязочного и шовного материала, медикаментов и др. <I>, <II>

6.	Морозильная камера для хранения свежемороженой плазмы <I>, <II>
7.	Холодильник для хранения сывороток и препаратов крови <I>, <II>
8.	Аппарат для реинфузии аутоэритроцитов <II>
9.	Размораживатель плазмы <I>, <II>
10.	Назогастральный зонд для эвакуации содержимого желудка <I>, <II>
Операционная	
6.	Аппарат наркозно-дыхательный <I>, <II>
7.	Монитор операционный для контроля жизненно важных показателей <I>, <II>
8.	Монитор для реанимационной и интенсивной терапии <I>, <II>
9.	Дефибриллятор <I>, <II>
19.	Аппарат искусственной вентиляции легких для новорожденных <I>, <II>
26.	Набор для катетеризации центральных вен <I>, <II>
27.	Набор для эпидуральной анестезии <I>, <II>
32.	Набор для проведения первичной реанимации новорожденного, включающий ларингоскоп со сменными клинками для новорожденных (в том числе глубоконедоношенных детей), саморасправляющийся неонатальный реанимационно-анестезиологический мешок, лицевые маски для новорожденных (3-х размеров), эндотрахеальные трубки для новорожденных (4-х размеров), набор инструментов для постановки пупочного катетера, пупочные катетеры для новорожденных (2-х размеров), катетеры для отсасывания слизи, набор шприцов <I>, <II>
40.	Пульсоксиметр <II>
41.	Капнограф <II>
42.	Аппарат для механической искусственной вентиляции легких с опцией С-РАР и кислородным смесителем или аппарат для ручной искусственной вентиляции легких с опцией С-РАР и кислородным смесителем <I>, <II>
43.	Инфузионный насос для новорожденных <II>
44.	Транспортный кювез с транспортным аппаратом искусственной вентиляции легких с опцией С-РАР, кислородным смесителем и компрессором <II>

1.4. Отделение анестезиологии-реаниматологии (палаты интенсивной терапии) для женщин	
1.	Кровать функциональная <II>
2.	Аппарат искусственной вентиляции легких стационарный <II>
3.	Монитор прикроватный для слежения электрокардиографии, частоты дыхания, сатурации, артериального давления, температуры, капнографии <II>
4.	Электрокардиограф многоканальный <II>
5.	Аппарат УЗИ переносной с набором датчиков <II>
6.	Дефибриллятор <II>
7.	Электроотсос <II>
8.	Аппарат для плазмафереза <II>
9.	Аппарат наркозно-дыхательный <II>
10.	Пульсоксиметр <II>
11.	Насос инфузионный <II>
15.	Экспресс-анализатор для определения основных клинических и биохимических показателей, в том числе газов крови и электролитов <II>
16.	Тромбоэластограф <II>
2.1. Отделение новорожденных физиологическое и отделение новорожденных при наблюдательном отделении	
10.	Инфузионные насосы <I>, <II>
11.	Полифункциональные мониторы <I>, <II>
12.	Пульсоксиметры <I>, <II>
13.	Глюкометр <I>, <II>
14.	Прибор для транскутанного определения билирубина <I>, <II>
16.	Оборудование для аудиологического скрининга <I>, <II>
24.	Датчики для пульсоксиметра <II>
25.	Набор для катетеризации периферических сосудов <II>
26.	Набор для проведения первичной реанимации новорожденного, включающий ларингоскоп со сменными клинками для новорожденных (в том числе глубоконедоношенных детей), саморасправляющийся неонатальный реанимационно-анестезиологический мешок, лицевые маски для новорожденных (3-х размеров), эндотрахеальные трубки для новорожденных (4-х размеров), набор инструментов для постановки пупочного катетера, пупочные катетеры для новорожденных (2-х размеров), катетеры для отсасывания слизи, набор шприцов <I>, <II>

2.2. Палата (пост) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных	
1.	Аппарат искусственной вентиляции для новорожденных (с контролем по давлению и объему, циклические по времени и потоку, с системой триггерной вентиляции) <II>
2.	Аппарат дыхательный ручной для новорожденных с набором мягких масок разных размеров <II>
3.	Стол для новорожденных с подогревом (или стол реанимационный) <II>
4.	Инкубатор для новорожденных (стандартная модель) <II>
5.	Инкубатор для новорожденных (интенсивная модель) <II>
6.	Монитор неонатальный с набором электродов и манжеток <II>
9.	Пульсоксиметр <II>
17.	Аппарат для определения кислотно-основного состояния <II>
18.	Аппарат для определения электролитов <II>
19.	Аппарат для определения билирубина в капиллярной крови <II>
20.	Билирубинометр транскутанный <II>
21.	Глюкометр <II>
24.	Прибор для мониторинга электрической активности мозга <II>
25.	Система чрескожного мониторинга газового состава крови <II>
26.	Аппарат для искусственной вентиляции легких новорожденных <II>
27.	Аппарат для поддержания самостоятельного дыхания новорожденного путем создания непрерывного положительного давления в дыхательных путях (CPAP) <II>
28.	Аппарат для проведения неинвазивной искусственной вентиляции легких <II>
29.	Передвижной аппарат для ультразвукового исследования у новорожденных с набором датчиков и с доплерометрическим блоком <II>
30.	Передвижной аппарат электрокардиографии, оснащенный системой защиты от электрических помех <II>
33.	Транспортный инкубатор <II>
34.	Передвижной рентгеновский аппарат <II>

XIII. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий этапности оказания медицинской помощи женщинам в перинатальном центре – невыполнение требований Приложения № 9 к Порядку - Правил организации деятельности перинатального центра.

1. Отказ от выполнения функций – невыполнение п. 11 Правил организации деятельности перинатального центра:

-оказывает консультативно-диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным и детям первых месяцев жизни с врожденной и перинатальной патологией, требующих оказания медицинской помощи в стационарных условиях, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий;

-организует и проводит перинатальные консилиумы врачей для определения тактики ведения беременности и родов у женщин с осложненным течением беременности, в том числе при выявлении хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода;

-осуществляет взаимодействие между медицинскими организациями;

-осуществляет оперативное слежение за состоянием беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных детей, нуждающихся в интенсивной помощи, обеспечивает своевременное оказание им специализированной медицинской помощи при выявлении осложнений;

-оказывает дистанционные виды консультативной помощи на основе использования современных информационных технологий при возникновении критических или других ситуаций, требующих разрешения в акушерстве, гинекологии, анестезиологии-реаниматологии, неонатологии, организует экстренную и неотложную медицинскую помощь женщинам и детям, в том числе вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию;

-проводит клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам и детям раннего возраста, сбор и систематизацию данных о результатах выхаживания новорожденных детей с различной патологией;

-оказывает анестезиолого-реанимационную помощь;

-осуществляет профилактику отдаленных последствий перинатальной патологии (ретинопатии недоношенных, тугоухости с детства, детского церебрального паралича).

2. Отсутствие оснащения родильного дома (отделения), предусмотренного Стандартом оснащения согласно (приложение № 11 к Порядку) - невыполнение п. 6 Правил организации деятельности перинатального центра.

XIV. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий этапности оказания медицинской помощи женщинам в отделении анестезиологии-реаниматологии перинатального центра и родильного дома – невыполнение требований Приложения №12 к Порядку - Правил организации деятельности отделения анестезиологии-реаниматологии перинатального центра и родильного дома.

1. Отказ от выполнения функций – невыполнение п. 12 Правил организации деятельности отделения анестезиологии-реаниматологии перинатального центра

и родильного дома:

-осуществление комплекса мероприятий по подготовке и проведению анестезии при операциях, родах, диагностических и лечебных процедурах;

-направление пациентов в отделение анестезиологии-реаниматологии, согласно медицинским показаниям;

-обеспечение анестезиологического пособия и проведение мероприятий по реанимации и интенсивной терапии беременным женщинам, роженицам и родильницам согласно медицинским показаниям;

-консультативная помощь специалистам медицинских организаций по вопросам практической анестезиологии и реаниматологии;

-проведение занятий и практических конференций с медицинскими работниками по основам анестезиологии и реаниматологии у женщин в период беременности, родов и в послеродовой период;

-ведение учетной и отчетной документации и предоставление отчетов о деятельности, касающейся осуществления анестезиологических и реанимационных мероприятий у женщин в период беременности, родов и в послеродовой период, в установленном порядке.

2. Отсутствие в отделении анестезиологии-реаниматологии медицинской техники и медикаментов, необходимых для проведения анестезиологии и реаниматологии, а также экспресс-лаборатории, обеспечивающей круглосуточные лабораторные исследования жизненно важных функций организма – невыполнение п. 10 Правил организации деятельности отделения анестезиологии-реаниматологии перинатального центра и родильного дома.

3. Наличие в акушерском стационаре мощностью от 130 взрослых коек числа коек отделения анестезиологии-реаниматологии менее 6 – невыполнение п. 9 Правил организации деятельности отделения анестезиологии-реаниматологии перинатального центра и родильного дома.

4. Недостижение цели создания отделения анестезиологии-реаниматологии - осуществления комплекса мероприятий по проведению анестезиологического пособия, реаниматологии и интенсивной терапии беременных женщин, рожениц и родильниц с расстройством функций жизненно важных органов до стабилизации их деятельности, поступающих из отделений акушерских стационаров и других медицинских организаций, в том числе доставленных скорой медицинской помощью – невыполнение п. 11 Правил организации деятельности отделения анестезиологии-реаниматологии перинатального центра и родильного дома.

XV. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий этапности оказания медицинской помощи женщинам – невыполнение требований Приложения № 13 к Порядку - Правил организации деятельности акушерского дистанционного консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи перинатального центра и родильного дома.

1. Отказ от выполнения функций – невыполнение п. 7 Правил организации деятельности акушерского дистанционного консультативного центра:

«7.1. организация системы оказания медицинской помощи женщинам

с угрожающими жизни заболеваниями или клиническими ситуациями, осложнившими течение беременности, родов и послеродового периода, такими как:

- пре- и эклампсия;
- HELLP-синдром;
- острый жировой гепатоз беременных;
- предлежание плаценты с эпизодами кровотечений в предшествующие периоды беременности;
- преждевременная отслойка плаценты с кровопотерей более 1000 мл;
- рубец на матке с клиническими или инструментальными проявлениями несостоятельности;
- тяжелая рвота беременных;
- внематочная беременность с кровопотерей более 1000 мл;
- шеечно-перешеечная беременность;
- послеродовая (послеабортная) кровопотеря более 1000 мл;
- интраоперационные осложнения, связанные с ранением смежных органов или массивной кровопотерей (более 1500 мл);
- тяжелый септический послеродовой (послеоперационный) метроэндометрит;
- послеоперационный (послеродовой) перитонит;
- послеродовой сепсис;
- сепсис во время беременности любой этиологии;
- ятрогенные осложнения (осложнения анестезии, трансфузионные осложнения и так далее);
- гипертоническая болезнь II степени со стойким повышением давления свыше 160/100 мм рт. ст. или эпизодической гипертензией до 200/120 мм рт. ст.;
- пороки сердца с нарушением кровообращения I степени, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации;
- миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения;
- тяжелый пиелонефрит с нарушением пассажа мочи, карбункул, апостематоз почек, пиелонефрит единственной почки;
- бронхиальная астма тяжелой степени, гормонозависимая;
- другие заболевания легких с явлениями умеренной дыхательной недостаточности;
- сахарный диабет с труднокорректируемым уровнем сахара в крови и склонность к кетоацидозу;
- тяжелая анемия любого генеза;
- тромбоцитопения любого происхождения;
- острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг; тяжелая форма эпилепсии;
- миастения;

7.2. осуществление оперативного, динамического контроля (дистанционного мониторинга) за состоянием здоровья женщин с осложненным течением беременности и родов;

7.3. оказание круглосуточной консультативной помощи пациентам с акушерской



и гинекологической патологией;

7.4. организация перевода и транспортировки пациенток с высокой степенью риска материнской смертности, нуждающихся в интенсивной терапии, в отделение анестезиологии-реаниматологии с помощью выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригады для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;

7.5. обеспечение оперативной информацией (о количестве тяжелых больных, характере и степени тяжести выявленной патологии, результатах лечебно-диагностических мероприятий) руководства органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья;

7.6. проведение анализа дефектов в оказании неотложной помощи женщинам в акушерских стационарах;

7.7. ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством».

2. Отсутствие оснащения акушерского дистанционного консультативного центра, предусмотренного Стандартом оснащения согласно (приложение № 15 к Порядку) - невыполнение п. 4 Правил организации деятельности акушерского дистанционного консультативного центра:

№.	Наименование (количество единиц - не менее 1)
4.	Комплект периферийного оборудования для телемедицинских консультаций
5.	Реанимобиль
6.	Транспортный аппарат искусственной вентиляции легких
7.	Монитор витальных функций пациента (ЭКГ, АД, частоты дыхания, температуры, газового состава крови)
10.	Система подачи кислорода (ротаметр со шлангами, баллоны, редуктор)
11.	Переносной реанимационный набор (ларингоскоп, мешок Амбу, аппарат для искусственной вентиляции легких (ручной), коннекторы, интубационные трубки)
13.	Набор для переливания крови, венесекции, катетеризации подключичной вены, интубации, люмбальной и плевральной пункции, постановки плеврального дренажа, длительной чрескожной катетеризации
14.	Переносной ультразвуковой аппарат
15.	Переносная инфузионная помпа
16.	Переносной апноэ-монитор
17.	Переносной пульсоксиметр
18.	Портативный экспресс-анализатор для определения основных клинических и биохимических показателей

19.	Аппарат для обогрева больных
20.	Аппарат для подогрева инфузионных жидкостей

XVI. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий этапности оказания медицинской помощи женщинам в гинекологическом отделении – невыполнение требований п. 82 Порядка и приложения № 17 к Порядку - Правил организации деятельности гинекологического отделения.

1. Отказ от выполнения функций – невыполнение п. 9 Правил организации деятельности гинекологического отделения:

-оказание медицинской помощи женщинам с заболеваниями органов репродуктивной системы в стационарных условиях;

-оказание медицинской помощи в связи с искусственным прерыванием беременности;

-освоение и внедрение в клиническую практику современных методов диагностики и лечения нарушений репродуктивной системы и профилактики осложнений на основе принципов доказательной медицины и научно-технических достижений;

-установление медицинских показаний и направление женщин в медицинские организации для оказания им высокотехнологичной медицинской помощи;

-проведение экспертизы временной нетрудоспособности, выдачу листков нетрудоспособности женщинам с гинекологическими заболеваниями, направление женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности на медико-социальную экспертизу в установленном порядке;

-организация и обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в целях предупреждения и снижения заболеваемости внутрибольничными инфекциями пациентов и медицинских работников;

-проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи;

-разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы и снижение больничной летальности от гинекологических заболеваний;

-проведение анализа причин гинекологических заболеваний;

-осуществление статистического мониторинга и анализа причин операций, приводящих к потере органа или его функции;

-взаимодействие с женской консультацией, станцией (отделением) скорой медицинской помощи, поликлиникой, детской поликлиникой, а также с другими медицинскими организациями (противотуберкулезным, кожно-венерологическим, онкологическим диспансерами, Центрами профилактики и борьбы со СПИД);

-организация повышения профессиональной квалификации медицинских работников;

-ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

XVII. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий этапности оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями –

невыполнение требований п. 82 Порядка.

1. Отказ от выполнения (отсутствие в медицинской документации данных о выполнении) диагностических мероприятий Базового спектра обследования в амбулаторных условиях Приложения № 20 к Порядку «Этапность оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями».

#### Базовый спектр обследования в амбулаторных условиях

Рубрика	Диагностические процедуры
А - обязательный минимум обследований гинекологических больных	Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Исследование при помощи зеркал. Кольпоскопия. Бимануальное влагалищное исследование. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, цитология мазков (РАР-тест). Ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) гениталий (1 раз в год, далее - по показаниям), УЗИ молочных желез (1 раз в год, далее - по показаниям). Маммография (в 35 - 36 лет - первая маммография, в 35 - 50 лет - 1 раз в 2 года, старше 50 лет - 1 раз в год).
Б - предоперационная подготовка больных с гинекологическими заболеваниями	См. рубрику А - обязательный минимум обследований гинекологических больных. Анализы крови (<*>; <*>; <*>) и мочи. Определение группы крови и резус-фактора. Определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография) - 1 раз в год, электрокардиография (далее - ЭКГ). Консультации: врача-терапевта, смежных врачей-специалистов (по показаниям).
В - комплекс исследований на инфекции, передаваемые половым путем	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов (полимеразная цепная реакция (далее - ПЦР)) ( <i>Chlamidia trachomatis</i> , <i>micoplazma genitalis</i> ). Бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам.

<\*> Анализ крови развернутый.

<\*\*\*> Биохимический анализ крови: исследование уровня общего белка крови, креатинина, уровня аланин-трансаминазы (далее - АЛТ), аспартат-трансаминазы (далее - АСТ), мочевины, общего билирубина, прямого билирубина, глюкозы крови, холестерина, натрия, калия крови.

<\*\*\*> Коагулограмма.

2. Отказ от выполнения (отсутствие в медицинской документации данных о выполнении) диагностических мероприятий Базового спектра обследования в стационарных условиях Приложения № 20 к Порядку «Этапность оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями»:

«Базовый объем обследования в стационарных условиях

Осмотр врача-акушера-гинеколога: Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Осмотр шейки матки в зеркалах. Бимануальное влагалищное исследование.

Госпитальный спектр для поступивших в экстренном порядке: Анализы крови и мочи. Определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови.

Рентгенография легких (флюорография) или документальное подтверждение - 1 раз в год, ЭКГ. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, цитология мазков (РАР-тест). УЗИ матки и придатков трансабдоминальное (трансвагинальное) при поступлении, далее - по показаниям – далее сравнение по таблице).

3. Отказ от выполнения (отсутствие в медицинской документации данных о выполнении) диагностических мероприятий Базового спектра обследования в амбулаторных условиях Приложения № 20 к Порядку «Этапность оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями в возрасте до 17 лет включительно»:

Рубрика	Диагностические процедуры
<p>А - обязательный минимум обследований гинекологических больных</p>	<p>Анамнез и жалобы; визуальное исследование кожных покровов (стрии, акне, гиперпигментация, распределение и выраженность оволосения), ротоглотки, молочных желез, наружных половых органов; пальпаторное исследование молочных желез, щитовидной железы, наружных половых органов; оценка степени развития молочных желез (В1-5) и полового оволосения (Р1-5,6) по Таннеру; измерение артериального давления (далее - АД); измерение температуры тела (по показаниям); антропометрия; подсчет индекса массы тела (далее - ИМТ); оценка соответствия физического развития и ИМТ возрасту пациентки; заполнение повозрастной центильной шкалы роста и массы тела. УЗИ органов малого таза трансабдоминальное (предпочтительно на 3 - 5 день менструального цикла) по показаниям и при углубленной диспансеризации в возрасте 10, 12, 14, 15, 16 и 17 лет. Бимануальное ректоабдоминальное (по показаниям) или влагалищное исследование. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, цитология мазков (РАР-тест) у девочек, имеющих сексуальные контакты. УЗИ молочных желез (по показаниям).</p>
<p>Б - предоперационная подготовка больных с гинекологическими заболеваниями</p>	<p>См. рубрику А - обязательный минимум обследований гинекологических больных. Анализы крови (&lt;*&gt;; &lt;***&gt;; &lt;****&gt;) и мочи. Определение группы крови и резус-фактора. Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография) - 1 раз в год, электрокардиография (далее - ЭКГ). Консультации: врача-терапевта, смежных врачей-специалистов (по показаниям).</p>

<\*> Анализ крови развернутый.

<\*\*\*> Биохимический анализ крови: исследование уровня общего белка крови, креатинина, уровня аланин-трансаминазы (далее - АЛТ), аспартат-трансаминазы (далее - АСТ), мочевины, общего билирубина, прямого билирубина, глюкозы крови, холестерина, натрия, калия крови.

<\*\*\*> Коагулограмма.

2. Отказ от выполнения (отсутствие в медицинской документации данных о выполнении) диагностических мероприятий Базового спектра обследования в стационарных условиях Приложения № 20 к Порядку «Этапность оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями в возрасте до 17 лет включительно»:

«Базовый объем обследования в стационарных условиях

Осмотр врача-акушера-гинеколога: Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Вульвоскопия. Вагиноскопия. Оценка степени развития молочных желез (В1-5) и полового оволосения (Р1-5,6) по Таннеру; измерение АД; измерение температуры тела (по показаниям); антропометрия; подсчет индекса массы тела (ИМТ); оценка соответствия физического развития и ИМТ возрасту пациентки; заполнение по возрастной центильной шкалы роста и массы тела.

Госпитальный спектр для поступивших в экстренном порядке: Анализы крови и мочи. Определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, RW, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови.

Рентгенография легких (флюорография) или документальное подтверждение - 1 раз в год, ЭКГ. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, цитология мазков (РАР-тест). УЗИ матки и придатков трансабдоминальное (трансвагинальное) при поступлении, далее - по показаниям» (далее сравнение с данными таблицы Порядка).

XVIII. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий этапности оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями – невыполнение требований приложения № 21 Порядка - Правил организации деятельности врача-акушера-гинеколога, оказывающего медицинскую помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями.

1. Игнорирование критериев для определения этапности оказания медицинской помощи и направления к врачу-акушеру-гинекологу девочек в возрасте до 18 лет включительно (невыполнение п. 4 Правил организации деятельности врача-акушера-гинеколога, оказывающего медицинскую помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями):

- зуд, жжение, покраснение, высыпания, расчесы, эрозии, налеты, участки

лихенификации, папилломы, кондиломы и опухолевидные образования на кожных покровах наружных половых органов и промежности в любом возрасте;

- выделения из половых путей патологического характера в любом возрасте;
- кровяные выделения из половых путей различной интенсивности и продолжительности в любом возрасте;
- травматические (бытовые и насильственные) повреждения наружных половых органов, вульвы и влагалища в любом возрасте;
- патологические анализы мочи (бактериурия, лейкоцитурия, гематурия и др.) в любом возрасте;
- боли в животе в любом возрасте;
- изменение формы и величины живота в любом возрасте;
- увеличение молочных желез и рост волос на лобке в возрасте до 8 лет;
- ускоренное физическое и биологическое развитие в возрасте до 8 лет;
- отсутствие вторичных половых признаков (молочных желез и оволосения лобка) в возрасте 12-13 лет;
- перерыв в менструациях более чем на 45 дней в пубертатном периоде (с менархе до 17 лет включительно);
- отсутствие менструации в возрасте 15 лет и старше;
- указание на наличие множественных кожных складок на шее и лимфатического отека конечностей в периоде новорожденности;
- наличие стигм дисэмбриогенеза, пигментных пятен, множественных родимых пятен или витилиго, костных дисплазий при низкорослости и высокорослости в любом возрасте;
- нарушение строения наружных половых органов, в том числе сращение малых половых губ, гипертрофия клитора и малых половых губ, уrogenитальный синус, отсутствие входа во влагалище в любом возрасте;
- аплазия, гипоплазия, гиперплазия, гигантомастия, асимметрия и другие аномалии, фиброзно-кистозная болезнь и узловые образования молочных желез в пубертатном периоде;
- отклонения от нормативной массы тела в периоде полового созревания (в возрасте от 8 до 17 лет включительно) более чем на 10%;
- повышенный рост волос и оволосение по мужскому типу в любом возрасте;
- задержка физического развития в любом возрасте;

низкорослость (рост 150 см. и менее) в периоде полового созревания;  
высокорослость (рост 175 см. и более) в периоде полового созревания;

- состояние после хирургических вмешательств на органах брюшной полости в любом возрасте;
- 3, 4 и 5 группы здоровья с эндокринными, аллергическими, воспалительными и другими хроническими заболеваниями, в том числе дети-инвалиды и дети с ограниченными возможностями в любом возрасте;
- реконвалесценция после перенесенных детских инфекций и тонзилэктомии в препубертатном возрасте (от 8 лет до менархе) и в первой фазе пубертатного периода (с менархе до 14 лет включительно);

- указание на патологию матки и яичников по результатам эхографии и томографии внутренних органов, в том числе органов малого таза;
- начало сексуальных отношений;
- необходимость консультирования девочки по вопросам интимной гигиены;
- необходимость консультирования по вопросам риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе ВИЧ/СПИД, гепатита В и С;
- необходимость консультирования для индивидуального подбора контрацепции у сексуально активных девочек, в том числе после аборта.

## **2. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология».**

1. Отсутствие в данных медицинской документации отметки об оценке готовности к работе оборудования и принадлежностей для проведения оказания анестезиолого-реанимационной помощи.
2. Проведение любого вида анестезии врачом-анестезиологом-реаниматологом в местах, не обеспеченных специальным оборудованием.
3. Отсутствие протокола осмотра анестезиологом-реаниматологом пациента при подготовке пациента к плановой операции заблаговременно (не позже чем за 1 сутки до предполагаемого оперативного вмешательства).
4. Отсутствие в протоколе осмотра анестезиологом-реаниматологом заключения о полноте обследования в соответствии с установленными стандартами оказания медицинской помощи и назначения, оценки степени операционно-анестезиологического риска, обоснования выбора метода анестезии и необходимых для нее средств, обоснования дополнительного обследования.
5. Отсутствие протокола повторного осмотра врачом-анестезиологом-реаниматологом непосредственно перед проведением анестезии.
6. Отсутствие протокола осмотра врачом-анестезиологом-реаниматологом непосредственно перед проведением анестезии при необходимости проведения экстренного оперативного вмешательства; отсутствие необходимого дополнительного обследования пациента и его подготовки к анестезии при необходимости проведения экстренного оперативного вмешательства.
7. Отсутствие карты анестезии и протокола анестезии или отсутствие в имеющемся протоколе хода анестезии, особенностей и осложнений, оценки состояния пациента на момент передачи его для наблюдения и лечения другому медицинскому персоналу. Заключение, карта и протокол анестезии вносятся в медицинскую документацию пациента.
8. Факт совмещения проведения анестезии врачом-анестезиологом-реаниматологом, с оказанием медицинской помощи другим пациентам либо с выполнением иных функций, не связанных с непосредственным проведением



анестезии.

9. Факт превышения времени пребывания пациентов в палатах пробуждения после операционного вмешательства свыше 4-х часов.

10. Отсутствие отметки о завершении операции в наркозной карте, оценки течения пробуждения до момента перевода в профильное отделение, блок интенсивной терапии или в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь.

11. Отсутствие решения заведующего подразделением, оказывающего анестезиолого-реанимационную помощь, о переводе пациента в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь для проведения интенсивного лечения; отсутствие совместного осмотра заведующего подразделением, оказывающего анестезиолого-реанимационную помощь, с лечащим врачом по профилю заболевания пациента с решением о переводе; отсутствие протокола консилиума врачей анестезиологов-реаниматологов и должностных лиц медицинской организации в спорных случаях вопрос перевода.

12. Осуществление транспортировки в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь, без сопровождения врача-анестезиолога-реаниматолога.

13. Отсутствие записи о ежедневном осмотре и выполнении лечебно-диагностических мероприятий врачом-специалистом по профилю заболевания пациента, осуществлявшим лечение или оперировавшим больного до перевода в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь, ежедневно осматривает больного.

14. Отсутствие осмотра в кратчайшие сроки врачами специалистами пациента в ОРИТ, поступившего непосредственно из приемного отделения до выяснения и устранения причины тяжелого состояния.

15. Отсутствие записей в медицинской документации пациента с обоснованием необходимости консультации специалистов по профилям, а также записи о проведенных консультациях.

16. Выполнение осмотров пациента врачом-анестезиологом-реаниматологом в подразделении, оказывающем анестезиолого-реанимационную помощь, реже 4 раз в сутки.

17. Отсутствие в медицинской документации пациента записей динамического наблюдения врача-анестезиолога-реаниматолога, отражающих эффективность проводимого лечения, результаты лабораторных, функциональных и других исследований, промежуточное заключение.

18. Отсутствие в медицинской документации пациента записей динамического наблюдения врача-анестезиолога-реаниматолога в случаях внезапного изменения состояния больного с подробным описанием ситуации и с точным указанием времени происшествия и проведенных мероприятий.

19. Факт совмещения врачом-анестезиологом-реаниматологом работы в палатах для реанимации и интенсивной терапии с другими видами анестезиолого-реанимационной деятельности (проведение анестезии в операционных и прочего),

за исключением экстренных консультаций по учреждению при отсутствии других специалистов анестезиологов-реаниматологов.

20. Отсутствие или ненадлежащее качество заполнения карта интенсивной терапии, в которой отражаются основные физиологические показатели и иные сведения, связанные с проведением лечения, при проведении интенсивного наблюдения и лечения в подразделении, оказывающем анестезиолого-реанимационную помощь.

21. Отсутствие обоснования перевода пациентов из профильных отделений в подразделения, оказывающие анестезиолого-реанимационную помощь, и из них в другие подразделения.

22. Отсутствие осуществления мер (записи) по устранению состояний, угрожающих жизни пациента, в случае их развития у пациента в профильном отделении до прибытия врача-анестезиолога-реаниматолога.

23. Оказание анестезиолого-реанимационной помощи в плановой и экстренной форме вне круглосуточного графика работы пациентам свыше II-й степени операционно-анестезиологического риска (до 10 баллов - умеренный риск) бригадой анестезиологии-реанимации в составе операционного блока или хирургического отделения медицинской организации.

24. Факт отказа в переводе пациента в подразделение медицинской организации, оказывающее круглосуточную анестезиолого-реанимационную помощь, либо, при отсутствии такового в медицинской организации, в другую медицинскую организацию, имеющую в своем составе такое подразделение с продолжением терапии в процессе транспортировки, при невозможности оказания анестезиолого-реанимационной помощи силами бригады анестезиологии-реанимации.

25. Невыполнение функций отделения анестезиологии-реанимации:

- неосуществление комплекса мероприятий по подготовке к анестезии;
- отсутствие определения показаний для лечения пациентов в отделении;
- отсутствие рекомендаций по лечению и обследованию пациентов, переводимых из отделения в профильные подразделения медицинской организации на ближайшие сутки;
- отказ в консультировании медицинского персонала профильных подразделений медицинской организации по вопросам обследования больных в предоперационном периоде и подготовки их к операции и анестезии, а также по вопросам лечения пациентов при угрозе развития у них критического состояния;

- отказ в оказании помощи в проведении реанимации пациентам в профильных подразделениях медицинской организации;

26. Невыполнение функций врачом-анестезиологом-реаниматологом в рамках анестезиолого-реанимационного обеспечения:

- несвоевременный осмотр пациентов, готовящихся к операции;
- неполная оценка обследования пациента;
- отсутствие определения степени операционно-анестезиологического риска;
- отсутствие назначения клинического и лабораторного дообследования при наличии показаний;
- отсутствие назначения необходимой премедикации и иной медикаментозной

подготовки;

- отсутствие записи о принятом решении о виде (методе) предполагаемой анестезии;

- отсутствие получения добровольного информированного согласия либо отказа пациента или его законных представителей на соответствующий вид (метод) анестезии;

- отсутствие занесения результатов осмотра, своего заключения с отметкой о согласии пациента (его законных представителей) на избранный метод анестезии в историю болезни;

- недоведение до сведения лечащего врача профильного отделения (или его заведующего) необходимости дополнительного обследования пациента в случаях, требующих отсрочки вмешательства для его выполнения в связи с высоким риском анестезии;

- неинформирование заведующего отделением анестезиологии-реанимации либо лица, его замещающего, о плане предполагаемого анестезиологического обеспечения, а также о любых ситуациях, требующих дополнительного обследования пациента и связанного с этим переноса сроков запланированного хирургического вмешательства;

- отказ от инициирования консилиума врачей, с предварительным информированием заведующего отделением;

- отказ от заполнения анестезиологической карты и протокола анестезии;

- отказ от определения показаний для транспортировки пациента (в отделение анестезиологии-реаниматологии или анестезиологии-реаниматологии для интенсивного лечения, в палату пробуждения или в палату профильного отделения) и/или отказ от сопровождения при транспортировке.

27. Отказ врача-анестезиолога-реаниматолога от мониторинга состояния больного во время проводимой им анестезии (в т.ч. отсутствие протокола мониторинга).

28. Отказ оперирующей бригады о приостановлении вмешательства для стабилизации состояния больного по требованию врача-анестезиолога-реаниматолога.

29. Отказ от информирования или неинформирование заведующего отделением анестезиологии-реаниматологии либо лица, его замещающего, в случае возникновения осложнения анестезии, осложнений при проведении реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, а также о происшествиях, случившихся с пациентами или персоналом (внезапная смерть, несчастный случай и т.д.), и о других чрезвычайных происшествиях в отделении.

30. Проведение одним врачом-анестезиологом-реаниматологом анестезии одновременно двум и более пациентам.

31. Отсутствие соответствующей записи в карте и протоколе анестезии в случае передачи ведения анестезии другому лицу.

32. Отсутствие в медицинской документации записи о состоянии пациента, времени, должности, фамилии, имени врача, который принял под наблюдение пациента.

33. Отсутствие в отделении анестезиологии и реанимации необходимого медицинского оснащения, предусмотренного Порядком, как признак оказания медицинской помощи, не отвечающей требованиям безопасности: аппараты ИВЛ транспортный педиатрический (CMV, SIMV, CPAP), роликовый насос для проведения внутривенных инфузий; мониторы оценки глубины анестезии и нейромышечной проводимости; пульсоксиметр с набором педиатрических датчиков; монитор пациента (пульсоксиметрия, неинвазивное артериальное давление, электрокардиография, частота дыхания, температура тела); монитор большого с расширенными возможностями оценки гемодинамики и дыхания: респираграмма, пульсоксиметрия, капнометрия, неинвазивное и инвазивное артериальное давление, температура, электрокардиограмма, анализ ST-сегмента электрокардиограммы, опционно-сердечный выброс; транспортный монитор пациента (пульсоксиметрия, неинвазивное артериальное давление, температура тела, электрокардиография, частота дыхания); автоматический анализатор газов крови, кислотно-щелочного состояния, электролитов, глюкозы, осмолярности; аппарат УЗИ с набором датчиков и системой навигации для выполнения регионарной анестезии, пункции и катетеризации центральных и периферических сосудов и оценки критических состояний; аппарат искусственной вентиляции легких педиатрический с увлажнителем и монитором параметров дыхания; монитор на пациента (неинвазивное артериальное давление, инвазивное артериальное давление - 2 канала, электрокардиография, частота дыхания, температура тела - 2 канала, оксиметрия, капнометрия, сердечный выброс); ларингоскоп; набор для выполнения трудной интубации (эндовидеоларингоскоп/фибрларингобронхоскоп); аппарат для неинвазивной оценки центральной гемодинамики методом доплерографии; матрац противопролежневый; дефибриллятор; электрокардиограф; матрац термостабилизирующий; транспортируемый рентгеновский аппарат.

34. Отсутствие в медицинских организациях их подразделениях необходимого медицинского оснащения, предусмотренного Порядком оказания медицинской помощи рассматривается как признак оказания медицинской помощи, не отвечающей требованиям безопасности, что накладывает на эксперта обязанность о сообщении о данном правонарушении в следственные органы.

### **3. Критериями ненадлежащего объема, качества и условий оказания анестезиолого-реанимационной помощи детям в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи детям по профилю «Анестезиология и реаниматология», утвержденным приказом МЗ РФ от 12.11.12 г. № 909н, являются:**

1. Отказ учреждения здравоохранения, имеющего в своем штате специалистов по профилю «анестезиология и реаниматология», в оказании медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология», в частности, отказ в:

- профилактике и лечении боли;
- поддержании и (или) искусственном замещении обратимо нарушенных функций

- жизненно важных органов и систем при состояниях, угрожающих жизни детей;
- проведении лечебных и диагностических мероприятий детям во время анестезии, реанимации и интенсивной терапии;
  - лабораторном и функциональном мониторинге за адекватностью анестезии и (или) интенсивной терапии;
  - наблюдении за состоянием детей в пред- и посленаркозном периодах и определении их продолжительности;
  - лечении заболевания, вызвавшего развитие критического состояния;
  - переводе в противошоковую палату приемного отделения в медицинских организациях, оказывающих круглосуточную медицинскую помощь детям по профилю «анестезиология и реаниматология».
2. Невыполнение требования о предоперационном осмотре врачом-анестезиологом-реаниматологом ребенка перед плановым хирургическим вмешательством не позднее, чем за сутки до предполагаемой операции, а в случае экстренного вмешательства - сразу после принятия решения о необходимости его выполнения с целью определения операционно-анестезиологического риска, для выбора метода анестезии и проведения предоперационной подготовки. Невыполнение необходимых дополнительных обследований.
  3. Отсутствие протокола с результатами осмотра врачом-анестезиологом-реаниматологом в виде заключения в медицинской документации детей.
  4. Отказ от ведения анестезиологической карты во время проведения анестезии врачом-анестезиологом-реаниматологом или отсутствие ее в медицинской документации.
  5. Отказ от оформления протокола анестезии после окончания проведения анестезии или отсутствие в нем течения, особенностей и осложнений анестезии, констатации состояния детей на момент перевода их в отделение по профилю заболевания медицинской организации или отсутствие протокола медицинской документации детей.
  6. Отказ в помещении детей в палату пробуждения после хирургического вмешательства дети помещаются на период до 4 часов.
  7. Отсутствие в анестезиологической карте отражения течения периода пробуждения.
  8. Отсутствие в медицинской карте обоснования перевода ребенка из палаты пробуждения в отделение по профилю заболевания или при наличии медицинских показаний в отделение анестезиологии-реанимации. Отсутствие согласования перевода ребенка в отделение анестезиологии-реанимации для проведения дальнейшего лечения с руководителем отделения.
  9. Транспортировка детей медицинскими работниками профильного отделения без сопровождения врача-анестезиолога-реаниматолога.
  10. Отсутствие осмотров детей врачом-анестезиологом-реаниматологом не реже 4 раз в сутки или отсутствие протоколов таких осмотров (собственно результаты осмотра, анализ заключений, результатов проводимых исследований и лечебных мероприятий) в медицинской документации.

11. Отсутствие ежедневного осмотра детей в отделении реанимации и выполнения лечебно-диагностических мероприятий врачом-специалистом по профилю заболевания детей, и/или отсутствие протокола осмотра.
12. Отсутствие специальной записи в случаях изменения состояния ребенка в медицинской документации врачом-анестезиологом-реаниматологом с подробным описанием ситуации, с указанием времени происшествия и проведенных мероприятий.
13. Отсутствие карты интенсивной терапии при проведении наблюдения и лечения детей в отделении анестезиологии-реанимации или отсутствие отражения в ней основных физиологических показателей и сведений, связанных с проведением лечения.
14. Отсутствие привлечения врачей-специалистов при наличии медицинских показаний. Отсутствие обоснования необходимых консультаций врачей-специалистов, а также заключений о проведенных консультациях в медицинской документации.
15. Несоблюдение порядка перевода детей в отделение по профилю заболевания. Решение о переводе детей из отделения анестезиологии-реанимации в отделение по профилю заболевания принимает руководитель этого отделения или лицо, его замещающее, совместно с лечащим врачом и (или) руководителем отделения по профилю заболевания.
16. Отказ в организации необходимого числа коек для оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология» - не менее 5% от общего коечного фонда медицинской организации.
17. Отказ в обезболивании манипуляций, которые могут повлечь возникновение болевых ощущений.
18. Отсутствие рекомендаций по лечению и обследованию детей, переводимых из отделения реанимации в отделения по профилю заболевания медицинской организации на ближайшие сутки.
19. Отсутствие в отделении анестезиологии и реанимации необходимого медицинского оснащения, предусмотренного Порядком, как признак оказания медицинской помощи, не отвечающей требованиям безопасности: аппараты ИВЛ транспортный педиатрический (CMV, SIMV, CPAP), роликовый насос для проведения внутривенных инфузий; мониторы оценки глубины анестезии и нейромышечной проводимости; пульсоксиметр с набором педиатрических датчиков; монитор пациента (пульсоксиметрия, неинвазивное артериальное давление, электрокардиография, частота дыхания, температура тела); монитор больного с расширенными возможностями оценки гемодинамики и дыхания: респирограмма, пульсоксиметрия, капнометрия, неинвазивное и инвазивное артериальное давление, температура, электрокардиограмма, анализ ST-сегмента электрокардиограммы, опционно-сердечный выброс; транспортный монитор пациента (пульсоксиметрия, неинвазивное артериальное давление, температура тела, электрокардиография, частота дыхания); автоматический анализатор газов крови, кислотно-щелочного состояния, электролитов, глюкозы, осмолярности;

аппарат УЗИ с набором датчиков для проведения контроля катетеризации крупных сосудов и перинеуральных пространств; аппарат искусственной вентиляции легких педиатрический с увлажнителем и монитором параметров дыхания; монитор на пациента (неинвазивное артериальное давление, инвазивное артериальное давление - 2 канала, электрокардиография, частота дыхания, температура тела - 2 канала, оксиметрия, капнометрия, сердечный выброс); ларингоскоп; набор для выполнения трудной интубации (эндовидеоларингоскоп/фибрларингоскоп); аппарат для неинвазивной оценки центральной гемодинамики методом доплерографии; матрац противопролежневый; дефибриллятор; электрокардиограф; матрац термостабилизирующий; транспортируемый рентгеновский аппарат; кюветы или реанимационные столы для новорожденных и недоношенных детей; транспортный кювет (для учреждений, оказывающих медицинскую помощь новорожденным детям).

20. Невыполнение функций отделения анестезиологии-реанимации:

- неосуществление комплекса мероприятий по подготовке к анестезии;
- отсутствие определения показаний для лечения пациентов в отделении;
- отсутствие рекомендаций по лечению и обследованию пациентов, переводимых из отделения в профильные подразделения медицинской организации на ближайшие сутки;
- отказ в консультировании медицинского персонала профильных подразделений медицинской организации по вопросам обследования больных в предоперационном периоде и подготовки их к операции и анестезии, а также по вопросам лечения пациентов при угрозе развития у них критического состояния;
- отказ в оказании помощи в проведении реанимации пациентам в профильных подразделениях медицинской организации;

21. Невыполнение функций врачом-анестезиологом-реаниматологом в рамках анестезиолого-реанимационного обеспечения:

- несвоевременный осмотр пациентов, готовящихся к операции;
- неполная оценка обследования пациента;
- отсутствие определения степени операционно-анестезиологического риска;
- отсутствие назначения клинического и лабораторного дообследования при наличии показаний;
- отсутствие назначения необходимой премедикации и иной медикаментозной подготовки;
- отсутствие записи о принятом решении о виде (методе) предполагаемой анестезии;
- отсутствие получения добровольного информированного согласия либо отказа пациента или его законных представителей на соответствующий вид (метод) анестезии;
- отсутствие занесения результатов осмотра, своего заключения с отметкой о согласии пациента (его законных представителей) на избранный метод анестезии в историю болезни;
- недоведение до сведения лечащего врача профильного отделения (или его



заведующего) необходимости дополнительного обследования пациента в случаях, требующих отсрочки вмешательства для его выполнения в связи с высоким риском анестезии;

- неинформирование заведующего отделением анестезиологии-реанимации либо лица, его замещающего, о плане предполагаемого анестезиологического обеспечения, а также о любых ситуациях, требующих дополнительного обследования пациента и связанного с этим переноса сроков запланированного хирургического вмешательства;

- отказ от инициирования консилиума врачей, с предварительным информированием заведующего отделением;

- отказ от заполнения анестезиологической карты и протокола анестезии;

- отказ от определения показаний для транспортировки пациента (в отделение анестезиологии-реаниматологии или анестезиологии-реаниматологии для интенсивного лечения, в палату пробуждения или в палату профильного отделения) и/или отказ от сопровождения при транспортировке.

22. Отказ врача-анестезиолога-реаниматолога от мониторинга состояния больного во время проводимой им анестезии или отсутствие протокола мониторинга.

23. Отказ оперирующей бригады о приостановлении вмешательства для стабилизации состояния больного по требованию врача-анестезиолога-реаниматолога.

24. Отказ от информирования заведующего отделением анестезиологии-реаниматологии либо лица, его замещающего, в случае возникновения осложнения анестезии, осложнений при проведении реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, а также о происшествиях, случившихся с пациентами или персоналом (внезапная смерть, несчастный случай и т.д.), и о других чрезвычайных происшествиях в отделении.

25. Проведение одним врачом-анестезиологом-реаниматологом анестезии одновременно двум и более пациентам.

26. Отсутствие соответствующей записи в карте и протоколе анестезии в случае передачи ведения анестезии другому лицу.

27. Отсутствие в медицинской документации записи о состоянии пациента, времени, должности, фамилии, имени врача, который принял под наблюдение пациента.

28. Невыполнение требований стандартов и порядков оказания медицинской помощи.

29. Отсутствие в медицинских организациях их подразделениях необходимого медицинского оснащения, предусмотренного Порядком оказания медицинской помощи рассматривается как признак оказания медицинской помощи, не отвечающей требованиям безопасности, что накладывает на эксперта обязанность о сообщении о данном правонарушении в следственные органы.

#### **4. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями**



**в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н.**

Анализ Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 г. № 918н, показывает, с одной стороны, необходимость учета его требований в работе анестезиолого-реанимационной службы, а с другой стороны, устанавливает следующие критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

1. Нарушения правил протоколирования обоснования формы оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ч. 4 ст. 32 Закона РФ № 323-ФЗ и п. 4 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями):

1) отсутствие формулирования повода для оказания экстренной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, травмы и ее осложнений, состояния, обострения хронических заболеваний кардиологического профиля, представляющих угрозу жизни пациента (перечисление признаков угрозы для жизни);

2) отсутствие формулирования повода для оказания неотложной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, состояния, травмы и ее осложнений, обострения хронических заболеваний кардиологического профиля без явных признаков угрозы жизни пациента (перечисление отсутствия явных признаков угрозы для жизни);

3) отсутствие хронологического признака (указания на время (час, минута) возникновения состояния, требующего экстренной или неотложной помощи, времени начала и окончания каждого медицинского вмешательства, времени начала изменений в состоянии пациента, появления или устранения признаков угрозы для жизни).

4) отсутствие формулирования повода для оказания плановой медицинской помощи - заболевания, состояния, травмы и ее последствий, обострения хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;

5) отсутствие журнала ожидания пациентом плановой медицинской помощи по отделению, оказывающему помощь кардиологического профиля, а также записи в журнале о конкретной дате оказания плановой помощи, а также наличие свободных «более ранних» дат в журнале ожидания пациентом плановой медицинской помощи.

2. Отсутствие определения конкретной даты оказания плановой медицинской помощи кардиологического профиля (консультация, госпитализация, выполнение кардиохирургического вмешательства и др.), отсрочка до которой (даты) гарантированно не повлечет за собой ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью больного, а также развитие рецидивов сердечно-сосудистых заболеваний

(п. 4 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

3. Возникновение ухудшения состояния, угрозы жизни и здоровью больного, а также развитие рецидивов заболеваний кардиологического профиля в период отсрочки (ожидания) плановой медицинской помощи по профилю кардиология и сердечно-сосудистая хирургия п. (4 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями):

4. Невыполнение требований стандартов медицинской помощи, утвержденных в установленном порядке (п. 6 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

5. Отказ врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей-кардиологов, врачей-специалистов в выдаче направления для оказания специализированной медицинской помощи больным в стационарных условиях или в условиях дневного стационара (п. 19 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

6. Отказ в госпитализации или приеме в дневной стационар и оказании специализированной медицинской помощи больным в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии направления от врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей-кардиологов, врачей-специалистов (п. 19 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

7. Отсутствие у медицинских работников, оказывающих специализированную медицинскую помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями сертификатов по специальности «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия» (п. 20 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

8. Непроведение консилиума врачей с участием врача-кардиолога, врача-акушера-гинеколога и врача – сердечно-сосудистого хирурга (отсутствие протокола) по поводу необходимости направления в специализированную медицинскую организацию беременной и (или) новорожденного при наличии у беременной и (или) новорожденного сердечно-сосудистого заболевания, при котором необходимо оказание неотложной специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с применением кардиохирургических, в том числе рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения (п. 21 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

9. Отказ от выдачи направления, перевода и медицинской транспортировки беременной и (или) новорожденного при наличии у них сердечно-сосудистого заболевания, при котором необходимо оказание неотложной специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с применением кардиохирургических, в том числе рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения в медицинскую организацию, оказывающую специализированную,

в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь и имеющую в своей структуре кардиохирургическое отделение, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения (п. 21 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

10. Отказ в отборе и подготовке больных для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи на этапе первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи (п. 22 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

11. Отсутствие обоснований и формулировки показаний или противопоказаний к проведению рентгенэндоваскулярной диагностики (п. 23 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

12. Отказ от выдачи направления на проведение рентгенэндоваскулярной диагностики при наличии показаний в медицинской организации, имеющей в своей структуре отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения (п. 23 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

13. Отсутствие обоснований и формулировки показаний или противопоказаний к проведению оперативного вмешательства с применением рентгенэндоваскулярных методов лечения через артериальные, венозные сосуды или камеры сердца под рентгеновским контролем в условиях операционной, оснащенной специализированной ангиографической установкой, либо операция на открытом сердце в условиях кардиохирургической операционной, в том числе с использованием аппарата искусственного кровообращения (п. 24 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

14. Отказ от выполнения операции с применением рентгенэндоваскулярных методов лечения через артериальные, венозные сосуды или камеры сердца под рентгеновским контролем в условиях операционной, оснащенной специализированной ангиографической установкой, либо операция на открытом сердце в условиях кардиохирургической операционной, в том числе с использованием аппарата искусственного кровообращения, при наличии показаний (п. 24 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

15. Отказ от направления больного в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь. При наличии показаний к применению рентгенэндоваскулярных методов лечения через артериальные, венозные сосуды или камеры сердца под рентгеновским контролем в условиях операционной, оснащенной специализированной ангиографической установкой, либо операция на открытом сердце в условиях кардиохирургической операционной, в том числе с использованием аппарата искусственного кровообращения, и при невозможности выполнения вышеперечисленных вмешательств в условиях медицинской организации, проводившей диагностику (п. 24 Порядка оказания медицинской помощи

больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

16. Невыполнение требований Порядка направления граждан РФ в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи по профилям кардиология и сердечно-сосудистая хирургия с целью установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, при отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами сердечно-сосудистых заболеваний, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. № 243н) (п. 25 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

17. Отсутствие в первичной медицинской документации протокола о наличии или отсутствии у больного медицинских показаний для перевода в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи по профилям кардиология и сердечно-сосудистая хирургия при наличии заявления больного или в целях установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, при отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, при высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами сердечно-сосудистых заболеваний, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций (п. 25 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

18. Невыполнение требований Порядка направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям кардиология и сердечно-сосудистая хирургия за счет бюджетных ассигнований при наличии у больного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (п. 26 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

19. Отсутствие в первичной медицинской документации протокола о наличии или отсутствии у больного медицинских показаний для направления его в

медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь (п. 26 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

20. Отсутствие выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного с результатами проведенного обследования и лечения, рекомендациями по дальнейшей тактике наблюдения, обследования и лечения после оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях (п. 27 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

21. Отсутствие в выписных документах рекомендаций по дальнейшей тактике наблюдения, обследования и лечения после оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях (п. 27 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

22. Отказ в продолжении лечения на этапе специализированной медицинской помощи после оказания высокотехнологичной медицинской помощи (п. 28 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

23. Отсутствие в медицинской документации анализа медицинских показаний и противопоказаний для проведения реабилитационных мероприятий в специализированных медицинских и санаторно-курортных организациях больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (п. 29 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

24. Отсутствие формулирования противопоказаний к выполнению тромболизиса врачами бригад скорой медицинской помощи, которые обеспечивают проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний больных при остром коронарном синдроме (ОКС) (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда) при невыполнении бригадой скорой помощи мероприятий тромболизиса (п. 32 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

25. Доставка больного с ОКС бригадой скорой медицинской помощи в сосудистый центр или другую ближайшую медицинскую организацию, не имеющую в своей структуре отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, отделения анестезиологии-реанимации, и/или не оказывающую специализированную медицинскую помощь больным с неотложными и экстренными сердечно-сосудистыми заболеваниями (острый коронарный синдром и другие угрожающие жизни состояния) (п. 32 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

26. Отсутствие формулирования в медицинской документации причин невыполнения рентгенэндоваскулярного вмешательства (первичное чрескожное вмешательство) при неосложненном течении ОКС в первые 12 часов от начала течения заболевания (п. 32 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

27. Невыполнение рентгенэндоваскулярного вмешательства (первичное чрезкожное вмешательство) при неосложненном течении ОКС в первые 12 часов от начала течения заболевания (п. 32 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).
28. Отсутствие в первые 12 часов от начала течения заболевания формулирования в медицинской документации времени и условий проведения рентгенэндоваскулярного вмешательства (первичное чрезкожное вмешательство) при осложненном течении ОКС (п. 32 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).
29. Отказ от выполнения тромболитической терапии ОКС в первые 12 часов от начала течения заболевания (п. 32 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).
30. Невыполнение рентгенэндоваскулярного вмешательства (первичное чрезкожное вмешательство) при ОКС после тромболитической терапии в период до 24 часов от начала течения заболевания (п. 32 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).
31. Доставка больного с ОКС бригадой скорой медицинской помощи в ближайшую медицинскую организацию, не имеющую в своей структуре кардиологического отделения с палатами реанимации и интенсивной терапии, в штатную численность которого входят врачи-кардиологи или врачи-анестезиологи-реаниматологи, при отсутствии на ближайшем расстоянии медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь больным с неотложными и экстренными заболеваниями (п. 33 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).
32. Отсутствие формулирования медицинских показаний или противопоказаний для перевода в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, имеющую в своей структуре отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, отделение анестезиологии-реанимации, кардиологическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии, после стабилизации состояния больного (п. 34 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).
33. Отказ от перевода в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, имеющую в своей структуре отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, отделение анестезиологии-реанимации, кардиологическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии, после стабилизации состояния больного при наличии медицинских показаний для (п. 34 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).
34. Отсутствие формулирования медицинских показаний для перевода в медицинскую организацию, имеющую в своем составе кардиохирургическое отделение или отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, при выявлении у больного, находящегося на лечении в стационарных условиях, показаний к неотложным рентгенэндоваскулярным и (или) кардиохирургическим

вмешательствам (п. 35 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

35. Отказ от перевода в медицинскую организацию, имеющую в своем составе кардиохирургическое отделение или отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, при выявлении у больного, находящегося на лечении в стационарных условиях, показаний к неотложным рентгенэндоваскулярным и (или) кардиохирургическим вмешательствам (п. 35 Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

36. Отсутствие сертификата по специальности кардиология при оказании медицинской помощи врачом в кардиологическом кабинете (п. 4 Правил организации деятельности кардиологического кабинета - приложения № 1 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

37. Отсутствие в кардиологическом кабинете медицинских изделий – предметов оснащения кабинета в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением № 3 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями:

- аппарата для экспресс определения международного нормализованного отношения портативного;

- экспресс-анализатора кардиомаркеров портативного (п. 5 Правил организации деятельности кардиологического кабинета).

38. Отказ в оказании консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, направляемым участковыми врачами-терапевтами, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-терапевтами цехового врачебного участка, а также врачами-специалистами других специальностей на основе стандартов медицинской помощи (п. 6 Правил организации деятельности кардиологического кабинета).

39. Невыполнение требований стандартов медицинской помощи при оказании консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, направляемым участковыми врачами-терапевтами, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-терапевтами цехового врачебного участка, а также врачами-специалистами других специальностей (п. 6.1 Правил организации деятельности кардиологического кабинета).

40. Невыявление больных с повышенным риском развития сердечно-сосудистых осложнений (п. 6.2 Правил организации деятельности кардиологического кабинета).

41. Отказ от наблюдения больных с повышенным риском развития сердечно-сосудистых осложнений (п. 6.2 Правил организации деятельности кардиологического кабинета).

42. Отсутствие диспансерного наблюдения и/или отказ в лечении и организации реабилитации больных:

- а) перенесших инфаркт миокарда (в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций);



- б) с артериальной гипертензией 2-3 степени, рефрактерной к лечению (пожизненно);
- в) после оказания высокотехнологичных методов лечения, включая кардиохирургические вмешательства (в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций);
- г) после лечения в стационарных условиях больных по поводу жизнеугрожающих форм нарушений сердечного ритма и проводимости, в том числе с имплантированным искусственным водителем ритма и кардиовертером-дефибриллятором (пожизненно);
- д) с пороками сердца и крупных сосудов (длительность наблюдения определяется медицинскими показаниями);
- е) перенесших инфекционный эндокардит (в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций);
- ж) перенесших тромбоэмболию легочной артерии (в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях);
- з) с хронической сердечной недостаточностью IV функционального класса;
- и) с III - IV функциональным классом стенокардии в трудоспособном возрасте;
- к) с первичной легочной гипертензией (длительность наблюдения определяется медицинскими показаниями) (п. 6.3 Правил организации деятельности кардиологического кабинета).

#### 43. Отсутствие учета диспансерного наблюдения больных:

- а) перенесших инфаркт миокарда (в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций);
- б) с артериальной гипертензией 2-3 степени, рефрактерной к лечению (пожизненно);
- в) после оказания высокотехнологичных методов лечения, включая кардиохирургические вмешательства (в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций);
- г) после лечения в стационарных условиях больных по поводу жизнеугрожающих форм нарушений сердечного ритма и проводимости, в том числе с имплантированным искусственным водителем ритма и кардиовертером-дефибриллятором (пожизненно);
- д) с пороками сердца и крупных сосудов (длительность наблюдения определяется медицинскими показаниями);
- е) перенесших инфекционный эндокардит (в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций);
- ж) перенесших тромбоэмболию легочной артерии (в течение 12 месяцев после оказания медицинской помощи в стационарных условиях);
- з) с хронической сердечной недостаточностью IV функционального класса;
- и) с III - IV функциональным классом стенокардии в трудоспособном возрасте;
- к) с первичной легочной гипертензией (длительность наблюдения определяется медицинскими показаниями) (п. 6.3 Правил организации деятельности кардиологического кабинета).



44. Отказ в отборе, подготовке и направлении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями для оказания специализированной медицинской помощи в кардиологические отделения медицинских организаций (п. 6.4 Правил организации деятельности кардиологического кабинета).

45. Отказ в подготовке и направлении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями на консультацию к врачу - сердечно-сосудистому хирургу, врачу по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению с целью определения показаний к оперативному лечению (п. 6.5 Правил организации деятельности кардиологического кабинета).

46. Отказ в отборе, подготовке и направлении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи в соответствии с рекомендациями медицинской организации, осуществляющей деятельность по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» (п. 6.6 Правил организации деятельности кардиологического кабинета).

47. Отсутствие сертификата по специальности кардиология при оказании медицинской помощи врачом в кардиологическом дневном стационаре (п. 4 Правил организации деятельности кардиологического дневного стационара - приложения № 4 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

48. Отсутствие в кардиологическом дневном стационаре медицинских изделий – предметов оснащения кабинета в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением № 6 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (п. 9 Правил организации деятельности кардиологического дневного стационара):

- ингалятор аэрозольный компрессионный (небулайзер) портативный;
- аппарат для диагностики функции внешнего дыхания;
- аппарат для суточного мониторинга артериального давления;
- аппарат для холтеровского мониторинга сердечного ритма.

49. Отсутствие локального нормативного акта руководителя медицинской организации о количестве коек и режиме работы дневного стационара и перечне состояний и заболеваний сердечно-сосудистой системы, являющихся показанием к помещению больного в кардиологический дневной стационар (п. 10, 11 Правил организации деятельности кардиологического дневного стационара).

50. Отказ в проведении обследования больных, в том числе с применением рентгенэндоваскулярных методов диагностики, не требующих круглосуточного наблюдения (п. 11 Правил организации деятельности кардиологического дневного стационара).

51. Отказ в лечении и/или наблюдении больных с подбором медикаментозной терапии, предусматривающей ежедневный лабораторный и инструментальный контроль, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения (п. 11 Правил организации деятельности кардиологического дневного стационара).

52. Невыполнение подбора медикаментозной терапии, предусматривающей ежедневный лабораторный и инструментальный контроль (п. 11 Правил

организации деятельности кардиологического дневного стационара).

53. Отсутствие ежедневного лабораторного и инструментального контроля при подборе медикаментозной терапии (п. 11 Правил организации деятельности кардиологического дневного стационара).

54. Отказ в проведении продолжения ранней реабилитации больных (п. 11 Правил организации деятельности кардиологического дневного стационара).

55. Отсутствие в кардиологическом диспансере необходимых для оказания кардиологической помощи специалистов с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением № 8 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (п. 5 Правил организации деятельности кардиологического диспансера - приложение № 7 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями):

- невролог;
- эндокринолог;
- сердечно-сосудистый хирург;
- врач УЗ диагностики;
- рентгенолог;
- эндоскопист.

56. Отсутствие в кардиологическом диспансере медицинских изделий – предметов оснащения кабинета в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением № 9 и 10 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, (п. 6 Правил организации деятельности кардиологического диспансера):

- аппарат холтеровского мониторирования сердечного ритма;
- стресс -тест система с велоэргометром или беговой дорожкой;
- ультразвуковой аппарат для исследования сердца и сосудов;
- система суточного мониторирования артериального давления;
- компьютерный томограф;
- коагулометр;
- биохимический анализатор;
- анализатор тест-полосок на тропонин Т или I;
- устройство для иммуноферментного анализа.

57. Отказ в оказании консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (п. 9 Правил организации деятельности кардиологического диспансера).

58. Отказ в отборе и подготовке больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (п. 9 Правил организации деятельности кардиологического диспансера).

59. Непроведение диспансерного наблюдения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь (п. 9 Правил организации деятельности кардиологического диспансера).

60. Невыполнение программирования имплантированных устройств для больных

(п. 9 Правил организации деятельности кардиологического диспансера).

61. Отсутствие наблюдения в амбулаторных условиях за больными с имплантированными электрокардиостимуляторами и кардиовертерами-дефибрилляторами (п. 9 Правил организации деятельности кардиологического диспансера).

62. Отсутствие в медицинской организации, в составе которой создано кардиологическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии (ПРИТ), клиничко-диагностической лаборатории с круглосуточной работой, отделения ультразвуковой и функциональной диагностики, отделения лучевой диагностики, эндоскопического кабинета (отделения) (п. 3 Правил организации деятельности кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии - приложения № 11 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

63. Отсутствие у заведующего кардиологическим отделением сертификата по специальности кардиология (п. 6 Правил организации деятельности кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии) .

64. Отсутствие предметов и медицинских изделий в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением № 13 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (п. 10 Правил организации деятельности кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии):

- аппарат холтеровского мониторирования сердечного ритма;
- ультразвуковой аппарат для исследования сердца и сосудов (передвижной);
- система централизованной подачи кислорода к каждой койке;
- система экстренного оповещения из палат от каждой койки на пост медицинской сестры;
- противопролежневые матрасы;
- прикроватные мониторы с центральным пультом и регистрацией электрокардиограммы, артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, насыщение гемоглобина кислородом, температуры тела; с автоматическим включением сигнала тревоги при выходе контролируемого параметра за установленное время;
- аппаратура для исследований основных показателей гемодинамики;
- электрокардиостимулятор для трансвенозной эндокардиальной и наружной электрической стимуляции сердца;
- аппарат для вспомогательного кровообращения;
- централизованная система подводки медицинских газов к каждой койке;
- аппарат для искусственной вентиляции легких с возможностью программной искусственной вентиляции и мониторингом функции внешнего дыхания;
- передвижной рентгеновский аппарат;
- аппарат суточного мониторирования артериального давления;
- передвижной рентгеновский аппарат;
- ингалятор аэрозольный компрессионный (небулайзер) портативный;

- аппарат экспресс определения международного нормализованного отношения портативный;

- аппарат экспресс определения кардиомаркеров портативный;

65. Отказ в оказании специализированной медицинской помощи больным (п. 12.1 Правил организации деятельности кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии):

а) хронической формой ишемической болезни сердца в случае утяжеления ее течения или требующей подготовки к проведению эндоваскулярных методов диагностики и лечения, а также требующей диагностических услуг, которые могут быть выполнены только в стационарных условиях;

б) острым коронарным синдромом (с подъемом и без подъема сегмента ST, острый инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия);

в) артериальной гипертензией симптоматической, требующей уточнения диагноза в стационарных условиях;

г) артериальной гипертензией (резистентной к проводимой терапии);

д) острым и хроническим миокардитом в период обострения;

е) кардиомиопатией, требующей выполнения лечебно-диагностических процедур в стационарных условиях;

ж) гипертоническим кризом, в том числе осложненным острой сердечной недостаточностью, нарушениями ритма и проводимостью сердца, энцефалопатией, продолжающимся носовым кровотечением;

з) легочной гипертензией в период декомпенсации или требующей выполнения диагностических процедур в стационарных условиях;

и) нарушением сердечного ритма и проводимости, требующим проведения диагностических и лечебных процедур в стационарных условиях;

к) хронической сердечной недостаточностью в стадии декомпенсации;

л) перикардитом;

м) инфекционным эндокардитом, в том числе продолжение лечения после оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

н) тромбоэмболией легочной артерии;

о) нарушением ритма и проводимости сердца, сопровождающимся нестабильной гемодинамикой и (или) прогрессированием коронарной и (или) сердечной и (или) церебральной сосудистой недостаточностью;

п) острой сердечной недостаточностью (кардиогенный шок, сердечная астма, отек легких, сосудистый коллапс);

р) синкопальными состояниями аритмической, сосудистой или неясной природы; другие формы острой сердечной недостаточности;

с) расслаивающейся аневризмой аорты;

66. Отказ в проведении медицинской реабилитации больным (п. 12.2 Правил организации деятельности кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии).

67. Отказ в отборе и подготовке больных для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (п. 12.4 Правил организации деятельности кардиологиче-

ского отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии).

68. Отказ в лечении больных после оказания им высокотехнологичной медицинской помощи (п. 12.5 Правил организации деятельности кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии).

69. Невыполнение по медицинским показаниям следующих исследований, обязательных для медицинской организации, в составе которой создано кардиологическое отделение (п. 14 Правил организации деятельности кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии):

- электрокардиографические исследования;
- электрическая и медикаментозная кардиоверсия;
- тромболитическая терапия;
- дефибрилляция сердца;
- катетеризация периферических и центральных вен; установка временной электрокардиостимуляции;
- внутриаортальная баллонная контрпульсация (только для отделений, выполняющих инвазивные диагностические и лечебные процедуры и имеющих рядом кардиохирургические отделения);
- искусственная вентиляция легких;
- эхокардиография;
- чреспищеводная эхокардиография;
- суточное мониторирование электрокардиограммы, артериального давления, частоты дыхания и насыщения кислородом крови больного;
- определение маркеров некроза миокарда;
- измерение основных показателей центральной гемодинамики;
- катетеризация мочевого пузыря и мониторинг диуреза;
- рентгенография органов грудной клетки; экстренное оповещение (сигнализацию) из палат на пост медицинской сестры;
- аппаратная искусственная вентиляция легких;
- ультразвуковое исследование сердца и сосудов;
- чреспищеводное электрофизиологическое исследование;
- терапия кислородом у постели больного;
- другие исследования больного, необходимые для установления диагноза и лечения.

70. Отсутствие формулирования показаний (противопоказаний) для планового проведения рентгенэндоваскулярных и кардиохирургических вмешательств (п. 15 Правил организации деятельности кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии).

71. Отказ от направления больного на плановое проведение рентгенэндоваскулярных и кардиохирургических вмешательств при наличии показаний (в соответствующие структурные подразделения данной медицинской организации, а при их отсутствии - в другую медицинскую организацию, в структуре которой имеются соответствующие структурные подразделения) (п. 15 Правил организации деятельности кардиологического отделения с палатой реанимации

и интенсивной терапии).

72. Отсутствие формулирования показаний (противопоказаний) для проведения неотложных рентгенэндоваскулярных и кардиохирургических вмешательств (п. 16 Правил организации деятельности кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии).

73. Отказ от направления больного в экстренном порядке для проведения неотложных рентгенэндоваскулярных и кардиохирургических вмешательств при наличии показаний (в соответствующие структурные подразделения данной медицинской организации, а при их отсутствии - в соответствующие структурные подразделения другой медицинской организации) (п. 16 Правил организации деятельности кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии).

74. Неустановление временного электрокардиостимулятора для перевода больных с нарушением ритма и проводимости сердца в отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции (п. 17 Правил организации деятельности кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии).

75. Отсутствие в сосудистом центре предметов и медицинских изделий, предусмотренных стандартом оснащения (приложение № 16 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями; п. 8 Правил организации деятельности сосудистого центра - приложение № 14 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями):

- диагностический аппарат для ультразвуковых исследований сердца и сосудов;

- компьютерный томограф;

- магнитный резонансный томограф;

- цифровой рентгеновский аппарат для рентгеноскопии и рентгенографии.

76. Отказ в оказании круглосуточной медицинской помощи больным с угрожающими жизни состояниями (острый коронарный синдром, хирургическая патология брахиоцефальных артерий и другие), доставленным бригадами скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (п. 10 Правил организации деятельности сосудистого центра).

77. Отказ в оказании круглосуточной консультативной и лечебно-диагностической помощи больным, находящимся на лечении в кардиологических и других отделениях медицинских организаций (п. 10 Правил организации деятельности сосудистого центра).

78. Отказ в профилактике осложнений у больных с острым коронарным синдромом (п. 10 Правил организации деятельности сосудистого центра).

79. Отсутствие формулирования показаний (противопоказаний) для проведения высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе с применением кардиохирургических и рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, включая случаи неотложных (экстренных) показаний (п. 11 Правил организации деятельности сосудистого центра).

80. Отказ от направления и/или перевода больного в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями при выявлении у больного с сердечно-сосудистым заболеванием медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе с применением кардиохирургических и рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, включая случаи неотложных (экстренных) показаний (п. 10 Правил организации деятельности сосудистого центра).

81. Отсутствие у врача отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения сертификата по специальности «рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение» и/или документа об обучении по вопросам радиационной безопасности и радиационному контролю (п. 3 Правил организации деятельности отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения - приложения № 17 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

82. Отсутствие в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения предметов и медицинских изделий, предусмотренных стандартом оснащения, предусмотренным приложениями № 19 и 20 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (п. 5 Правил организации деятельности отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения):

- ультразвуковой аппарат для проведения внутрисосудистых ультразвуковых исследований и измерения резервного кровотока;
- аппарат для оптической когерентной томографии;
- аппарат для проведения лазерной ангиопластики;
- аппарат для тромбэкстракции;
- роботизатор.

83. Отказ в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (п. 10 Правил организации деятельности отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения).

84. Отказ в оказании консультативной, диагностической и лечебной помощи, в том числе с применением рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения (п. 10 Правил организации деятельности отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения).

85. Отсутствие у врачей отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции сертификатов по специальностям «кардиология» или «сердечно-сосудистая хирургия» (п. 5 Правил организации деятельности отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции - приложения № 21 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

86. Отсутствие в отделении хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции предметов и медицинских изделий,



предусмотренных стандартом оснащения (приложение № 23 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями; п. 9 Правил организации деятельности отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции):

- ультразвуковой аппарат для исследования сердца и сосудов;
- аппаратный комплекс для программирования установленных электрокардиостимуляторов.

87. Отказ в оказании консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с нарушениями ритма сердца в отделении хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции (п. 11 Правил организации деятельности отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции).

88. Отсутствие в кардиохирургическом отделении с палатой реанимации и интенсивной терапии предметов и медицинских изделий, предусмотренных стандартом оснащения, приложение № 27 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также:

- приложение № 28 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями для операционной операционного блока;
- приложение № 29 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями для отделения лучевой диагностики (п. 2, 6 Правил организации деятельности кардиохирургического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии - приложения № 25 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

89. Отказ в выполнении хирургических операций на сердце и сосудах в кардиохирургическом отделении с палатой реанимации и интенсивной терапии (п. 10 Правил организации деятельности кардиохирургического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии).

90. Отказ в переводе больных после кардиохирургической операции в палату реанимации и интенсивной терапии (п. 10 Правил организации деятельности кардиохирургического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии).

91. Отказ в выполнении или отсутствие возможности выполнения больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями следующих лечебно-диагностических мероприятий и процедур (п. 11 Правил организации деятельности кардиохирургического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии):

- выполнение диагностических исследований, необходимых для оценки функционального состояния органов и систем в дооперационный и послеоперационный период;
- электрокардиографических исследований, в том числе с физическими нагрузками, проведение холтеровского мониторирования сердечного ритма, суточного мониторирования артериального давления, велоэргометрии, дуплексного сканирования сосудов (артерий и вен) верхних и нижних конечностей, эхокардиографии, эхокардиографии с физической нагрузкой, эхокардиографии трехмерной;



- эхокардиографии чреспищеводной;
- дуплексное сканирование брахицефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока, проведение поверхностного электрокардиографического картирования, тестирование электрокардиостимулятора;
- магниторезонансной томографии;
- рентгенографии;
- лабораторных анализов;
- эзофагогастродуоденоскопии;
- бронхоскопии;
- рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения (включая катетеризации полостей сердца с ангиокардиографией);
- микроультрафильтрации и диализа;
- альбуминового диализа (с использованием молекулярной адсорбирующей рециркулирующей системы);
- экстракорпоральной мембранной оксигенации; внутриаортальной контрпульсации;
- установки электрокардиостимулятора;
- электрофизиологических исследований: эргометрического исследования (стресс-тесты) на базе тредмила и (или) велоэргометра,
- других исследований, необходимых для диагностики и лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

92. Отсутствие в медицинских организациях их подразделениях необходимого медицинского оснащения, предусмотренного Порядком оказания медицинской помощи рассматривается как признак оказания медицинской помощи, не отвечающей требованиям безопасности, что накладывает на эксперта обязанность сообщения о данном правонарушении в следственные органы.

## **5. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания медицинской помощи больным с ОНМК в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.12 г № 928н.**

1. Отсутствие определения содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ в течение 20 минут от момента забора крови или отсутствие указания времени получения дежурным врачом данных анализов.
2. Время от момента поступления больного с признаками ОНМК в профильное отделение до получения врачом отделения результатов КТ или МРТ головного мозга и исследования крови составляет более 40 минут или отсутствие указания времени получения дежурным врачом данных КТ или МРТ.
3. Отсутствие госпитализации больного при подтверждении диагноза ОНМК в блок интенсивной терапии и реанимации.
4. Время с момента поступления больного в медицинскую организацию до перевода в профильное отделение составляет более 60 минут.
5. Отсутствие консультации нейрохирурга, в т.ч. больных, у которых, по данным

КТ, установлены признаки геморрагического инсульта.

6. Отсутствие консультации нейрохирурга больных со злокачественным инфарктом в бассейне средней мозговой артерии в первые 24 часа от начала развития заболевания или несвоевременная консультация в период, превышающий 24 часа от начала развития заболевания.

7. Отказ от созыва консилиума для принятия решения о тактике в отношении больных, консультированных нейрохирургом по поводу злокачественного инфаркта в бассейне средней мозговой артерии.

8. Длительность пребывания больного с ОНМК в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии менее 24 часов.

9. Отсутствие определения патогенетического варианта ОНМК, тактики ведения и проведения мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК в первые 24 часа нахождения больного в блоке интенсивной терапии.

10. Отсутствие выполнения в блоке интенсивной терапии в течение 3 часов с момента поступления всем больным с ОНМК или отсутствие указания времени выполнения:

-оценки неврологического статуса, в том числе с использованием оценочных шкал;

-оценки соматического статуса;

-оценки функции глотания;

-оценки нутритивного статуса;

-лабораторных исследований крови (развернутый общий анализ, биохимический анализ, коагулограмма) и общий анализ мочи;

-дуплексного сканирования экстракраниальных отделов брахицефальных сосудов;

-дуплексного сканирования транскраниального;

-определения тактики ведения и назначения необходимых мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.

11. Отсутствие выполнения в блоке интенсивной терапии в течение всего срока пребывания всем больным с ОНМК:

-мониторинга неврологического статуса (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);

-мониторинга соматического статуса, включающего контроль за функцией сердечно-сосудистой, дыхательной системы и системы гомеостаза (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);

-мониторинга лабораторных показателей;

-мероприятий по предупреждению соматических осложнений и повторного развития ОНМК;

-оценки нутритивного статуса;

-мероприятий ранней медицинской реабилитации.

12. Отсутствие выполнения при наличии медицинских показаний в блоке интенсивной терапии:

-транскраниальной микроэмболодетекции;

- транскраниального доплеровского мониторования;
- трансторакальной эхокардиографии;
- системной тромболитической терапии и (или) тромбоэмболэктомии.

13. Отказ от перевода больного с ОНМК искусственной вентиляции легких длительностью более 7 суток, при наличии сопутствующей патологии, влияющей на тяжесть состояния, в отделение интенсивной терапии и реанимации медицинской организации.

14. Отсутствие мероприятий (медикаментозных и хирургических (при наличии медицинских показаний) по предупреждению развития повторного ОНМК (медикаментозная и хирургическая (при наличии показаний) профилактика) в первые трое суток или назначение таковых позднее 3 суток с момента развития ОНМК.

В соответствии с Методическими рекомендациями МЗ РФ «Принципы диагностики и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения», утв. 26.12.2000 г. № 2510/14162-34:

1. Отказ в госпитализации больному с диагнозом направления: «ОНМК», «инсульт», «ТИА».
2. Несвоевременное выполнение первоочередного инструментального и лабораторного обследования в пределах часа от момента госпитализации или отсутствие данных о времени выполнения исследований.
3. Отсутствие данных эхокардиографии.
4. Отсутствие в диагнозе формулировки о подтипе инсульта (атеротромботический, кардиоэмболический, гемодинамический, по типу гемореологический микроокклюзии, лакунарный, острая гипертоническая энцефалопатия).

В соответствии с Протоколом ведения больных «Инсульт», утв. МЗ РФ от 10 февраля 2005 г.:

1. Нарушения требований к госпитализации:
  - а) отсутствие направления в палату интенсивной терапии при наличии:
    - нестабильной (прогрессирующей) неврологической симптоматики («инсульт в развитии»);
    - выраженного неврологического дефицита, требующего интенсивного индивидуального ухода;
    - дополнительных соматических расстройств;
  - б) отсутствие направления в отделение реанимации при наличии:
    - измененного уровня бодрствования (сопор - кома);
    - нарушений дыхания и глотания;
    - тяжелых нарушений гомеостаза;
    - декомпенсации сердечных, почечных, печеночных, эндокринных и иных функций на фоне острого нарушения мозгового кровообращения.
2. Нарушение требования наблюдения:
  - отсутствие осмотров не менее 2 раз в сутки в острейший период инсульта (1-10-е сут. от начала заболевания) при стабильном состоянии;

- отсутствие осмотров не менее 4-6 раз в сутки при прогрессирующем течении, нарастании неврологических расстройств, утяжелении общего состояния;
- отсутствие увеличения частоты измерения артериального давления, числа сердечных сокращений (каждые 15-30 мин. - каждые 2 ч.) в зависимости от проводимой терапии при нестабильности артериального давления.

3. Нарушение правил проведения гипотензивной терапии геморрагического инсульта:

а) проведение антигипертензивной терапии при артериальном давлении менее 180/105 мм рт.ст. в отсутствие специальных показаний (острый инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты);

б) отсутствие проведения гипотензивной терапии при систолическом артериальном давлении выше 180 мм рт.ст. или диастолическом артериальном давлении выше 105 мм рт.ст.;

в) отсутствие наблюдения врача (записей в документации со указанием времени) за динамикой состояния больного и мониторинг артериального давления каждые 30 мин.;

г) снижение артериального давления более чем на 20% от исходного значения в течение 1-1,5 ч, или отсутствие записи в документации о темпе снижения АД с указанием времени;

д) отсутствие экстренного назначения внутривенной инфузии нитропруссид натрия при систолическом артериальном давлении выше 230 мм рт.ст. и диастолическом артериальном давлении более 140 мм рт.ст. (по результатам двукратного измерения с интервалом в 5 мин.).

4. Невыполнение алгоритма коррекции артериальной гипертензии у больных с геморрагическими инсультами:

а) АДсист > 200 мм рт. ст. или АДсер >150 мм рт. ст. при наличии или отсутствии признаков повышения ВЧД: агрессивное снижение АД постоянной внутривенной инфузией гипотензивных препаратов; измерение АД каждые 5 мин.;

б) АДсист > 180 мм рт. ст. или АДсер > 130 мм рт. ст. при наличии признаков повышения ВЧД: «мониторинг ВЧД; снижение АД постоянным или дробным введением гипотензивных препаратов; поддержание ЦПД 60—80 мм рт. ст.;

в) АДсист > 180 мм рт. ст. или АДсер > 130 мм рт. ст. при отсутствии признаков повышения ВЧД: плановое снижение АД постоянным или дробным введением гипотензивных препаратов до АДсер 110 мм рт. ст. или АД 160/90 мм рт. ст.; оценка состояния больного каждые 15 мин.;

г) лекарственные средства, рекомендуемые для коррекции артериальной гипертензии у больных с геморрагическим инсультом:

1) - лабеталол:

- болюсом 5—20 мг каждые 15 мин.;

- постоянная инфузия 2 мг/мин (максимальная доза — 300 мг/сут.;

2) никардипин: постоянная инфузия 5—15 мг/ч.;

3) эсмолол:

- болюсом 250 мкг/кг;

- постоянная инфузия 25—300 мкг/кг в 1 мин.;
  - 4) эналаприл – болюсом 1,25—5 мг каждые 6 ч (в связи с риском артериальной гипотензии первая тестовая доза не более 0,625 мг);
  - 5) гидралазин:
    - болюсом 5—20 мг каждые 30 мин.;
    - постоянная инфузия 1,5—5 мкг/кг в 1 мин.;
  - 6) ниприд – постоянная инфузия 0,1 — 10 мкг/кг/мин.;
  - 7) нитроглицерин постоянная инфузия 20—400 мкг/мин.
- 4.5. Нарушение правил проведения интенсивной терапии ишемическом инсульте:
- 1) отсутствие назначения аспирина в первые 48 часов после инсульта (по 150-300 мг или в малых дозах по 1 мг/кг массы тела ежедневно% при непереносимости - дипиридамола, тиклопидина, клопидогрела);
  - 2) нарушение правил проведения гипотензивной терапии ишемического инсульта:
    - а) проведение антигипертензивной терапии при артериальном давлении менее 180/105 мм рт.ст. в отсутствие специальных показаний (острый инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты);
    - б) отсутствие наблюдения врача (записей в документации со указанием времени) за динамикой состояния больного и мониторинг артериального давления каждые 30 мин.;
    - в) снижение артериального давления более чем на 20% от исходного значения в течение 1-1,5 ч, или отсутствие записи в документации о темпе снижения АД с указанием времени;
    - г) отсутствие экстренного назначения парентерально проксодолола, эсмолола, клонидина, эналаприла или каптоприла при систолическом артериальном давлении выше 220 мм рт.ст. и диастолическом артериальном давлении более 120 мм рт.ст.;
    - д) отсутствие проведения гипотензивной терапии внутрь (каптоприл, эналаприл, клонидин, пропранолол, никардипин) при систолическом артериальном давлении 180-220 мм рт.ст. и диастолическом артериальном давлении 105-120 мм рт.ст.;
    - д) снижение артериального давления ниже 160/90 мм рт.ст. у лиц с гипертоническим анамнезом или при отсутствии анамнестических сведений об уровне давления до инсульта;
    - е) отсутствие назначения нитропруссид натрия при диастолическом артериальном давлении, превышающем 140 мм рт.ст., либо при неэффективности назначенной гипотензивной терапии, а также при необходимости проведения длительного управляемого снижения артериального давления и удержания его в пределах не более 180/105 мм рт.ст.;
    - ж) отсутствие гипертензивной объемозаместительной терапии при артериальной гипотензии (систолическое артериальное давление ниже 110 мм рт.ст.).
  - 3) невыполнение правил назначения аспирина:
    - «ацетилсалициловая кислота назначается в первые часы установления ишемической природы инсульта, первоначальная доза составляет 300 мг внутрь, для ускорения эффекта рекомендуется разжевать таблетку, дальнейший прием -

50-100 мг/сут. (1 мг/кг в сутки) – длительно»;

- назначение аспирина в первые 24 ч. инсульта при проведении тромболитической терапии;

- отсутствие при противопоказаниях или непереносимости ацетилсалициловой кислоты назначения:

а) клопидогреля (суточная доза составляет 75 мг/сут, для более быстрого наступления эффекта первая доза может быть более высокой (150-300 мг);

б) тиклопидина (суточная доза составляет по 250 мг 2 раза в день, для более быстрого наступления эффекта первая доза может быть более высокой (500 мг);

в) дипиридамола (суточная доза составляет 75-400 мг (в 2-3 приема внутрь) или дипиридамол-ретард.

- возможно сочетание дипиридамола с аспирином (50-100 мг/сут).

4) невыполнение правил назначения прямых и непрямых антикоагулянтов при угрозе нарастания тромбообразования и углубления очаговой неврологической симптоматики - атеротромбозе и подтвержденной кардиоцеребральной эмболии:

- гепарина натрия в начальной суточной дозе 10 тыс. МЕ по 2,5 тыс. МЕ 4 раза в день под кожу живота или внутривенно через инфузомат в течение 7-10 дней;

- отсутствие исследования тромбопластинового времени перед первым введением гепарина;

- далтепарина натрия (по 120 МЕ/кг каждые 12 ч. в течение 5-7 дней);

- надропарин кальция (по 86 МЕ/кг каждые 12 ч. 5-7 дней);

- эноксапарина (по 100 МЕ/кг каждые 12 ч. в течение 5-7 дней);

- отсутствие назначения непрямых антикоагулянтов за 4 дня до отмены гепарина:

- варфарин (2,5-5 мг/сут., ежедневно);

- фениндион (0,03 г 1-2 таблетке в день, ежедневно);

- аценокумарол (2-4 мг/сут. в 2 приема, ежедневно);

- отсутствие контроля эффективности лечения: МНО (протромбинового времени) необходимо достичь его уровня 2-3, а для больных с протезированными клапанами 3-4;

5. Отсутствие или нарушения заполнения карты динамического наблюдения за больным с артериальной гипертонией (приказ МЗ РФ от 24.01.2003 г. № 4).

6. Отсутствие совместного динамического наблюдения и лечения участковым врачом-терапевтом, врачом общей практики, врачом-кардиологом и врачом-неврологом подлежат больных с:

- тяжелой степенью артериальной гипертонии и гипертонической энцефалопатией II-III степени;

- артериальной гипертонией любой степени и перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения (инсульт, транзиторная ишемическая атака);

- высоким риском развития кардиоэмболического инсульта;

- артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца III-IV функционального класса и окклюзирующим поражением магистральных и внутримозговых артерий (п. 5. Порядка выявления и динамического наблюдения за больным с артериальной гипертонией, утв. приказом МЗ РФ от 24.01.2003 г.

№ 4).

7. Отсутствие в медицинской карте амбулаторного больного результатов наблюдений и исследований, предусмотренных Рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии (приказ МЗ РФ от 24.01.2003 г. № 4):

- измерение роста и веса с вычислением индекса массы тела (вес в килограммах, деленный на квадрат роста в метрах);
- общий анализ крови и мочи; уровни калия, глюкозы натощак, креатинина, холестерина, триглицеридов крови;
- ЭКГ;
- рентгенографии грудной клетки;
- осмотра глазного дна;
- ультразвукового исследования почек.

8. Отсутствие в медицинской карте амбулаторного больного в диагнозе указания на степень (стадию) артериальной гипертензии.

9. Отсутствия в медицинской карте определения группы риска (Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии, утв. приказом МЗ РФ от 24.01.2003 г. № 4).

10. Наличие в медицинской карте амбулаторного больного назначения нерациональных комбинаций лекарственных препаратов:

- бета-адреноблокатор и недигидропиридиновый антагонист кальция;
- ингибитор ангиотензинпревращающего фермента и калийсберегающий диуретин;
- бета-адреноблокатор и препарат центрального действия;
- сочетание разных лекарственных средств, относящихся к одному классу антигипертензивных препаратов.

Контроль наличия в медицинской карте стационарного больного результатов обязательных исследований и применения лекарственных препаратов:

1. В соответствии с приказом МЗ и СР РФ от 01.08.07 г. № 513 (с частотой предоставления 100%):

1. Больной с транзиторной ишемической атакой (7 дней лечения):

- суточное наблюдение врача-реаниматолога (2 суток);
- ультразвуковая доплерография артерий;
- офтальмоскопия;
- исследование уровня холестерина в крови;
- назначение ацетилсалициловой кислоты 100 мг;
- назначение: варфарина 5 мг, дипиридамола 400 мг, клопидогрела 75 мг, тиклопидина 500 мг.

1.2. Больной с инсультом, не уточненным как кровоизлияние или инфаркт (из расчета 21 день):

- суточное наблюдение врача-реаниматолога (5 суток);
- прикроватное непрерывное мониторирование ЭКГ (5 суток);
- ультразвуковая доплерография артерий;

- протромбиновое время (первые 5 суток ежедневно);
- активированное частичное тромбопластиновое время;
- исследование рН крови;
- исследование уровня кислорода и углекислого газа крови;
- исследование уровня осмолярности крови;
- назначение средств, влияющих на систему свертывания крови – гепарин натрий, надропарин кальций, эноксапарин натрий, дальтепарин натрий;
- гидроксипрохлорид 2000 мл;
- альбумин 200 г.

2.1. Отсутствие определения содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ в течение 20 минут от момента забора крови или отсутствие указания времени получения дежурным врачом данных анализов.

2.2. Время от момента поступления больного с признаками ОНМК в профильное отделение до получения врачом отделения результатов КТ или МРТ головного мозга и исследования крови составляет более 40 минут или отсутствие указания времени получения дежурным врачом данных КТ или МРТ.

2.3. Отсутствие госпитализации больного при подтверждении диагноза ОНМК в блок интенсивной терапии и реанимации.

2.4. Отсутствие консультации нейрохирурга больных, у которых, по данным КТ, установлены признаки геморрагического инсульта.

2.5. Отсутствие выполнения в блоке интенсивной терапии в течение 3 часов с момента поступления всем больным с ОНМК или отсутствие указания времени выполнения:

- оценки неврологического и соматического статуса;
- дуплексного сканирования экстракраниальных отделов брахицефальных сосудов;
- дуплексного сканирования транскраниального;
- определения тактики ведения.

2.6. Отсутствие выполнения в блоке интенсивной терапии в течение всего срока пребывания всем больным с ОНМК:

- мониторинга неврологического статуса;
- мониторинга соматического статуса, включающего контроль за функцией сердечно-сосудистой, дыхательной системы и системы гомеостаза.

2.7. Отсутствие выполнения транскраниальной микроэмболдетекции, транскраниального доплерографического мониторинга, трансторакальной эхокардиографии при наличии медицинских показаний в блоке интенсивной терапии.

2.8. Отсутствие мероприятий по предупреждению развития повторного ОНМК (медикаментозная и хирургическая (при наличии показаний) профилактика) или назначение таковых позднее 3 суток с момента развития ОНМК.

3. В соответствии с Методическими рекомендациями МЗ РФ «Принципы диагностики и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения», утв. 26.12.2000 г. № 2510/14162-34:



3.1. Отказ в госпитализации больному с диагнозом направления: «ОНМК», «инсульт», «ТИА».

3.2. Несвоевременное выполнение первоочередного инструментального и лабораторного обследования в пределах часа от момента госпитализации или отсутствие данных о времени выполнения исследований.

3.3. Отсутствие данных эхокардиографии.

3.4. Отсутствие в диагнозе формулировки о подтипе инсульта (атеротромботический, кардиоэмболический, гемодинамический, по типу гемореологический микроокклюзии, лакунарный, острая гипертоническая энцефалопатия).

4. В соответствии с Протоколом ведения больных «Инсульт», утв. МЗ РФ от 10 февраля 2005 г.:

4.1. Нарушения требований к госпитализации:

а) отсутствие направления в палату интенсивной терапии при наличии:

- нестабильной (прогрессирующей) неврологической симптоматики («инсульт в развитии»);

- выраженного неврологического дефицита, требующего интенсивного индивидуального ухода;

- дополнительных соматических расстройств;

б) отсутствие направления в отделение реанимации при наличии:

- измененного уровня бодрствования (сопор - кома);

- нарушений дыхания и глотания;

- тяжелых нарушений гомеостаза;

- декомпенсации сердечных, почечных, печеночных, эндокринных и иных функций на фоне острого нарушения мозгового кровообращения.

4.2. Нарушение требования наблюдения:

- отсутствие осмотров не менее 2 раз в сутки в острейший период инсульта (1-10-е сут. от начала заболевания) при стабильном состоянии;

- отсутствие осмотров не менее 4-6 раз в сутки при прогрессирующем течении, нарастании неврологических расстройств, утяжелении общего состояния;

- отсутствие увеличения частоты измерения артериального давления, числа сердечных сокращений (каждые 15-30 мин. - каждые 2 ч.) в зависимости от проводимой терапии при нестабильности артериального давления.

4.3. Нарушение правил проведения гипотензивной терапии геморрагического инсульта:

а) проведение антигипертензивной терапии при артериальном давлении менее 180/105 мм рт.ст. в отсутствие специальных показаний (острый инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты);

б) отсутствие проведения гипотензивной терапии при систолическом артериальном давлении выше 180 мм рт.ст. или диастолическом артериальном давлении выше 105 мм рт.ст.;

в) отсутствие наблюдения врача (записей в документации со указанием времени) за динамикой состояния больного и мониторинг артериального давления каждые

30 мин;

г) снижение артериального давления более чем на 20% от исходного значения в течение 1-1,5 ч, или отсутствие записи в документации о темпе снижения АД с указанием времени;

д) отсутствие экстренного назначения внутривенной инфузии нитропрусида натрия при систолическом артериальном давлении выше 230 мм рт.ст. и диастолическом артериальном давлении более 140 мм рт.ст. (по результатам двукратного измерения с интервалом в 5 мин.).

4.4. Невыполнение алгоритма коррекции артериальной гипертензии у больных с геморрагическими инсультами:

а) АДсист > 200 мм рт. ст. или АДср >150 мм рт. ст. при наличии или отсутствии признаков повышения ВЧД: агрессивное снижение АД постоянной внутривенной инфузией гипотензивных препаратов; измерение АД каждые 5 мин.;

б) АДсист > 180 мм рт. ст. или АДср > 130 мм рт. ст. при наличии признаков повышения ВЧД: «мониторинг ВЧД; снижение АД постоянным или дробным введением гипотензивных препаратов; поддержание ЦПД 60—80 мм рт. ст.;

в) АДсист > 180 мм рт. ст. или АДср > 130 мм рт. ст. при отсутствии признаков повышения ВЧД: плановое снижение АД постоянным или дробным введением гипотензивных препаратов до АДср 110 мм рт. ст. или АД 160/90 мм рт. ст.; оценка состояния больного каждые 15 мин.;

г) лекарственные средства, рекомендуемые для коррекции артериальной гипертензии у больных с геморрагическим инсультом:

1) - лабеталол:

- болюсом 5—20 мг каждые 15 мин;

- постоянная инфузия 2 мг/мин (максимальная доза — 300 мг/сут.;

2) никардипин: постоянная инфузия 5—15 мг/ч.;

3) эсмолол:

- болюсом 250 мкг/кг;

- постоянная инфузия 25—300 мкг/кг в 1 мин.;

4) эналаприл – болюсом 1,25—5 мг каждые 6 ч (в связи с риском артериальной гипотензии первая тестовая доза не более 0,625 мг);

5) гидралазин:

- болюсом 5—20 мг каждые 30 мин

- постоянная инфузия 1,5—5 мкг/кг в 1 мин;

6) ниприд – постоянная инфузия 0,1 — 10 мкг/кг/мин.;

7) нитроглицерин постоянная инфузия 20—400 мкг/мин.

4.5. Нарушение правил проведения интенсивной терапии ишемическом инсульте:

1) отсутствие назначения аспирина в первые 48 часов после инсульта (по 150-300 мг или в малых дозах по 1 мг/кг массы тела ежедневно% при непереносимости - дипиридамола, тиклопидина, клопидогрела);

2) нарушение правил проведения гипотензивной терапии ишемического инсульта:

а) проведение антигипертензивной терапии при артериальном давлении менее 180/105 мм рт.ст. в отсутствие специальных показаний (острый инфаркт миокарда,

расслаивающая аневризма аорты);

б) отсутствие наблюдения врача (записей в документации со указанием времени) за динамикой состояния больного и мониторинг артериального давления каждые 30 мин;

в) снижение артериального давления более чем на 20% от исходного значения в течение 1-1,5 ч, или отсутствие записи в документации о темпе снижения АД с указанием времени;

г) отсутствие экстренного назначения парентерально проксодолола, эсмолола, клонидина, эналаприла или каптоприла при систолическом артериальном давлении выше 220 мм рт.ст. и диастолическом артериальном давлении более 120 мм рт.ст.;

д) отсутствие проведения гипотензивной терапии внутрь (каптоприл, эналаприл, клонидин, пропранолол, никардипин) при систолическом артериальном давлении 180-220 мм рт.ст. и диастолическом артериальном давлении 105-120 мм рт.ст.;

д) снижение артериального давления ниже 160/90 мм рт.ст. у лиц с гипертоническим анамнезом или при отсутствии анамнестических сведений об уровне давления до инсульта;

е) отсутствие назначения нитропруссид натрия при диастолическом артериальном давлении, превышающем 140 мм рт.ст., либо при неэффективности назначенной гипотензивной терапии, а также при необходимости проведения длительного управляемого снижения артериального давления и удержания его в пределах не более 180/105 мм рт.ст.;

ж) отсутствие гипертензивной объемозаместительной терапии при артериальной гипотензии (систолическое артериальное давление ниже 110 мм рт.ст.).

3) невыполнение правил назначения аспирина:

– «ацетилсалициловая кислота назначается в первые часы установления ишемической природы инсульта, первоначальная доза составляет 300 мг внутрь, для ускорения эффекта рекомендуется разжевать таблетку, дальнейший прием - 50-100 мг/сут. (1 мг/кг в сутки) – длительно»;

- назначение аспирина в первые 24 ч. инсульта при проведении тромболитической терапии;

- отсутствие при противопоказаниях или непереносимости ацетилсалициловой кислоты назначения:

а) клопидогреля (суточная доза составляет 75 мг/сут, для более быстрого наступления эффекта первая доза может быть более высокой (150-300 мг);

б) тиклопидина (суточная доза составляет по 250 мг 2 раза в день, для более быстрого наступления эффекта первая доза может быть более высокой (500 мг);

в) дипиридамола (суточная доза составляет 75-400 мг (в 2-3 приема внутрь) или дипиридамол-ретард.

- возможно сочетание дипиридамола с аспирином (50-100 мг/сут).

4) невыполнение правил назначения прямых и непрямых антикоагулянтов при угрозе нарастания тромбообразования и углубления очаговой неврологической симптоматики - атеротромбозе и подтвержденной кардиоцеребральной эмболии:

- гепарина натрия в начальной суточной дозе 10 тыс. МЕ по 2,5 тыс. МЕ 4 раза в день под кожу живота или внутривенно через инфузомат в течение 7-10 дней;
  - отсутствие исследования тромбопластинового времени перед первым введением гепарина;
  - далтепарина натрия (по 120 МЕ/кг каждые 12 ч. в течение 5-7 дней);
  - надропарин кальция (по 86 МЕ/кг каждые 12 ч. 5-7 дней);
  - эноксапарина (по 100 МЕ/кг каждые 12 ч. в течение 5-7 дней);
  - отсутствие назначения не прямых антикоагулянтов за 4 дня до отмены гепарина:
  - варфарин (2,5-5 мг/сут., ежедневно);
  - фениндион (0,03 г 1-2 таблетке в день, ежедневно);
  - аценокумарол (2-4 мг/сут. в 2 приема, ежедневно);
  - отсутствие контроля эффективности лечения: МНО (протромбинового времени) необходимо достичь его уровня 2-3, а для больных с протезированными клапанами 3-4;
5. Невыполнение обязательных требований приказа МЗ РФ № 269 от 16.07.2001 г. «О введении в действие отраслевого стандарта «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав»:
- 5.1. Стандарта «Комплекс исследований при проведении искусственной вентиляции легких»:
- прикроватное непрерывное мониторирование электрокардиографических данных;
  - исследование рН крови;
  - исследование уровня кислорода крови;
  - исследование уровня углекислого газа в крови;
  - бронхоскопия.
- 5.2. Стандарта «Лабораторный контроль за терапией прямыми антикоагулянтами»:
- исследование уровня продуктов паракоагуляции в крови;
  - определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме;
  - исследование времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы неактивированное;
- 5.3. Стандарта «Лабораторный контроль за терапией непрямыми антикоагулянтами»:
- исследование времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы неактивированное;
  - определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме;
  - исследование уровня фибриногена в крови;
  - исследование уровня продуктов паракоагуляции в крови.
6. Отсутствие или нарушения заполнения карты динамического наблюдения за больным с артериальной гипертонией (приказ МЗ РФ от 24.01.2003 г. № 4).
7. Отсутствие совместного динамического наблюдения и лечения участковым врачом-терапевтом, врачом общей практики, врачом-кардиологом и врачом-

неврологом подлежат больных с:

- тяжелой степенью артериальной гипертонии и гипертонической энцефалопатией II-III степени;

- артериальной гипертонией любой степени и перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения (инсульт, транзиторная ишемическая атака);

- высоким риском развития кардиоэмболического инсульта;

- артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца III-IV функционального класса и окклюзирующим поражением магистральных и внутримозговых артерий (п. 5. Порядка выявления и динамического наблюдения за больным с артериальной гипертонией, утв. приказом МЗ РФ от 24.01.2003 г. № 4).

8. Отсутствие в медицинской карте амбулаторного больного результатов наблюдений и исследований, предусмотренных Рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии (приказ МЗ РФ от 24.01.2003 г. № 4):

- измерение роста и веса с вычислением индекса массы тела (вес в килограммах, деленный на квадрат роста в метрах);

- общий анализ крови и мочи; уровни калия, глюкозы натощак, креатинина, холестерина, триглицеридов крови;

- ЭКГ;

- рентгенографии грудной клетки;

- осмотра глазного дна;

- ультразвукового исследования почек.

9. Отсутствие в медицинской карте амбулаторного больного в диагнозе указания на степень (стадию) артериальной гипертонии.

10. Отсутствия в медицинской карте определения группы риска (Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии, утв. приказом МЗ РФ от 24.01.2003 г. № 4).

11. Наличие в медицинской карте амбулаторного больного назначения нерациональных комбинаций лекарственных препаратов:

- бета-адреноблокатор и недигидропиридиновый антагонист кальция;

- ингибитор ангиотензинпревращающего фермента и калийсберегающий диуретик;

- бета-адреноблокатор и препарат центрального действия;

- сочетание разных лекарственных средств, относящихся к одному классу антигипертензивных препаратов.

## **6. Критерии ненадлежащего объема и качества проведения патолого-анатомических вскрытий в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 06.06.2013 г. № 354н.**

I. Нарушения действия прямых норм Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»:

1. Отсутствие в протоколе вскрытия анализа медицинской документации

на предмет выявления и формулирования дефектов медицинской помощи, отражающих несвоевременность ее оказания, правильность или неправильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения или не достижения запланированного результата (п. 21 ст. 2 Закона № 323-ФЗ).

2. Отсутствие в протоколе вскрытия анализа медицинской документации на предмет выявления и формулирования дефектов медицинской помощи, связанных с отказом применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи (ст. 10 Закона № 323-ФЗ);

3. Отказ от вскрытия трупа при наличии поводов для его обязательного выполнения (ч. 3 ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ):

1) подозрение на насильственную смерть;

2) невозможность установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;

3) оказание умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;

4) подозрение на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;

5) смерть: а) связанная с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;

б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;

в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;

г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;

д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;

б) рождения мертвого ребенка;

7) необходимость судебно-медицинского исследования.

4. Отсутствие в протоколе вскрытия результатов гистологического, биохимического, микробиологического и других необходимых методов исследований отдельных органов, тканей умершего или их частей, которые являются неотъемлемой частью диагностического процесса в целях выявления причин смерти человека, осложнений основного заболевания и сопутствующего заболевания, его состояния (ч.4 ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ).

5. Отказ в выдаче заключения о причине смерти и диагнозе заболевания супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушке, бабушке), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего (ч. 5 ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ).

6. Отказ супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушке, бабушке), а

при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего в праве пригласить врача-специалиста (при наличии его согласия) для участия в патологоанатомическом вскрытии (ч. 6 ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ).

II. Нарушения требований Порядка проведения патологоанатомических вскрытий, утв. приказом Минздрава России от 06.06.2013 г. № 354н:

1. Отсутствие лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии.

2. Отсутствие в протоколе вскрытия указания на наличие или отсутствие необходимой для вскрытия медицинской документации: медицинская карта стационарного больного (медицинская карта родов, медицинская карта новорожденного, история развития ребенка, медицинская карта амбулаторного больного), содержащая результаты проведенных лабораторных и инструментальных диагностических исследований, карты анестезиологических и реанимационных пособий, протоколы оперативных вмешательств, заключительный клинический диагноз с указанием кода диагноза в соответствии с МКБ X пересмотра и посмертный эпикриз.

3. Отсутствие формулирования категории сложности патологоанатомического вскрытия (1) патологоанатомическое вскрытие первой категории сложности - патологоанатомическое вскрытие (макроскопическое исследование) без проведения гистологического исследования; 2) патологоанатомическое вскрытие второй категории сложности - патологоанатомическое вскрытие плода, мертворожденного или умершего новорожденного, а также патологоанатомическое вскрытие при установленном клиническом диагнозе, включая осложнения основного заболевания, при отсутствии неопределенности в трактовке механизмов и причины смерти (в том числе при ишемической болезни сердца, ревматических поражениях клапанов сердца вне обострения, инфаркте головного мозга, новообразованиях, подтвержденных гистологически, циррозе печени, язве желудка и двенадцатиперстной кишки, аппендиците, холецистите, желчнокаменной болезни, аневризме аорты); 3) патологоанатомическое вскрытие третьей категории сложности - патологоанатомическое вскрытие при установленном клиническом диагнозе, включая осложнения основного заболевания, а также в случаях смерти после оперативных вмешательств (за исключением случаев, предусмотренных подпунктами 4 и 5 настоящего пункта), когда возникают трудности в трактовке сущности патологического процесса, механизмов и причины смерти, что требует применения дополнительных гистологических и гистохимических окрасок, бактериоскопического, бактериологического, биохимического и других исследований (в том числе при кардиомиопатиях, перикардитах, миокардитах, эндокардитах, цереброваскулярных заболеваниях, сосудистой недостаточности кишечника, кишечной непроходимости, вирусных гепатитах, пиелонефритах, мочекаменной болезни, обструктивных болезнях легкого, сосудистой недостаточности конечностей, психических и нервных болезнях, алкоголизме, панкреатитах, амилоидозе); 4) патологоанатомическое вскрытие четвертой категории сложности - патологоанатомическое вскрытие при комбинированном

основном заболевании или полипатии, при наличии дефектов диагностики и лечения, что вызвало трудности в трактовке характера патологического процесса, механизмов и причины смерти (в том числе при интраоперационной или ранней послеоперационной смерти, инфекционных заболеваниях (кроме ВИЧ-инфекции, особо опасных инфекций), заболеваниях беременных, рожениц и родильниц, при гнойно-воспалительных осложнениях, не диагностированных при жизни, сепсисе, болезнях крови и кроветворных органов, ревматических болезнях, заболеваниях спинного мозга, болезнях кожи и костно-мышечной системы, профессиональных заболеваниях, в том числе пневмокониозах, интерстициальных болезнях легких, болезнях эндокринной системы, болезнях накопления); 5) патологоанатомическое вскрытие пятой категории сложности - патологоанатомическое вскрытие при неустановленном клиническом диагнозе основного заболевания, когда имеются трудности в трактовке характера патологического процесса и причины смерти или необходимо применение дополнительных иммуногистохимических, молекулярно-биологических, электронно-микроскопических методов исследования (в том числе при новообразованиях неустановленного гистогенеза, особо опасных инфекционных болезнях, ВИЧ-инфекции).

4. Несоблюдение срока проведения вскрытия (до трех суток после констатации биологической смерти человека).

5. Отсутствие в протоколе отметки об участии (неучастии) в процедуре лечащего врача (врач-акушер-гинеколог, врач-неонатолог), заведующего отделением, в котором находился пациент на момент наступления смерти.

6. Отсутствие заполнения всех граф протокола патологоанатомического вскрытия (ф. № 013/у) или протокола патологоанатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного (ф. № 013/у-1).

7. Отказ от направления в медицинскую организацию, в которой умер больной, протокола вскрытия и сведений о расхождении заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза, а также о выявленных дефектах оказания медицинской помощи.

8. Отказ от внесения (равно несвоевременное внесение позднее 30 суток после завершения проведения патологоанатомического вскрытия) в медицинскую карту стационарного больного (медицинскую карту родов, медицинскую карту новорожденного, историю развития ребенка, медицинскую карту амбулаторного пациента) патологоанатомического диагноза, клинико-патологоанатомического эпикриза и копии протокола патологоанатомического вскрытия.

9. Наличие разночтений в протоколе вскрытия (ф. № 013/у или ф. № 013/у-1) и журнале регистрации поступления и выдачи тел умерших (ф. № 015/у).

10. Отсутствие отдельной отметки об отсутствии в тканях и органах трупа дренажей, катетеров, канюлей, выпускников и инородных тел, информация о которых имеется в медицинской документации.

III. Отсутствие в протоколе вскрытия анализа медицинской документации на предмет выявления и формулирования дефектов медицинской помощи, отражающих нарушение требований нормативных актов Минздрава России



об утверждении порядков оказания медицинской помощи клиническим специальностям, в т.ч. Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ, утв. приказом МЗ и СР РФ от 12 мая 2010 г. № 346н.

**7. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 927н.**

1. Отсутствие в медицинской организации круглосуточно функционирующих подразделений и служб:

- стационарное отделение скорой медицинской помощи (приемное отделение);
- операционное отделение для противошоковых мероприятий;
- отделение реанимации и интенсивной терапии;
- отделения лучевой диагностики с кабинетом компьютерной томографии (кабинета компьютерной томографии) и (или) кабинетом магнитно-резонансной томографии (кабинет магнитно-резонансной томографии);
- отделения функциональной и ультразвуковой диагностики;
- отделения клинической лабораторной диагностики;
- отделение (кабинет) переливания крови;
- хирургическое отделение;
- травматологическое отделение.

2. Отказ от эвакуации пострадавших при наличии медицинских показаний в медицинские организации с круглосуточно функционирующими: отделением сочетанной травмы, отделением (кабинетом) эндоскопии, отделением (койками) сосудистой хирургии, нейрохирургическим отделением.

3. Отказ от перевода из медицинской организации, имеющий в своей структуре только реанимационные койки, хирургические койки и отделение скорой медицинской помощи и автомобиль скорой медицинской помощи класса «С», при отсутствии медицинских противопоказаний к транспортировке в медицинскую организацию, в которой круглосуточно функционируют подразделения, указанные в п.1 и 2 настоящих критериев (п. 11 и 12 Порядка).

4. Отсутствие в медицинской организации, имеющей в своей структуре только реанимационные койки, хирургические койки и отделение скорой медицинской помощи, автомобиля скорой медицинской помощи класса «С».

5. Отказ от созыва консилиума врачей медицинской организацией, в которой пострадавшему была оказана медицинская помощь в стационарных условиях., а также не выполнение требований, предъявляемых Законом РФ № 323-ФЗ к проведению консилиума и заполнению его протокола, после окончания срока оказания медицинской помощи пострадавшему в стационарных условиях, предусмотренного стандартами медицинской помощи, при сочетанных, множественных и изолированных травмах, сопровождающихся шоком, с целью

определения дальнейшей тактики ведения и медицинской реабилитации.

6. Отказ от выдачи направления по медицинским показаниям пострадавшему для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

7. Отказ от направления пострадавшего в федеральные государственные медицинские организации, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, для необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, при отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, при высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличии сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций.

8. Отсутствие при медицинских показаниях консультаций нейрохирурга, травматолога-ортопеда, хирурга (в круглосуточном режиме) в операционном отделении для противошоковых мероприятий.

9. Отсутствие необходимого оснащения в соответствие со стандартом, предусмотренным п. 8 Правил организации деятельности операционного отделения для противошоковых мероприятий, или отказ от его использования при наличии медицинских показаний, в т.ч.:

- комплекса для эндоскопических малоинвазивных операций (эндовидеохирургическая стойка);
- монитора с функциями электрокардиограммы, измерения артериального давления, пульсоксиметрии, капнографии, контроля частоты дыхательных движений;
- анализатора кислотно-основного равновесия крови;
- набора для погружного металлоостеосинтеза;
- набора для внеочагового металлоостеосинтеза;
- бронхофиброскопа (бронхоскопа гибкого).

## **8. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Нейрохирургия» в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 931н.**

1. Нарушения правил протоколирования обоснования формы оказания медицинской помощи по профилю нейрохирургия (ч. 4 ст. 32 Закона РФ № 323-ФЗ и п. 5 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»):

1) отсутствие формулирования повода для оказания экстренной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, травмы и ее осложнений, состояния,

обострения хронических заболеваний нейрохирургического профиля, представляющих угрозу жизни пациента (перечисление признаков угрозы для жизни);

2) отсутствие формулирования повода для оказания неотложной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, состояния, травмы и ее осложнений, обострения хронических заболеваний нейрохирургического профиля без явных признаков угрозы жизни пациента (перечисление отсутствия явных признаков угрозы для жизни);

3) отсутствие хронологического признака (указания на время (час, минута) возникновения состояния, требующего экстренной или неотложной помощи, времени начала и окончания каждого медицинского вмешательства, времени начала изменений в состоянии пациента, появления или устранения признаков угрозы для жизни).

4) отсутствие формулирования повода для оказания плановой медицинской помощи - заболевания, состояния, травмы и ее последствий, обострения хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;

5) отсутствие журнала ожидания пациентом плановой медицинской помощи по отделению, оказывающему помощь нейрохирургического профиля, а также записи в журнале о конкретной дате оказания плановой помощи, а также наличие свободных «более ранних» дат в журнале ожидания пациентом плановой медицинской помощи.

2. Отказ в оказании мероприятий первичной медико-санитарной помощи (профилактика, диагностика, лечение, реабилитация) заболеваний и состояний нейрохирургического профиля (п. 6 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

3. Отказ врача-терапевта (врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейный врач), врача-невролога, фельдшера в направлении пациента в кабинет врача-нейрохирурга для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи при наличии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи, не требующей стационарного лечения или в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «нейрохирургия» (п. 7 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

4. Отсутствие определения конкретной даты оказания плановой медицинской помощи по профилю нейрохирургия (консультация, госпитализация, выполнение нейрохирургического вмешательства и др.), отсрочка до которой (даты) гарантированно не повлечет за собой ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью больного, а также развитие рецидивов заболеваний нейрохирургического профиля (п. 12 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

5. Возникновение ухудшения состояния, угрозы жизни и здоровью больного, а также развитие рецидивов заболеваний нейрохирургического профиля в период отсрочки (ожидания) плановой медицинской помощи по профилю нейрохирургия (пп. 5, 12 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

6. Отказ в оказании медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей специализированную нейрохирургическую помощь при наличии медицинских показаний:

-при самостоятельном обращении больного;

-по направлению, выданному в установленном порядке фельдшером, врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-неврологом, врачом-нейрохирургом, врачами других специальностей медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь;

-при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи (п. 13 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

7. Доставка бригадой скорой медицинской помощи больных с заболеваниями и состояниями нейрохирургического профиля в медицинские организации, не оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю «нейрохирургия», «анестезиология и реанимация» (п. 14 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

8. Отсутствие осмотра врачом-нейрохирургом в приемном отделении при поступлении в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях больного с заболеванием или состоянием нейрохирургического профиля (п. 15 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

9. Отказ в госпитализации больного при наличии медицинских показаний и отсутствии угрожающих жизни состояний направляется в нейрохирургическое отделение (п. 15 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

10. Отказ в госпитализации больного из приемного отделения в отделение (палату, блок) реанимации и интенсивной терапии при наличии угрожающих жизни состояний (п. 15 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

11. Несвоевременный перевод в нейрохирургическое отделение для оказания специализированной медицинской помощи при наличии медицинских показаний больных после устранения угрожающих жизни состояний (п. 16 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

12. Отсутствие формулировки предварительного диагноза заболевания нейрохирургического профиля к исходу первых суток с момента поступления больного в нейрохирургическое отделение медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилю «нейрохирургия», на основании данных клинического обследования, результатов инструментальных

и лабораторных методов исследования (п. 19 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

13. Отсутствие формулировки основного диагноза к исходу третьих суток с момента поступления больного на основании клинико-неврологического обследования, результатов инструментальных и лабораторных методов исследования, динамического наблюдения (п. 19 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

14. Отказ в переводе (направлении) больного в нейрохирургическое отделение при подозрении на нейрохирургическое заболевание онкологического генеза и наличии показаний к хирургическому лечению (п. 18 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

15. Отсутствие формулирования медицинских показаний или противопоказаний к хирургическому лечению после формулировки предварительного диагноза заболевания нейрохирургического профиля и при подозрении на нейрохирургическое заболевание онкологического генеза (п. 18 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

16. Отказ в переводе (направлении) больного при подозрении на нейрохирургическое заболевание онкологического генеза при отсутствии показаний к хирургическому лечению больного в онкологический диспансер для определения последующей тактики лечения (п. 18 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

17. Отсутствие в процессе лечения и наблюдения больного с нейрохирургическим заболеванием онкологического генеза взаимодействия врачей-специалистов: врача-нейрохирурга, прошедшего подготовку по вопросам онкологии, и врача-онколога (консультации, консилиумы и др.) (п. 18 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

18. Проведение специализированного онкологического лечения (лучевая терапия, химиотерапия) для больных с нейрохирургическими заболеваниями в медицинских организациях, не оказывающих помощь по профилю «онкология» (п. 18 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

19. Невыполнение требований стандартов медицинской помощи (п. 20 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

20. Отказ от проведения (в т.ч. отсутствие протоколов проведения) мероприятий по ранней реабилитации больным с заболеваниями или состояниями нейрохирургического профиля в отделении (палате, блоке) интенсивной терапии и реанимации, нейрохирургическом отделении при отсутствии медицинских противопоказаний (в т.ч. отсутствие формулировки показаний или противопоказаний к ранней реабилитации) (п. 21 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

21. Направление пострадавших с легкой черепно-мозговой травмой (сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга легкой степени) в медицинскую организа-

цию, не оказывающую медицинскую помощь по профилю «нейрохирургия» для консультации врача-нейрохирурга и проведения компьютерной томографии (п. 22 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

22. Отсутствие заключения о наличии или отсутствии медицинских показаний или противопоказаний к госпитализации пострадавших с легкой черепно-мозговой травмой (сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга легкой степени) по результатам консультации врача-нейрохирурга и проведения компьютерной томографии (п. 22 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

23. Невыполнение консультации врача-нейрохирурга и/или проведения компьютерной томографии пострадавшим с легкой черепно-мозговой травмой (сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга легкой степени) (п. 22 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

24. Отказ в переводе, направлении, госпитализации пострадавших с легкой черепно-мозговой травмой (сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга легкой степени) при наличии медицинских показаний для оказания медицинской помощи в стационарных условиях в нейрохирургическое отделение или, при отсутствии такового, в неврологическое или травматологическое отделение (п. 22 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

25. Отказ от ведения больных с легкой черепно-мозговой травмой врачом-нейрохирургом, при отсутствии врача-нейрохирурга - врачом-неврологом с учетом рекомендаций врача-нейрохирурга в амбулаторных условиях при отсутствии медицинских показаний к оказанию стационарной медицинской помощи по профилю «нейрохирургия» (п. 22 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

26. Отсутствие письменных рекомендаций врача-нейрохирурга врачу-неврологу по ведению больных с легкой черепно-мозговой травмой при отсутствии врача-нейрохирурга (п. 22 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

26. Отсутствие письменных рекомендаций врача-нейрохирурга или врача-невролога при их отсутствии врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачом) по ведению больных с легкой черепно-мозговой травмой в амбулаторных условиях (п. 22 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

27. Невыполнение письменных рекомендаций врача-нейрохирурга или врача-невролога при ведении больных с легкой черепно-мозговой травмой в амбулаторных условиях (п. 22 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

28. Направление больных с черепно-мозговой травмой средней тяжести и тяжелой

черепно-мозговой травмой специализированными выездными бригадами реанимационного и нейрохирургического профилей в медицинские организации, не оказывающие медицинскую помощь по профилю «нейрохирургия», для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (п. 22 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

29. Отказ в госпитализации больных с черепно-мозговой травмой средней тяжести и тяжелой черепно-мозговой травмой, доставленных специализированными выездными бригадами реанимационного и нейрохирургического профилей в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «нейрохирургия» (п. 22 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

30. Невыполнение требований Порядка направления граждан РФ в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи по профилю «нейрохирургия» с целью установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. № 243н) (п. 23 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

31. Отсутствие в первичной медицинской документации протокола о наличии или отсутствии у больного медицинских показаний для перевода в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи по профилю «нейрохирургия» при наличии заявления больного или в целях установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, при отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, при высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций (п. 23 Порядка оказания медицинской



помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

32. Невыполнение требований Порядка направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «нейрохирургия» за счет бюджетных ассигнований при наличии у больного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (п. 24 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

33. Отсутствие в первичной медицинской документации протокола о наличии или отсутствии у больного медицинских показаний для направления его в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь (п. 24 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

34. Отсутствие проведения (протокола) консилиума врачей после окончания срока оказания медицинской помощи в стационарных условиях нейрохирургического отделения, предусмотренного стандартами медицинской помощи при заболеваниях и состояниях нейрохирургического профиля, с целью выработки дальнейшей тактики ведения и медицинской реабилитации (п. 25 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

35. Отсутствие в выписных документах рекомендаций по реализации выработанных консилиумом мероприятий тактики ведения и медицинской реабилитации (п. 25 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

36. Отсутствие в медицинской документации анализа медицинских показаний и противопоказаний для проведения реабилитационных мероприятий в специализированных медицинских и санаторно-курортных организациях больных с заболеваниями и состояниями нейрохирургического профиля (п. 25 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

37. Отказ в направлении больных с заболеваниями и состояниями нейрохирургического профиля для проведения реабилитационных мероприятий в специализированных медицинских и санаторно-курортных организациях по медицинским показаниям (п. 25 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

38. Невыполнение Правил организации деятельности нейрохирургического отделения (приложение № 1 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»).

39. Отсутствие у врачебного персонала нейрохирургического отделения сертификата специалиста по специальности «нейрохирургия» (п. 5 Правил организации деятельности нейрохирургического отделения).

40. Отсутствие предметов оборудования нейрохирургического отделения, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 3 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»; п. 6 Правил организации деятельности нейрохирургического отделения):



Наименование оборудования (оснащения)	Требуемое количество, шт.
Набор для измерения ликворного давления	5
Аппарат искусственной вентиляции легких	2
Аппарат искусственной вентиляции легких транспортный	1
Аппарат искусственной вентиляции легких для продленной вентиляции новорожденных и детей	2
Мониторы простые - ЭКГ, пульсоксиметрия, неинвазивное давление, конечно-выдыхаемый CO <sub>2</sub>	3
Монитор транспортный	1
Допплерографическая установка с возможностью двухканального мониторинга	1
Инфузоматы и перфузоры	15
Согревающие одеяла	2
Специальные кровати с возможностью взвешивания и автоматического переворачивания больных с противоположными системами	по потребности
Противопролежневые системы	6
Оборудование для измерения внутричерепного давления с кабелем совместимости с мониторной системой	3
Анализатор кислотно-основного равновесия крови	1
Аппарат анестезиологический	2
Аппарат для гипотермии с циркулирующей жидкостью	1
Комплекс согревающий анестезиолого-реанимационный	2
Набор для измерения ликворного давления	5
Томограф магнитно-резонансный или томограф рентгеновский компьютерный с программным обеспечением и сопутствующим оборудованием для выполнения исследований нервной системы	1
Комплекс ангиографический с возможностью выполнения эндоваскулярных диагностических и лечебных вмешательств на брахицефальных, внутримозговых, коронарных артериях	1
Комплекс диагностический для ультразвуковых исследований с возможностью исследования брахицефальных сосудов, выполнения транскраниальных исследований	1

Портативный диагностический комплекс для ультразвуковых исследований с возможностью выполнения чрезрндничковых и интраоперационных исследований	1
Аппарат регистрации вызванных потенциалов 4-х канальный компьютерный	1
Биомонитор для регистрации артериального давления, электроэнцефалограммы, внутричерепного давления	2

41. Невыполнение лечебно-диагностических исследований и мероприятий с помощью оборудования нейрохирургического отделения, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 3 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»; п. 6 Правил организации деятельности нейрохирургического отделения).

42. Отсутствие палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии, составляющей не менее 20% коечного фонда нейрохирургического отделения (п. 7 Правил организации деятельности нейрохирургического отделения).

43. Отказ в направлении (переводе) в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии направляются больных с заболеваниями и состояниями нейрохирургического профиля и с нарушениями сознания, требующих аппаратной вентиляции и постоянного мониторингирования жизненно важных функций (п. 9 Правил организации деятельности нейрохирургического отделения).

44. Невыполнение функций, возложенных на нейрохирургическое отделение (п. 10 Правил организации деятельности нейрохирургического отделения):

- оказание неотложной и плановой специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным с нейрохирургическими заболеваниями круглосуточно;

- интенсивная терапия и реанимация в условиях палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии, включающую коррекцию нарушений жизненно важных функций (дыхательной, сердечно-сосудистой, системы гомеостаза и прочее);

- осуществление хирургического лечения и консервативной терапии при нейрохирургических заболеваниях;

- проведение комплексной терапии, направленной на восстановление нарушенных функций при взаимодействии врачей-специалистов (нейрохирургов, анестезиологов-реаниматологов, неврологов, офтальмологов, оториноларингологов, врачей лечебной физкультуры, логопедов, нейропсихологов), включая хирургическое лечение и консервативную терапию, в том числе медицинскую реабилитацию, физиотерапию;

- составление и проведение мероприятий по предупреждению развития осложнений нейрохирургического заболевания;

- оказание консультативной, в том числе неотложной, помощи врачам других специальностей по вопросам диагностики, лечения нейрохирургических заболеваний;

- внедрение в клиническую практику современных методов диагностики и лечения нейрохирургических заболеваний и профилактики их осложнений;
- разработку и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы в Отделении и снижение больничной летальности от нейрохирургических заболеваний;
- формирование врачебных комиссий и консилиумов врачей в наиболее сложных и конфликтных случаях при оказании специализированной помощи больным с заболеваниями и состояниями нейрохирургического профиля - диагностики, лечения, медицинской реабилитации, оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий;
- своевременное направление больных с нейрохирургическими заболеваниями и повреждениями на медико-социальную экспертизу.

45. Отсутствие в штате нейрохирургического отделения врачей-специалистов: невролог, офтальмолог, оториноларинголог, физиотерапевт, врач функциональной диагностики, педиатр, уролог, врач ЛФК, логопед, медицинский психолог (п. 4 Правил организации деятельности нейрохирургического отделения).

46. Отсутствие в медицинских организациях их подразделениях необходимого медицинского оснащения, предусмотренного Порядком оказания медицинской помощи рассматривается как признак оказания медицинской помощи, не отвечающей требованиям безопасности.

## **9. Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи взрослому населению по профилю «Заболевания нервной системы» за исключением медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 926н.**

I. Нарушения правил протоколирования обоснования формы оказания медицинской помощи по профилю «заболевания нервной системы» (ч. 4 ст. 32 Закона РФ № 323-ФЗ).

1. Отсутствие формулирования повода для оказания экстренной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, его осложнений, состояния, обострения хронических заболеваний нервной системы, представляющих угрозу жизни пациента (перечисление признаков угрозы для жизни).

2. Отсутствие формулирования повода для оказания неотложной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, его осложнений, состояния, обострения хронических заболеваний нервной системы, представляющих угрозу жизни пациента (перечисление признаков угрозы для жизни).

3. Отсутствие хронологического признака (указания на время (час, минута) возникновения состояния, требующего экстренной или неотложной помощи, времени начала и окончания каждого медицинского вмешательства, времени начала изменений в состоянии пациента, появления или устранения признаков угрозы для жизни).

4. Отсутствие формулирования повода для оказания плановой медицинской помощи - заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью) (п.4 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями нервной системы).
5. Отказ врача-терапевта (врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейный врач), фельдшера в направлении пациента в кабинет врача-невропатолога для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, не требующей стационарного лечения или в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «заболевания нервной системы»).
6. Отсутствие определения конкретной даты оказания плановой медицинской помощи по профилю «нервные болезни» (консультация, госпитализация и др.), отсрочка до которой (даты) гарантированно не повлечет за собой ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью больного, а также развитие рецидивов заболеваний неврологического профиля») (п.6 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями нервной системы).
7. Несоблюдение преемственности при невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной с заболеваниями нервной системы не переводится в вышестоящую медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь при заболеваниях нервной системы (п.6 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нервные болезни»).
8. Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара врачами иных специальностей, чем врачи-неврологи», отсутствие профилактики, диагностики, лечения заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также отсутствие медицинской реабилитации (п.10 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «заболевания нервной системы»).
9. Отказ в своевременной плановой медицинской помощи при заболеваниях нервной системы, не сопровождающихся угрозой жизни, не требующих экстренной и неотложной помощи, осуществляющееся для проведения мероприятий, направленных на предотвращение развития рецидивов заболеваний нервной системы, повлекшее за собой ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью больного, развитие рецидива (п.11 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «заболевания нервной системы»).
10. Отказ в оказании медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь при наличии медицинских показаний:

- при самостоятельном обращении больного;  
- по направлению фельдшера, врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь;  
- при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи. (п.12 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «заболевания нервной системы»).

11. Доставка бригадой скорой медицинской помощи больных с заболеваниями нервной системы в медицинские организации, оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю, иному чем «неврология», «анестезиология и реанимация». (п.13 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «заболевания нервной системы»).

12. Отсутствие в приемном отделении осмотра врачом-неврологом при поступлении в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях больных с заболеванием нервной системы, несвоевременная госпитализация – в отделение реанимации и интенсивной терапии при наличии угрожающих жизни состояний « (п.14 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «заболевания нервной системы»).

13. Отсутствие перевода больных с заболеваниями нервной системы после устранения угрожающих жизни состояний, наличии медицинских показаний в неврологическое отделение для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (п. 15 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «заболевания нервной системы»).

14. Оказание медицинской помощи больным с заболеваниями нервной системы проводится без привлечением врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 июня 2009 г., регистрационный № 14032), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 февраля 2011 г. № 94н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 марта 2011 г., регистрационный № 20144) (п.16 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «заболевания нервной системы»).

15. Отсутствие консультации врача-нейрохирурга при выявлении признаков онкологического заболевания нервной системы, по итогам которой консилиумом врачей должно принимается решение о дальнейшей тактике лечения больного. (п.17 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населения с заболеваниями нервной системы).

16. Отсутствие формулировки предварительного диагноза заболевания

нервной системы в течение первых суток с момента поступления больного в неврологическое отделение медицинской организации на основании данных клинического обследования, результатов инструментальных и лабораторных методов исследования (п.18 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями нервной системы).

17. Отсутствие формулировки основного диагноза в течение трех суток с момента поступления больного в неврологическое отделение на основании клинико-неврологического обследования, результатов инструментальных и лабораторных методов исследования, динамического наблюдения (п.18 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями нервной системы).

18. Невыполнение требований стандартов оказания медицинской помощи по профилю «заболевания нервной системы» (п.19 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями нервной системы).

19. Невыполнение требований Порядка направления граждан РФ в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения РФ для оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций (п.20 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями нервной системы).

20. Невыполнение Порядка направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. № 1689н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2012 г., регистрационный № 23164) при наличии у больного медицинских (п.21 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями нервной системы).

21. Отсутствие в выписных документах рекомендаций консилиумов о дальнейшей тактике ведения и медицинской реабилитации больных с заболеваниями нервной системы после окончания срока оказания медицинской помощи больному с заболеваниями нервной системы в стационарных условиях неврологического отделения (п.22. Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями нервной системы).

22. Отказ в направлении больных с заболеваниями нервной системы по медицинским показаниям в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь (п.24 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями нервной системы).

23. Отсутствие оценки уровня мобильности больного по шкале мобильности Ривермид при определении медицинской организации для дальнейшего оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и медицинской реабилитации (п.25 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями нервной системы).

24. Отсутствие в выписной медицинской документации больных с заболеваниями нервной системы по медицинским показаниям направления рекомендаций для проведения реабилитационных мероприятий в специализированных медицинских и санаторно-курортных организациях (п.26 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями нервной системы).

II. Невыполнение Правил организации оказания помощи взрослому населению с заболеваниями нервной системы в соответствии с приложениями № 1 - 9 к настоящему Порядку.

III. Отсутствие в медицинских организациях их подразделениях необходимого медицинского оснащения, предусмотренного Порядком оказания медицинской помощи рассматривается как признак оказания медицинской помощи, не отвечающей требованиям безопасности, что накладывает на эксперта обязанность о сообщении о данном правонарушении в следственные органы.

## **10. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Онкология» в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 915н.**

I. Нарушения правил протоколирования обоснования формы оказания медицинской помощи по профилю «онкология» (ч. 4 ст. 32 Закона РФ № 323-ФЗ):

1) отсутствие формулирования повода для оказания медицинской помощи населению с заболеваниями по профилю «онкология» в случае внезапного острого заболевания и его осложнений, обострения хронических заболеваний онкологического профиля, представляющих угрозу жизни пациента (перечисление признаков угрозы для жизни);

2) отсутствие формулирования повода для оказания медицинской помощи населению с заболеваниями по профилю «онкология» в случае внезапного острого заболевания, его осложнений, обострения хронических заболеваний онкологического профиля без явных признаков угрозы жизни пациента (перечисление отсутствия явных признаков угрозы для жизни);

3) отсутствие формулирования повода для оказания плановой медицинской помощи в случае заболевания, обострения хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное



время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;

4) отсутствие журнала ожидания пациентом плановой медицинской помощи по отделению, оказывающему помощь онкологического профиля, а также записи в журнале о конкретной дате оказания плановой помощи, а также наличие свободных «более ранних» дат в журнале ожидания пациентом плановой медицинской помощи.

5) Отсутствие медицинской помощи населению с заболеваниями по профилю «онкология» включающей:

-профилактику и диагностику онкологических заболеваний;

-лечение и реабилитацию больных с онкологическими заболеваниями с использованием современных специальных методов и сложных, в том числе уникальных, медицинских технологий (п.4. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».

6) Нарушение стандартов при оказании медицинской помощи по профилю «онкология» (п.5. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».

7) Отказ в оказании первичная медико-санитарная помощи по профилю «онкология» включающей, первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь (п.6. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».

8) Отсутствие медико-санитарной помощи больным по профилю «онкология», предусматривающему профилактику, диагностику, лечение онкологических заболеваний и медицинскую реабилитацию по рекомендациям медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями (п.7. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

9) Отказ в оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи (п.8. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».

10) Оказание первичной специализированной медико-санитарная помощь в первичном онкологическом кабинете или в первичном онкологическом отделении врачом, иной специальности, чем врач-онколог (п.10. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

11) Отсутствие направления больного в установленном порядке врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейные врачи), врачами-специалистами, средними медицинскими работниками при выявлении онкологического заболевания на консультацию в первичный онкологический кабинет или первичное онкологическое отделение медицинской организации для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи (п.11. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

12) Отказ врача-онколога первичного онкологического кабинета или первичного



онкологического отделения в направлении больного в онкологический диспансер или в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, для уточнения диагноза и оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (п.12. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

13) Отказ в оказании скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. № 179 «Об утверждении Порядка оказания скорой медицинской помощи» (п.13. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

14) Отказ в оказании скорой медицинской помощи в экстренной или неотложной форме выездными бригадами скорой медицинской помощи вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (п.14. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

15) Отсутствие преимущества госпитализации при подозрении и (или) выявлении у больного онкологического заболевания в ходе оказания ему скорой медицинской помощи, переводе или направлении в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, для определения тактики ведения и необходимости применения дополнительно других методов специализированного противоопухолевого лечения (п.15. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

16) Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях, не имеющих лицензии, необходимой материально-технической базы, сертифицированных специалистов, не имеющих возможность проводить профилактику, диагностику, лечение онкологических заболеваний, требующих использования специальных методов и сложных уникальных медицинских технологий, а так же не имеющих технических возможностей для проведения медицинской реабилитации (п.16. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

17) Отказ в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, при наличии направления врача-онколога первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения при подозрении и (или) выявлении у больного онкологического заболевания в ходе оказания ему скорой медицинской помощи (п.17. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

18) Отсутствие в документации больного решения консилиума врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов, невыполнение решения консилиума, отсутствие сбора консилиума для решения вопросов о тактике лечения больного (п.18. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

19) Оказание паллиативной медицинской помощи медицинскими работниками, не прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи, в амбулаторных, стационарных условиях, условиях дневного стационара. Отказ в паллиативной медицинской помощи, направленной на избавление от боли, отказ в применении наркотических средств, и облегчение других тяжелых проявлений онкологических заболеваний (п.19.Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

20) Отказ в оказании паллиативной медицинской помощи в онкологическом диспансере, а также в медицинских организациях, располагающих отделениями паллиативной помощи, при наличии направления врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-онколога первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения (п.20. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

21) Отказ в реабилитационных мероприятиях в специализированных медицинских организациях больным с онкологическими заболеваниями при наличии медицинских показаний и независимо от сроков, прошедших с момента лечения (п.21. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

22) Нарушение частоты диспансерных осмотров в первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении медицинской организации, онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, после проведенного лечения и при отсутствии необходимости изменений тактики ведения больного:

- в течение первого года – реже чем один раз в три месяца,

- в течение второго года – реже чем один раз в шесть месяцев,

- в дальнейшем – реже чем один раз в год (п.22. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

23) Отсутствие информирования врачом-специалистом медицинской организации, в которой установлен соответствующий диагноз организационно-методического отдела онкологического диспансера для постановки больного на диспансерный учет о впервые выявленном случае онкологического заболевания (п.23. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

24) Отсутствие информирования о подтверждении факта наличия онкологического заболевания, об уточненном диагнозе больного из организационно-методического отдела онкологического диспансера в первичный онкологический кабинет или первичное онкологическое отделение медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, для последующего диспансерного наблюдения больного (п.24. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

25) Отказ в оказании специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской

Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствия эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования или диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных Федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (п.25. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

26) Отказ в направлении больного в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь при наличии у него медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. № 1689н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2012 г., регистрационный № 23164) (п.26. Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

II. Нарушение рекомендаций оказания медицинской помощи приложений 1-36 настоящего Порядка.

1.1. Невыполнение правил организации работы первичного онкологического кабинета в части штатного расписания, назначения руководителя, структуры и организации работы (п. 2, 3, 4, 5 Отсутствие в медицинской оказывающей первичную медико-санитарную помощь населению первичного онкологического кабинета, для предоставления первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (п.2. Приложения 1 Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

1.2. Невыполнение первичным онкологическим кабинетом перечисленных функций:

- консультативная помощь врачам, осуществляющим первичную врачебную медико-санитарную помощь больным с онкологическими заболеваниями, контроль за проведением их симптоматического лечения;
- выписывание наркотических средств списка наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен

и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации;

- осуществление динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача-онколога за больными с онкологическими заболеваниями, получающими лекарственную противоопухолевую терапию, проводимую в онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями;

- мониторинг и оценка лабораторных показателей с целью предупреждения развития токсических реакций, своевременное направление больного с онкологическим заболеванием в онкологический диспансер или в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями;

- направление больного с онкологическим заболеванием для паллиативного и симптоматического лечения в соответствующие отделения медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями;

- учет больных с онкологическими заболеваниями;

- консультативная и методическая помощь специалистам медицинских организаций, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, при проведении профилактических осмотров, диспансеризации больных с предопухолевыми и хроническими заболеваниями;

- участие в оформлении медицинских документов больных со злокачественными новообразованиями для направления на медико-социальную экспертизу;

- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации (п.7. Приложения 1 Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

2.1. Невыполнение правил организации деятельности первичного онкологического отделения: в части назначения сотрудников, не соответствующих требованиям п.3.4. (Приложение 4 Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»), структуры и численности онкологического отделения предусмотренных приложением № 5 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».

2.2. Невыполнение онкологическим отделением таких функций как:

- лечение больных с онкологическими заболеваниями с учетом рекомендации врачей-онкологов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями;

- консультативная помощь врачам, осуществляющим первичную врачебную медико-санитарную помощь больным с онкологическими заболеваниями, контроль за проведением симптоматического лечения больных с онкологическими заболеваниями;

- выписывание наркотических средств списка наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации;
- осуществление динамического наблюдения за больными с онкологическими заболеваниями, получающими лекарственную противоопухолевую терапию, проводимую в онкологическом диспансере или в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, контроль лабораторных показателей, при развитии токсических реакций своевременное направление больных в онкологический диспансер или в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями;
- направление больных с онкологическими заболеваниями для паллиативного лечения в отделения онкологического диспансера или в медицинские организации, располагающие отделениями паллиативной помощи;
- направление больных с онкологическими заболеваниями для симптоматического лечения в отделения онкологического диспансера, или в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, или медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- учет больных с онкологическими заболеваниями;
- консультативная и методическая помощь специалистам медицинских организаций, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, при проведении профилактических осмотров, диспансеризации больных с высоким риском развития онкологических заболеваний;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, ведение регионального сегмента Федерального ракового регистра, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством (п.8. Приложением № 5 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

3.2. Невыполнение правил организации деятельности онкологического диспансера и медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями в части назначения персонала (п. 3 Приложения №7 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология») штатной численности диспансера предусмотренных Приложением №6к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» оснащения предусмотренным Приложения №7 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»), структуры диспансера (п. 5 Приложения №7 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

При коечном фонде свыше 200 – 300 коек – (отсутствие таких отделений как, операционный блок; отделение анестезиологии-реанимации; отделение

противоопухолевой лекарственной терапии; онкологические отделения хирургических методов лечения (абдоминальной онкологии, онкоурологии, онкогинекологии, опухолей головы и шеи, опухолей костей, кожи, мягких тканей, молочной железы), радиотерапевтическое отделение; отделение фотодинамической терапии; отделение реабилитации; отделение паллиативной помощи.

При коечном фонде свыше 300 коек – отсутствие таких отделений, как операционный блок; отделение анестезиологии и реанимации; отделение реанимации и интенсивной терапии; отделение противоопухолевой лекарственной терапии; онкологические отделения хирургических методов лечения (торакальной, абдоминальной онкологии, онкоурологии, онкогинекологии, нейроонкологии, опухолей головы и шеи, опухолей костей, кожи, мягких тканей, молочной железы, рентгенохирургических методов лечения), радиотерапевтическое отделение; отделение фотодинамической терапии; отделение реабилитации, отделение паллиативной помощи (п. 7 Приложения №7 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

3.3. Невыполнение Диспансером следующих функций:

- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным с онкологическими и предопухолевыми заболеваниями;
- методическое руководство и консультативная помощь врачам-специалистам медицинских организаций по вопросам проведения диспансеризации и профилактических осмотров, диспансеризации больных с предопухолевыми и хроническими заболеваниями;
- методическое руководство и консультативная помощь по вопросам санитарно-гигиенического просвещения среди населения по профилактике онкологических заболеваний, соблюдению здорового образа жизни.
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством, ведение регионального сегмента Федерального ракового регистра (п.8 Приложения №7 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

4.1. Невыполнение правил организации деятельности онкологического отделения противоопухолевой лекарственной терапии онкологического диспансера и медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями как в части назначения персонала, его численности, так и структуре и оснащенности отделения онкологических отделений хирургических методов лечения онкологического (п.п.3,4 Приложения №13, Приложения №14,15 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

4.2. Невыполнение онкологическим отделением следующих функций:

- выработка плана лечения больного с онкологическим заболеванием на основе решения консилиума с участием врачей-специалистов по проведению различных видов противоопухолевого лечения (хирургического, лекарственного,

радиотерапевтического) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

-проведение различных видов противоопухолевой лекарственной терапии больных с онкологическим заболеванием как самостоятельной, так и в комбинации с другими методами лечения;

-осуществление оценки эффективности и переносимости проведенного лечения с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования;

-проведение восстановительной и корригирующей терапии, связанной с возникновением побочных реакций на фоне высокотоксичного лекарственного лечения (п.7 Приложения №13 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

5.1. Невыполнение правил организации деятельности онкологических отделений хирургических методов лечения онкологического диспансера и медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями как в части назначения персонала, его численности, так и структуре и оснащенности отделения онкологических отделений хирургических методов лечения онкологического (п.п. 2,3,4 Приложения №16, Приложения №17,18 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

5.2. Невыполнение работниками онкологических отделений хирургических методов лечения следующих функций:

-выработка тактики ведения больных с онкологическими заболеваниями на основе решения консилиума с участием врачей-онкологов по проведению различных видов противоопухолевого лечения (хирургического, лекарственного) и врачей-радиотерапевтов;

-проведение различных оперативных вмешательств, как самостоятельного вида лечения, так и в комбинации с другими методами;

-осуществление оценки эффективности и переносимости проведенного лечения с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования (п.7 Приложения №16 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

6.1. Невыполнение правил организации деятельности отделения радиотерапии диспансера и медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями как в части назначения персонала, его численности, так и структуре и оснащенности отделения фотодинамической терапии (п.п.6,7 Приложения №19, п.8 Приложения №20 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

6.2. Невыполнение онкологическим отделением таких функций как:

- выработка плана лечения больного с онкологическим заболеванием на основе решения консилиума с участием врачей-специалистов по проведению различных видов противоопухолевого лечения (хирургического, лекарственного, радиотерапевтического) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

- проведение радиотерапии как самостоятельного вида лечения, так и в комбинации



с другими методами;

- осуществление оценки эффективности и переносимости проведенного лечения с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования (п.9 Приложение № 19 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

7.1. Невыполнение стандарта оснащения отделения радиотерапии онкологического диспансера (Приложение № 21к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

8.1. Невыполнение правил организации деятельности отделения фотодинамической терапии диспансера и медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями как в части назначения персонала, его численности, так и структуре и оснащенности отделения фотодинамической терапии (п.п.4,5,6 Приложения 25, п.7 Приложения 23, п.8 Приложение № 22 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

8.2. Невыполнение работниками отделения фотодинамической терапии следующих функций:

- выработка плана лечения больного с онкологическим заболеванием на основе решения консилиума с участием врачей-специалистов по проведению различных видов противоопухолевого лечения (хирургического, лекарственного, радиотерапевтического) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

- проведение флуоресцентной диагностики новообразований;

- проведение фотодинамической терапии, как самостоятельного вида лечения, так и в комбинации с другими методами;

- осуществление оценки эффективности и переносимости проведенного лечения с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования (п.9 Приложение № 22 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

8.3. Невыполнение стандарта оснащения отделения фотодинамической терапии онкологического диспансера (Приложение № 24 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

9.1. Невыполнение правил организации деятельности отделения реабилитации онкологического диспансера и медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями как в части назначения персонала, его численности, так и оснащенности отделения паллиативной помощи (п.п. 4,5,6,7 Приложение № 25 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

9.2. Невыполнение работниками отделения реабилитации следующих функций:

- выработка плана проведения реабилитационных мероприятий больного с онкологическим заболеванием в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

- реабилитация больных с онкологическими заболеваниями на этапах проведения

специального противоопухолевого лечения;

- проведение реабилитационных мероприятий после проведения специального противоопухолевого лечения;

- осуществление оценки эффективности и переносимости проведенного лечения с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования (п.п.8 Приложение № 25 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

10.1. Невыполнение правил организации деятельности отделения паллиативной помощи онкологического диспансера и медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями как в части назначения персонала, его численности, так и оснащенности отделения паллиативной помощи (п.п.2-6. Приложение № 28 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

10.2. Невыполнение работниками отделения паллиативной помощи онкологического диспансера и медицинской организации следующих функций:

- оказание паллиативной помощи, в том числе противоболевой терапии, больным с распространенными формами онкологических заболеваний в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара и стационарно;

- назначение наркотических средств списка наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации:

- организация выездных бригад для обеспечения на дому паллиативным и симптоматическим лечением больных с онкологическими заболеваниями со сниженной или утраченной способностью к самообслуживанию в результате хронической соматической патологии, нарушений двигательных или высших психических функций, а также больных на терминальной стадии заболевания;

- оказание консультативной помощи медицинским организациям для организации паллиативной помощи больным с онкологическими заболеваниями;

- проведение комплекса мероприятий по социальной реабилитации больных с распространенными формами онкологических заболеваний;

- оказание психологической помощи больным с онкологическими заболеваниями и членам их семей на основе индивидуального подхода;

- консультации и семинары для родственников, осуществляющих уход за больными (п.7 Приложение № 28 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

10.3. Отказ в госпитализации в Отделение больным с онкологическими заболеваниями при наличии:

- подтвержденного диагноза прогрессирования опухолевого процесса у больного с онкологическим заболеванием;

- развития тяжелого хронического болевого синдрома, ухудшающего качество жизни больного с онкологическим заболеванием (п.8 Приложение № 28 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

10.4. Невыполнение правил организации деятельности дневного стационара онкологического диспансера и медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями в части назначения персонала (п.п. 4,5 Приложения №34 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология») штатной численности дневного стационара предусмотренных приложением № 35 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» оснащения, предусмотренным приложением № 36 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

10.5. Невыполнение рекомендаций плана лечения больного с онкологическим заболеванием, выработанных консилиумом:

- отказ в проведении лекарственного лечения;
- отказ в проведении радиотерапии;
- отказ в проведении хирургического лечения;
- отказ в проведении фотодинамической терапии;
- отказ в проведении реабилитационных мероприятий;
- отказ в оказании паллиативной помощи (п. 7 Приложения №34 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

10.6. Невыполнение стандарта оснащения стационара онкологического диспансера (Приложение 36 Протокола оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»).

III. Отсутствие в медицинских организациях их подразделениях необходимого медицинского оснащения, предусмотренного Порядком оказания медицинской помощи рассматривается как признак оказания медицинской помощи, не отвечающей требованиям безопасности.

## **11. Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи населению по профилю «Гастроэнтерология» в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 906н.**

I. Невыполнение Порядка, устанавливающего правила оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология» в медицинских организациях.

1. Неоказание медицинской помощи может в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) (п.3 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

2. Неоказание первичная медико-санитарной помощи, предусматривающей

мероприятия по профилактике, диагностике, лечению гастроэнтерологических заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни (п.4 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

3. Неоказание первичной медико-санитарной помощи, включающей:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Отказ врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейный врач), медицинского работника со средним медицинским образованием, врача-педиатра в направлении больного в кабинет врача-гастроэнтеролога медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи при наличии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи, не требующей ее оказания в стационарных условиях. Первичная специализированная медико-санитарная помощь должна оказываться врачом-гастроэнтерологом, а в случае его отсутствия врачом-терапевтом, врачом-педиатром.

В случае отсутствия кабинета врача-гастроэнтеролога в медицинской организации первичная специализированная медико-санитарная помощь может оказываться в терапевтических или педиатрических кабинетах.

Отказ в направлении в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «гастроэнтерология» при невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний (п.5 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

4. Отказ фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи, в том числе педиатрическими в оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи больным, требующим срочного медицинского вмешательства в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. № 179 Минюстом России 14 марта 2012 г., регистрационный № 23472) (п.6 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

5. Отказ в оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, которая должна оказываться как в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях (п.8 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

6. Бригада скорой медицинской помощи доставляет больных с угрожающими жизни состояниями в медицинские организации: 1) не оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация». 2) в отделения иного профиля чем: «гастроэнтерология».

«хирургия», «детская хирургия», «терапия», «педиатрия» (п.9 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

7. Отказ при наличии медицинских показаний после устранения угрожающих жизни состояний в переводе в гастроэнтерологическое или хирургическое отделение, детское хирургическое, терапевтическое, педиатрическое отделение медицинской организации для оказания специализированной медицинской помощи (п. 10 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

8. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи врачами иных специальностей, чем врачи-гастроэнтерологи в стационарных условиях и условиях дневного стационара (п. 11 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

9. Неоказание медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, по медицинским показаниям при самостоятельном обращении больного или совместно с его законным представителем, по направлению медицинского работника со средним медицинским образованием, врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-терапевта, врача-педиатра, врача-гастроэнтеролога медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, а также при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи (п. 14 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

10. Отказ в оказании специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи, приведенном в приложении к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. № 243н (зарегистрирован Минюстом России 12 мая 2010 г., регистрационный № 17175), а также при наличии у больного медицинских показаний в федеральных

государственных медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 г. № 617 (зарегистрирован Минюстом России 27 октября 2005 г., регистрационный № 7115) (п. 14 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

11. Отказ, при наличии у больного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, в направлении больного в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь (п.16 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

II. Невыполнение медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь больным с гастроэнтерологическими заболеваниями, рекомендаций, изложенных в приложениях № 1 - 9 к настоящему Порядку.

1.1. Невыполнение Правил, устанавливающих порядок организации деятельности кабинета врача-гастроэнтеролога, являющегося структурным подразделением медицинской организации и созданного для осуществления консультативной, диагностической и лечебной помощи по профилю «гастроэнтерология» в части назначения специалиста на должность врача-гастроэнтеролога (п.3. прил. № 1 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»), структуры и штатной численности Кабинета (прил. № 2 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»), оснащения Кабинета (прил. № 3 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

Организация Кабинета при отсутствии в медицинской организации отделения (кабинета) ультразвуковой диагностики.

1.2. Невыполнение основных функций Кабинета:

- оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с гастроэнтерологическими заболеваниями;
- диспансерное наблюдение и медицинская реабилитация больных с гастроэнтерологическими заболеваниями;
- направление больных с гастроэнтерологическими заболеваниями для оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинской организации;
- участие в отборе больных для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а также учет лиц, ожидающих и получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «гастроэнтерология»;
- участие в организации и проведении диспансеризации прикрепленного населения;
- внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения

больных с гастроэнтерологическими заболеваниями;

- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством (п.6. прил.1 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

2.1. Невыполнение Правил, устанавливающих порядок организации деятельности гастроэнтерологического дневного стационара медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилю «гастроэнтерология», являющегося структурным подразделением медицинской организации и организованного для осуществления медицинской помощи по профилю «гастроэнтерология» при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения в части назначения заведующего и врача-гастроэнтеролога (п.3. прил.4 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»), структуры и штатной численности гастроэнтерологического дневного стационара (прил. №5 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»), оснащения (прил. №6 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

Организация гастроэнтерологического дневного стационара при отсутствии в медицинской организации отделения хирургии (детской хирургии), эндоскопии, отделения (кабинета) ультразвуковой диагностики.

2.2. Невыполнение основных функций гастроэнтерологического дневного стационара:

- оказание медицинской помощи больным с гастроэнтерологическими заболеваниями, не требующими круглосуточного медицинского наблюдения, в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи;

- наблюдение больных, которым была оказана медицинская помощь по профилю «гастроэнтерология» в стационарных условиях;

- внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации больных с гастроэнтерологическими заболеваниями;

- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, ведение которых предусмотрено законодательством (п.8 прил. 5 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

2.3. Отказ, при наличии медицинских показаний для оказания медицинской помощи, требующей круглосуточного медицинского наблюдения, а также при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в условиях дневного стационара больной направляется из гастроэнтерологического дневного стационара для оказания медицинской помощи в стационарных условиях (п.9 прил.5 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

3.1. Невыполнение Правил, устанавливающих порядок организации деятельности гастроэнтерологического отделения, являющегося структурным подразделением



медицинской организации в части назначения заведующего (п.3 прил. №7 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»), структуры и штатной численности Отделения (прил. № 8 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»). Оснащение Отделения (прил. №9 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология», утвержденному настоящим приказом.

Организация Отделения при отсутствии в медицинской организации круглосуточно функционирующих отделений анестезиологии и реанимации, клинико-диагностической и биохимической лаборатории, отделения лучевой диагностики, включающего ультразвуковую и рентгеновскую диагностику, а также функционирующих в штатном режиме отделения хирургии (детской хирургии), отделения эндоскопии, регистратуры, консультативно-поликлинического отделения с консультационными кабинетами и амбулаторной перевязочной, приемного отделения с хирургической смотровой, рентгенологического кабинета.

### 3.2. Невыполнение основных функций Отделения:

- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «гастроэнтерология» в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным с гастроэнтерологическими заболеваниями;
- оказание консультативной помощи врачам других подразделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения больных с гастроэнтерологическими заболеваниями;
- освоение и внедрение в клиническую практику современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством (п.8 прил.№ 7 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»).

III. Отсутствие в медицинских организациях их подразделениях необходимого медицинского оснащения, предусмотренного Порядком оказания медицинской помощи рассматривается как признак оказания медицинской помощи, не отвечающей требованиям безопасности.

## **12. Критерии ненадлежащего качества оказания помощи взрослому населению в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Ревматология», утвержденным приказом МЗ РФ от 12.11.12 г. № 900н, являются:**

1. Отказ учреждения здравоохранения в оказании медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология», в частности, отказ в:

- первичной медико-санитарной помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

2. Отказ учреждения здравоохранения в оказании медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи взрослому населению по профилю «ревматология», в частности, отказ в приеме:

- врачом-терапевтом участковым;

- врачом общей практики (семейным врачом).

3. Отказ в рамках первичной врачебной медико-санитарной помощи врачами-терапевтами участковыми и врачами общей практики (семейным врачом) больным:

-остеоартрозом мелких и средних суставов, а также остеоартрозом крупных суставов без синовита, не нуждающимся в эндопротезировании, - после консультации врача-ревматолога;

-воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника и системными заболеваниями соединительной ткани вне обострения - по рекомендации врача-ревматолога;

-метаболическими заболеваниями суставов (подагра, псевдоподагра, охроноз и другие) - по рекомендации врача-ревматолога;

-хроническими ревматическими заболеваниями сердца (пороки) без признаков воспалительной активности;

-первичным остеопорозом (постменопаузальный и сенильный) - по рекомендации врача-ревматолога или другого врача-специалиста (п. 5 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»).

4. Отказ при наличии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи больным с ревматическими заболеваниями (подозрении, выявлении или обострении ревматических заболеваний), не требующей ее оказания в стационарных условиях, в направлении больного в кабинет врача-ревматолога медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

5. Отсутствие (не предоставление) при направлении больного к врачу-ревматологу врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) и врачами других специальностей выписки из медицинской документации больного, которая должна содержать диагноз заболевания (состояния), сведения о состоянии здоровья больного, проведенных диагностике и лечении с приложением результатов лабораторных, инструментальных и других видов исследований.

6. Отказ в направлении больного в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, при невозможности оказания медицинской помощи больному в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний.

7. Отказ в направлении больных на оказание специализированной медицинской помощи в федеральные государственные медицинские организации, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости

дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи, приведенном в приложении к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. № 243н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 мая 2010 г., регистрационный № 17175), а также при наличии у больного медицинских показаний в федеральных государственных медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 г. № 617 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 октября 2005 г., регистрационный № 7115) (п. 9 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»).

8. Отказ в направлении больных при наличии у них медицинских показаний на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. № 1689н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2012 г., регистрационный № 23164) (п. 10 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»).

9. Отказ в направлении больных с ревматическими заболеваниями при наличии медицинских показаний для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

10. Невыполнение Правил организации деятельности кабинета врача-ревматолога (приложение № 1 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»).

11. Отсутствие у врачебного персонала кабинета врача-ревматолога сертификата специалиста по специальности «ревматология» (п. 3 Правил организации деятельности кабинета врача-ревматолога).

12. Отсутствие предметов оборудования кабинета врача-ревматолога,

предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 3 к Порядку оказания медицинской помощи детям по профилю «ревматология»).

13. Невыполнение Правил организации деятельности ревматологического отделения (приложение № 4 к Порядку оказания медицинской помощи детям по профилю «ревматология»).

14. Отсутствие у врачебного персонала ревматологического отделения сертификата специалиста по специальности «ревматология» (п. 3 Правил организации деятельности ревматологического отделения).

15. Отсутствие предметов оборудования ревматологического отделения, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 6 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»).

16. Отсутствие в ревматологическом отделении кабинета терапии генно-инженерными биологическими препаратами.

17. Невыполнение Правил организации деятельности кабинета терапии генно-инженерными биологическими препаратами (приложение № 7 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»).

18. Отсутствие у врачебного персонала кабинета терапии генно-инженерными биологическими препаратами сертификата специалиста по специальности «ревматология» и отсутствие профессиональной подготовки по вопросам применения терапии генно-инженерными биологическими препаратами (п. 3 Приложения 7 Правил организации деятельности ревматологического отделения).

19. Отсутствие предметов оборудования кабинета терапии генно-инженерными биологическими препаратами, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 9 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»):

№	Наименование оборудования (оснащения)	Требуемое количество, шт.
9.	Монитор кардиологический (ЭКГ)	2
10.	Насос-дозатор инфузионный (регулятор инфузионный)	2
11.	Электрокардиограф многоканальный	1
12.	Дефибриллятор	1
13.	Набор для трахеотомии	1
14.	Аппарат дыхательный ручной	1

20. Невыполнение Правил организации деятельности центра медицинского ревматологического (приложение № 10 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»);

21. Отсутствие у врачебного персонала центра медицинского ревматологического сертификата специалиста по специальности «ревматология» (п. 3 Приложения 10 Правил организации деятельности ревматологического отделения).

22. Отсутствие предметов оборудования центра медицинского ревматологического, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 12 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»).

### **13. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Хирургия» в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 922н.**

1. Отказ в оказании медицинской помощи по профилю «хирургия» (далее - медицинская помощь) в виде:

-первичной медико-санитарной помощи;

-скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

-специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (п.2 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

2. Отказ в оказании медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) (п.3 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

3. Отказ в оказании первичной медико-санитарной помощи, предусматривающей профилактику, диагностику, лечение хирургических заболеваний и состояний, медицинскую реабилитацию, формирование здорового образа жизни населения (п.4 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

4. Неоказание врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом) первичной врачебной медико-санитарной помощи:

- отказ в направлении больного в кабинет врача-хирурга медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи при наличии медицинских показаний;

- оказание в оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи хирургического профиля врачом иной специальности чем «хирургия»;

- отказ в направлении больного в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «хирургия» при невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-

санитарной помощи и наличии медицинских показаний (п.5 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

5. Отказ в оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи больным, требующим срочного медицинского вмешательства (п.6 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

6. Отказ в оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной и неотложной форме в амбулаторных и стационарных условиях (п.8 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

Нарушения правил протоколирования обоснования формы оказания медицинской помощи по профилю «хирургия» (ч. 4 ст. 32 Закона РФ № 323-ФЗ) (п. 8 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»):

а) отсутствие формулирования повода для оказания экстренной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний хирургического профиля, представляющих угрозу жизни пациента (перечисление признаков угрозы для жизни);

б) отсутствие формулирования повода для оказания неотложной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний хирургического профиля без явных признаков угрозы жизни пациента (перечисление отсутствия явных признаков угрозы для жизни);

в) отсутствие хронологического признака (указания на время (час, минута) возникновения состояния, требующего экстренной или неотложной помощи, времени начала и окончания каждого медицинского вмешательства, времени начала изменений в состоянии пациента, появления или устранения признаков угрозы для жизни);

г) отсутствие формулирования повода для оказания плановой медицинской помощи - заболевания, обострения хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;

д) отсутствие журнала ожидания пациентом плановой медицинской помощи по отделению, оказывающему помощь хирургического профиля, а также записи в журнале о конкретной дате оказания плановой помощи, а также наличие свободных «более ранних» дат в журнале ожидания пациентом плановой медицинской помощи.

7. Отказ в оказании круглосуточной медицинской помощи при доставке бригадой скорой медицинской помощи больных с угрожающими жизни состояниями в медицинские организации, оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация» и «хирургия» (п.9 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

8. Отказ в переводе в хирургическое отделение медицинской организации для оказания специализированной медицинской помощи при наличии медицинских

показаний после устранения угрожающих жизни состояний (п.10 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

9. Отказ оказании в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включающей в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию врачами-хирургами в стационарных условиях и условиях дневного стационара (п.11 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

10. Отказ, при наличии медицинских показаний, в привлечении врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации (п.12 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

11. Отсутствие определения конкретной даты оказания плановой медицинской помощи по профилю «хирургия» (консультация, госпитализация, выполнение хирургического вмешательства и др.), отсрочка до которой (даты) гарантированно не повлечет за собой ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью больного, а также развитие рецидивов заболеваний хирургического профиля (п.13 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

12. Отказ в оказании медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» в медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, при наличии медицинских показаний как при самостоятельном обращении больного или совместно с его законным представителем, так и по направлению медицинского работника со средним медицинским образованием, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-терапевта, врача-хирурга медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, а также при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи (п.14 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

13. Отказ в переводе в медицинские учреждения, для оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения,



находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (п.15 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

14. Отказ, при наличии у больного медицинских показаний, в оказании высокотехнологичной медицинской помощи в направлении больного в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации (п.16 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

15. Отказ больным в направлении, при наличии медицинских показаний, для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации (п.17 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

II. Невыполнение медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь по профилю «хирургия» требований приложений № 1 - 9 к настоящему Порядку.

1.1. Нарушений правил организации деятельности кабинета врача-хирурга в части установления штатных нормативов, структуры и численности (приложение №2 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»), оснащения кабинета врача-хирурга (прил. №3 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

1.2. Невыполнение основных функций Кабинета врача-хирурга:

- оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с заболеваниями по профилю «хирургия»;
- диспансерное наблюдение и медицинская реабилитация больных с заболеваниями по профилю «хирургия»;
- проведение мероприятий по первичной профилактике развития заболеваний по профилю «хирургия», а также вторичной профилактике осложнений и прогрессирующего течения указанных заболеваний;
- решение организационных вопросов оказания медицинской помощи по профилю «хирургия»;
- направление больных с заболеваниями по профилю «хирургия» для оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинской организации;
- участие в отборе больных для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а также учет лиц, ожидающих и получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «хирургия»;
- участие в организации и проведении диспансеризации прикрепленного населения;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством (п.7 прил. №1 Порядка оказания

медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

2.1. Нарушение правил организации деятельности хирургического дневного стационара в части назначения заведующего (п.2 прил. №4 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»), структуры и численности персонала хирургического дневного стационара (п.п. 4,5 прил. №4 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

2.2. Невыполнение стандарта оснащения хирургического дневного стационара в соответствии со стандартом оснащения хирургического дневного стационара, предусмотренным приложением № 6 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия», утвержденному настоящим приказом.

-отсутствие в оснащении хирургического дневного стационара (за исключением операционной (операционного блока) наряду с оборудованием перечисленными в п.п.1-36 приложения №6 следующего оборудования:

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
32.	Монитор прикроватный, включающий: - контроль частоты сердечных сокращений; - контроль частоты дыхания; - контроль насыщения гемоглобина кислородом (пульсоксиметрия)	не менее 1
35.	Укладка для оказания экстренной медицинской помощи при анафилактическом шоке	не менее 1

- отсутствие в оснащении операционной (операционного блока) наряду с оборудованием перечисленными в п.п.1-46 приложения №6 следующего оборудования:

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
15.	Монитор операционный, включающий: - неинвазивное измерение артериального давления (с интервалом от 1 до 15 мин.); - контроль частоты сердечных сокращений; - контроль электрокардиограммы; - контроль насыщения гемоглобина кислородом (пульсоксиметрия); - контроль CO <sub>2</sub> в конечновыдыхаемом газе; - контроль O <sub>2</sub> в дыхательном контуре; - контроль термометрии; - контроль частоты дыхания	Не менее 1 на операционный стол

23.	Ультразвуковой сканер с датчиками для интраоперационной диагностики <***>	не менее 1
24.	Мобильный рентгеновский аппарат с электронно-оптическим преобразователем или мобильный рентгеновский аппарат С-дуга с возможностью рентгеноскопии, оснащенный монитором и принтером <***>	не менее 1
29.	Укладка для оказания экстренной медицинской помощи при анафилактическом шоке	не менее 1

### 2.3. Невыполнение основных функций хирургического дневного стационара:

- оказание медицинской помощи больным по профилю «хирургия» в случаях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи;

- наблюдение больных, которым была оказана медицинская помощь по профилю «хирургия» в стационарных условиях;

- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, ведение которых предусмотрено законодательством (п.8 прил. №4 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

### 2.4. Отказ, в переводе больного, при наличии медицинских показаний для оказания медицинской помощи, требующей круглосуточного медицинского наблюдения, а также при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований из хирургического дневного стационара для оказания медицинской помощи по профилю «хирургия» в стационарных условиях (п.9 прил. №4 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

### 3.1. Нарушение правил организации деятельности хирургического дневного отделения в части назначения заведующего (п.4 прил. №7 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»), структуры и численности персонала хирургического дневного стационара (п.5 прил. №7 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»).

### 3.2. Невыполнение стандарта оснащения хирургического дневного стационара в соответствии со стандартом оснащения хирургического дневного стационара, предусмотренным Приложением №9 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия», утвержденному настоящим приказом.

-отсутствие в оснащении хирургического дневного стационара (за исключением операционной (операционного блока)) наряду с оборудованием перечисленными в п.п.1-36 приложения №9 следующего оборудования:

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
15.	Монитор операционный, включающий: - неинвазивное измерение артериального давления (с интервалом от 1 до 15 мин.); - контроль частоты сердечных сокращений; - контроль электрокардиограммы; - контроль насыщения гемоглобина кислородом (пульсоксиметрия); - контроль СО2 в конечновыдыхаемом газе; - контроль О2 в дыхательном контуре; - контроль термометрии; - контроль частоты дыхания	не менее 1 на операционный стол
23.	Ультразвуковой сканер с датчиками для интраоперационной диагностики <***>	не менее 1
24.	Мобильный рентгеновский аппарат с электронно-оптическим преобразователем или мобильный рентгеновский аппарат С-дуга с возможностью рентгеноскопии, оснащенный монитором и принтером <*>	не менее 1
29.	Укладка для оказания экстренной медицинской помощи при анафилактическом шоке	не менее 1

### 3.3. Невыполнение таких функций хирургического отделения как:

- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, путем выполнения операций с применением хирургических (в том числе микрохирургических) методов на основе стандартов медицинской помощи;
- подготовка и проведение диагностических процедур в стационарных условиях;
- осуществление реабилитации больных с заболеваниями по профилю «хирургия» в стационарных условиях;
- осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;
- оказание консультативной помощи врачам-специалистам других подразделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболеваний и патологических состояний, нуждающихся в лечении методами хирургии;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление в установленном порядке отчетов о деятельности Отделения, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

#### **14. Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи населению по профилю «Травматология и ортопедия» в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 901н.**

1. Нарушение Порядка, устанавливающего правила оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия» в медицинских организациях (далее - медицинская помощь).

1. Отказ в оказании медицинской помощи в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (п.2 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

2. Неоказание медицинской помощи в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) (п.3 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

3. Неоказание первичной медико-санитарной помощи, включающей:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, фельдшером;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом);
- первичную специализированную медико-санитарную помощь оказывается врачом-травматологом-ортопедом, а в случае его отсутствия - врачом-хирургом.

Отказ врача-терапевта участкового (врачи общей практики (семейные врачи), фельдшеры) или врача-хирурга при наличии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи, не требующей ее оказания в стационарных условиях, в направлении больного в кабинет травматологии и ортопедии медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Невыполнение врачами-травматологами-ортопедами стандартов оказания неотложной медицинской при самостоятельном обращении больных с травмами и острыми заболеваниями костно-мышечной системы в кабинеты неотложной травматологии и ортопедии.

Отказ в оказании первичной специализированная медико-санитарная помощь в хирургических кабинетах в случае отсутствия кабинета травматологии и ортопедии в медицинской организации

Оказание медицинской помощи при выявлении онкологического заболевания

травматологического или ортопедического профиля, не требующего комбинированного и (или) сочетанного лечения, врачом-травматологом-ортопедом, не прошедшим профессиональную переподготовку по специальности «Онкология».

Отказ в направлении больного в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь при невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний) (п.5 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

4. Неоказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи больным, требующим срочного медицинского вмешательства, фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи травматологического и ортопедического профиля, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. № 179 ) (п.6 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

5. Неоказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации (в амбулаторных и стационарных условиях) (п.8 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

6. Доставка бригадой скорой медицинской помощи больных с угрожающими жизни состояниями в медицинские организации, не оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия» или «хирургия», «анестезиология и реанимация») (п.9 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

7. Отказ в переводе в отделение травматологии и ортопедии или хирургическое отделение медицинской организации для оказания специализированной медицинской помощи при наличии медицинских показаний после устранения угрожающих жизни состояний) (п.10 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

8. Неоказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи врачами-травматологами-ортопедами в стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также в хирургическом отделении, имеющем в своем составе травматолого-ортопедические койки, в состояниях, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи врачами иных специальностей, чем врачи-травматологи-ортопеды, с привлечением привлечением врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства

здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н. (п.п.11, 12 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

9. Отказ в оказании медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, при наличии медицинских показаний при самостоятельном обращении больного, поступивших по направлению фельдшера, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-хирурга, врача-травматолога-ортопеда медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, а также при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи) (п.14 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

10. Неоказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций (п. 15. Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

11. Отказ больным с последствиями травм и заболеваний костно-мышечной системы при наличии медицинских показаний в направлении для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации (п.16 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

II. Несоблюдение медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь, требований и рекомендаций изложенных в приложениях №1 - 16 к настоящему Порядку.

Медицинские организации, в структуре которых создается отделение травматологии и ортопедии, дополнительно оснащают операционную (операционный блок), входящую в структуру медицинской организации, в соответствии с приложением № 10 к настоящему Порядку.

1.1. Невыполнение правил, устанавливающих порядок организации деятельности кабинета травматологии и ортопедии, который являющегося структурным подразделением медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь в части требований к назначению на должность врача-травматолога-ортопеда (прил. 1 Порядка оказания



медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия»), структуры и штатной численности Кабинета (прил.2, оснащения Кабинета (прил. 3 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия»).

1.2. Структура и штатная численность Кабинета устанавливаются руководителем медицинской организации исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов ( прил. № 2 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия»).

1.3. Невыполнение таких функций кабинета как:

- оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы по профилю «травматология и ортопедия»;

- диспансерное наблюдение и медицинская реабилитация больных с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы по профилю «травматология и ортопедия»;

- направление больных с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы по профилю «травматология и ортопедия» для оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинской организации;

- участие в отборе больных для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а также учет лиц, ожидающих и получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия»;

- участие в организации и проведении диспансеризации прикрепленного населения;

- внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения больных с последствиями травм и заболеваниями костно-мышечной системы;

ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством (прил. 2 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

2.1. Невыполнение правил, устанавливающих порядок организации деятельности дневного стационара по профилю «травматология и ортопедия» медицинской организации (далее - Дневной стационар), является структурным подразделением медицинской организации, и организованного для осуществления медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия» при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, части структуры и штатной численности (прил.5, квалификационных требований к назначению на должность заведующего дневным стационаром ( п.5 прил. 4 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

2.2. Невыполнение стандарта оснащения Дневного стационара, предусмотренного

приложением № 6 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия»:

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
7.	Кровати функциональные	не менее 50% от всех коек
20.	Ультразвуковая мойка	1
21.	Облучатель-рециркулятор воздуха ультрафиолетовый	По количеству помещений
22.	Шкаф для инструментов	1
23.	Шкаф для медикаментов	1
24.	Шкаф медицинский для расходного материала	1
25.	Монитор с функциями электрокардиографа, измерения артериального давления, пульсоксиметрии, капнографии, контроля частоты дыхательных сокращений	по требованию
26.	Дефибриллятор-монитор со встроенным кардиостимулятором	1
29.	Контейнер (емкость) для предстерилизационной очистки, дезинфекции и стерилизации медицинских изделий	3
32.	Аппарат дыхательный ручной	1
33.	Аппарат дыхательный ручной с баллоном	1
34.	Аппарат наркозно-дыхательный (для ингаляционного наркоза)	по требованию
35.	Аппарат рентгенотелевизионный передвижной хирургический с С-дугой	по требованию
36.	Комплект рентгензащиты (фартук, шапочка, очки, ширма большая)	по требованию
37.	Столик анестезиолога	по требованию
38.	Ларингоскоп светодиодный	1
39.	Бронхофиброскоп (бронхоскоп гибкий) с осветителем и отсасывателем	по требованию
40.	Аппарат для фильтрации реинфузируемой крови	по требованию
41.	Стойка (штатив) для инфузионных систем	не менее 4

49.	Набор инструментов для первичной хирургической обработки	3
50.	Набор инструментов при повреждениях сухожилий	2
51.	Набор инструментов при переломах костей кисти и стоп	3
52.	Набор спиц разного диаметра и размера	по требованию
53.	Набор винтов разного диаметра и размера для остеосинтеза	по требованию
54.	Набор канюлированных винтов разного диаметра и размера для остеосинтеза	по требованию
55.	Набор пластин разного типа и размера для накостного остеосинтеза	20
56.	Набор стержней разного типа и размеров для внутрикостного остеосинтеза	10
57.	Набор аппаратов (спицевых и стержневых) разного типа и размера для чрезкожного остеосинтеза костей таза	20
58.	Навигационная система для интрамедуллярного остеосинтеза	по требованию
59.	Набор инструментов для выполнения ортопедических операций	3
60.	Детский ортопедический набор пластин	15
61.	Артроскопическая стойка	по требованию
62.	Артроскопический набор для мелких суставов	по требованию
63.	Артроскопический набор для локтевого, плечевого и коленного суставов	по требованию
64.	Набор инструментов для операций на стопе	2
65.	Антистеплер для снятия скоб (швов)	2
66.	Укладка «АнтиСПИД»	1
67.	Укладка для оказания экстренной медицинской помощи при анафилактическом шоке	1

### 2.3. Невыполнение дневным стационаром следующих функций:

- оказание медицинской помощи больным с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы, не требующими круглосуточного медицинского наблюдения, на основе утвержденных стандартов медицинской помощи;
- наблюдение больных, которым была оказана медицинская помощь по профилю «травматология и ортопедия» в стационарных условиях;
- внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации больных с последствиями травм и заболеваниями костно-мышечной системы;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, ведение которых предусмотрено законодательством (п.7. прил.4 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

2.4. Отказ в переводе в стационар при наличии медицинских показаний для оказания медицинской помощи, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, а также при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в условиях Дневного стационара.

3.1. Невыполнение правил, устанавливающих порядок организации деятельности отделения травматологии и ортопедии, которое является структурным подразделением медицинской организации (далее - Отделение), в части назначения на должность заведующего Отделением и врача-травматолога-ортопеда 3. Отделение возглавляет заведующий, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, в составе которой создано Отделение (п.4. прил. 7 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»), структуры и штатной численности Отделения (прил. №8 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

### 3.2. Невыполнение отделением следующих функций:

- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия» с применением консервативных и (или) хирургических (в том числе микрохирургических) методов лечения на основе утвержденных стандартов медицинской помощи;
- оказание консультативной помощи врачам других подразделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения больных с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы;
- разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы и снижение больничной летальности от травм и болезней костно-мышечной системы;
- освоение и внедрение в клиническую практику современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством (п.8 прил. №8 Порядка оказания

медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

3.3. Оснащение Отделения осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложениями № 9,10 Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия», утвержденному настоящим приказом.

**СТАНДАРТ  
ОСНАЩЕНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИИ  
И ОРТОПЕДИИ**

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
17.	Набор силовых инструментов для операций (дрель, осцилляторная пила, трепан)	1
18.	Столик инструментальный	2
19.	Контейнер (емкость) для предстерилизационной очистки, дезинфекции и стерилизации медицинских изделий	3
20.	Комплект для сбора и сортировки медицинских отходов	2
21.	Холодильник медицинский	не менее 1
22.	Сплит система кондиционирования воздуха (при отсутствии централизованной системы)	не менее 1
23.	Стойка (штатив) для инфузионных систем	не менее 7
24.	Монитор с функциями электрокардиографа, измерения артериального давления, пульсоксиметрии, капнографии, контроля частоты дыхательных сокращений	1
25.	Дефибриллятор-монитор со встроенным кардиостимулятором	1
26.	Анализатор кислотно-основного равновесия крови	по требованию
27.	Аппарат дыхательный ручной	1
28.	Аппарат дыхательный ручной с баллоном	1
29.	Ларингоскоп светодиодный	2
30.	Устройство для разрезания гипсовых повязок (нож, ножницы, фреза)	1
31.	Стол гипсовочный	1

32.	Стерилизатор для инструментов	3
33.	Стерилизатор для инструментов электрический (суховоздушный шкаф)	по требованию
34.	Подушка кислородная с эбонитовой воронкой	1
35.	Медицинский инструментарий	по требованию
36.	Набор инструментов для первичной хирургической обработки	3
37.	Шины Беллера для скелетного вытяжения	20
38.	Набор грузов для скелетного вытяжения	20
39.	Набор спиц разного диаметра и размера	не менее 10
40.	Антистеплер для снятия скоб (швов)	2

**СТАНДАРТ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОСНАЩЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ (ОПЕРАЦИОННОГО  
БЛОКА) МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, В СТРУКТУРЕ КОТОРОЙ  
СОЗДАЕТСЯ ОТДЕЛЕНИЕ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ**

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
13.	Набор силовых инструментов для операций (дрель, осцилляторная пила, трепан)	2
14.	Ультразвуковая мойка	1
15.	Облучатель-рециркулятор воздуха ультрафиолетовый	по количеству помещений
16.	Шкаф для инструментов	не менее 1
17.	Шкаф для медикаментов	не менее 1
18.	Шкаф медицинский для расходного материала	не менее 1
19.	Монитор с функциями электрокардиографа, измерения артериального давления, пульсоксиметрии, капнографии, контроля частоты дыхательных сокращений	1
20.	Дефибриллятор-монитор со встроенным кардиостимулятором	1
21.	Холодильник медицинский	не менее 2
22.	Столик инструментальный	2
23.	Контейнер (емкость) для предстерилизационной очистки, дезинфекции и стерилизации медицинских изделий	3

24.	Комплект для сбора и сортировки медицинских отходов	2
25.	Анализатор кислотно-основного равновесия крови	по требованию
26.	Аппарат дыхательный ручной	1
27.	Аппарат дыхательный ручной с баллоном	1
28.	Аппарат наркозно-дыхательный (для ингаляционного наркоза)	1
29.	Аппарат рентгенотелевизионный передвижной хирургический с С-дугой	по требованию
30.	Комплект рентгензащиты (фартук, шапочка, очки, ширма большая)	по требованию
31.	Столик анестезиолога	2
32.	Ларингоскоп светодиодный	2
33.	Бронхофиброскоп (бронхоскоп гибкий) с осветителем и отсасывателем	1
34.	Аппарат для фильтрации реинфузируемой крови	по требованию
35.	Стойка (штатив) для инфузионных систем	не менее 2
36.	Инфузомат	1
37.	Сплит система кондиционирования воздуха (при отсутствии централизованной системы)	не менее 1
38.	Стерилизатор для инструментов	3
39.	Стерилизатор для инструментов электрический (суховоздушный шкаф)	по требованию
40.	Подушка кислородная с эбонитовой воронкой	1
41.	Медицинский инструментарий	по требованию
42.	Набор травматологический большой для оказания скорой помощи	2
43.	Набор инструментов при повреждениях сухожилий	2
44.	Набор инструментов при переломах костей кисти и стоп	3
45.	Набор инструментов для скелетного вытяжения	20
46.	Шины Беллера для скелетного вытяжения	20
47.	Набор грузов для скелетного вытяжения	20
48.	Набор спиц разного диаметра и размера	не менее 20



49.	Набор винтов разного диаметра и размера для остеосинтеза	не менее 20
50.	Набор канюлированных винтов разного диаметра и размера для остеосинтеза	не менее 20
51.	Набор пластин разного типа и размера для накостного остеосинтеза	не менее 30
52.	Набор стержней разного типа и размеров для внутрикостного остеосинтеза	не менее 20
53.	Набор аппаратов (спицевых и стержневых) разного типа и размера для чрезкожного остеосинтеза костей таза	не менее 20
54.	Набор инструментов при переломах костей таза	по требованию
55.	Набор пластин разного типа и размера для накостного остеосинтеза костей таза	не менее 10
56.	Набор аппаратов (стержневых) разного типа и размера для чрезкостного остеосинтеза костей таза	не менее 5
57.	Навигационная система для интрамедуллярного остеосинтеза	1
58.	Набор инструментов для трепанации черепа	не менее 1
59.	Набор инструментов для декомпрессивной ламинэктомии	2
60.	Набор инструментов при переломах тел позвонков	3
61.	Набор инструментов для выполнения ортопедических операций	3
62.	Детский ортопедический набор пластин	15
63.	Набор инструментов для эндопротезирования суставов	по требованию
64.	Наборы эндопротезов разного типа и размеров для эндопротезирования различных суставов	по требованию
65.	Артроскопическая стойка	по требованию
66.	Артроскопический набор для мелких суставов	по требованию
67.	Артроскопический набор для локтевого, плечевого и коленного суставов	по требованию
68.	Артроскопический набор для тазобедренного сустава	по требованию

69.	Набор инструментов при операциях на позвоночнике	по требованию
70.	Набор инструментов для операций на стопе	1
71.	Набор инструментов для микрохирургических операций	по требованию
72.	Операционный микроскоп	по требованию

4.1. Невыполнение правил, устанавливающих порядок организации деятельности кабинета неотложной травматологии и ортопедии (Травмпункт), который является структурным подразделением медицинской организации, созданного для осуществления неотложной медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия» в части назначения заведующего (п.3,4 прил.11 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия») структуры и штатной численности (прил.12 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

4.2. Невыполнение требования о «круглосуточной» работе Травмпункта (п.6. прил. 11 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

4.3. Оснащение Травмпункта осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением № 13 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия», утвержденному настоящим приказом.

4.4. Отсутствие отдельного входа, оборудованного пандусами.

4.5. Невыполнение основных функций Травмпункта:

- обеспечение диагностической и лечебной помощи больным с травмами и острыми заболеваниями костно-мышечной системы, обратившихся для оказания неотложной медицинской помощи (п.8. прил.11 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

4.6. Направление больных с травмами и острыми заболеваниями костно-мышечной системы по профилю «травматология и ортопедия» для оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинской организации.

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
6.	Весы медицинские	1
7.	Ростомер	1
8.	Угломер складной	1
9.	Шина транспортная для нижних конечностей	1
10.	Шина проволочная для верхних и нижних конечностей	2

11.	Шина для фиксации кисти и пальцев	3
12.	Шина для лечения переломов ключицы у детей	1
13.	Деротационная шина	2
14.	Аппарат для репозиции костей предплечья	по требованию
15.	Аппарат для репозиции лодыжек и пяточной кости	по требованию
16.	Набор силовых инструментов для операций (дрель, осцилляторная пила, трепан)	1
17.	Набор спиц разного диаметра и размера	2
18.	Устройство для разрезания гипсовых повязок (нож, ножницы, фреза)	1
19.	Антистеплер для снятия скоб (швов)	1
20.	Стерилизатор для инструментов	не менее 1
21.	Стерилизатор для инструментов электрический (суховоздушный шкаф)	по требованию
22.	Подушка кислородная с эбонитовой воронкой	1
23.	Облучатель ультрафиолетовый бактерицидный для помещений	по количеству помещений
24.	Измеритель артериального давления, сфигмоманометр	1
25.	Укладка для оказания экстренной медицинской помощи при анафилактическом шоке	1

5.1. Невыполнение правил, устанавливающих порядок организации деятельности поликлинического отделения по профилю «травматология и ортопедия», которое является структурным подразделением медицинской организации (далее - поликлиническое отделение), в части назначения заведующего (п.2,3 прил. 14. Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»), структуры и штатной численности поликлинического отделения (прил.15. Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

5.2. Невыполнение Поликлиническим отделением следующих функций:

- оказание специализированной медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия» с применением консервативных и (или) хирургических (в том числе микрохирургических) методов лечения на основе утвержденных стандартов медицинской помощи;

- оказание консультативной помощи врачам других подразделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения больных с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы в случае, если является структурным подразделением медицинской организации;

- определение рекомендаций по дальнейшему лечению в амбулаторных и стационарных условиях медицинских организаций;
- разработку и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы от травм и болезней костно-мышечной системы;
- освоение и внедрение в клиническую практику современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных;
- проведение диспансерного наблюдения больных с последствиями травм и заболеваниями костно-мышечной системы;
- проведение диспансеризации больных после эндопротезирования суставов и больных с остеопорозом;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством (п.8. прил.15 Порядка оказания медицинской помощи больным (взрослым и детям) по профилю «травматология и ортопедия»).

5.3. Оснащение поликлинического отделения осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением № 16 Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия», утвержденному настоящим приказом.

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
8.	Ростомер	по количеству кабинетов
9.	Угломер складной	по количеству кабинетов
10.	Шина транспортная для нижних конечностей	2
11.	Шина проволочная для верхних и нижних конечностей	2
12.	Шина для фиксации кисти и пальцев	5
13.	Шина для лечения переломов ключицы у детей	2
14.	Антистеплер для снятия скоб (швов)	1
15.	Облучатель ультрафиолетовый бактерицидный для помещений	по количеству помещений

### **15. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи населению по профилю «Неонатология» в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 921н.**

1. Нарушения правил протоколирования обоснования формы оказания медицинской помощи по профилю «Неонатология» (ч. 4 ст. 32 Закона РФ № 323-ФЗ и п. 8-11, 17, 19, 23-25, 27 Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология»):

- 1) отсутствие формулирования повода для оказания экстренной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, травмы и ее осложнений, состояния, обострения хронических заболеваний по профилю «неонатология», представляющих угрозу жизни новорожденного (перечисление признаков угрозы для жизни);
  - 2) отсутствие формулирования повода для оказания неотложной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, состояния, травмы и ее осложнений, обострения хронических заболеваний по профилю «неонатология» без явных признаков угрозы жизни новорожденного (перечисление отсутствия явных признаков угрозы для жизни);
  - 3) отсутствие хронологического признака (указания на время (час, минуты) возникновения состояния, требующего экстренной или неотложной помощи, времени начала и окончания каждого медицинского вмешательства, времени начала изменений в состоянии новорожденного, появления или устранения признаков угрозы для жизни);
  - 4) отсутствие формулирования повода для оказания плановой медицинской помощи - заболевания, состояния, травмы и ее последствий, обострения хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни новорожденного, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния новорожденного, угрозу его жизни и здоровью.
2. Отказ в оказании мероприятий первичной медико-санитарной помощи по профилактике болезней, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, санитарно-гигиеническому просвещению родителей новорожденных (п. 4 Порядка).
  3. Доставка бригадой скорой медицинской помощи в первые часы жизни ребенка, родившегося вне медицинской организации и нуждающегося в интенсивном лечении, в медицинские организации, **не оказывающие** медицинскую помощь педиатрического или неонатологического профиля в стационарных условиях или, в случае рождения вне медицинской организации ребенка, не нуждающегося в интенсивном лечении, - в медицинскую организацию, **не оказывающую** медицинскую помощь акушерского профиля в стационарных условиях (п. 9 Порядка).
  4. Непроведение, несвоевременное или ненадлежащее проведение процедур/манипуляций по уходу за новорожденным, в том числе направленных на поддержку грудного вскармливания и профилактики гипотермии при рождении здорового доношенного ребенка или несвоевременный перевод новорожденного с матерью в послеродовое отделение (п.11 Порядка).
  5. Отсутствие или ненадлежащее исполнение требований динамического наблюдения в течение первых суток жизни новорожденного медицинской сестрой (с интервалом, превышающим **3-3,5 часов**), направленного на оценку состояния и при необходимости оказания ему медицинской помощи или отсутствие протоколирования результатов данных осмотров в медицинской документации

новорожденного (п. 12 Порядка).

6. Отсутствие или ненадлежащее исполнение требований ежедневного динамического наблюдения новорожденного врачом-неонатологом (при ухудшении его состояния с такой частотой, которая определена медицинскими показаниями, **но не реже одного раза в 3 часа**) или отсутствие протоколирования результатов данных осмотров в медицинской документации новорожденного (п. 13 Порядка).

7. Нарушение требований к проведению профилактических прививок согласно приказу Минздрава России от 21.03.2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (зарегистрировано в Минюсте России 25.04.2014 г. № 32115) в стационарных условиях медицинской организации акушерского профиля, в том числе, отсутствие добровольного информированного согласия родителей на проведение профилактических прививок новорожденным, оформленного по рекомендуемому образцу добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 26 января 2009 г. № 19н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 апреля 2009 г., регистрационный № 13846) и/или отсутствие надлежащего протоколирования информации о проведенных профилактических прививках в медицинской документации новорожденного (п. 14 Порядка).

8. Непроведение забора крови у новорожденного для неонатального скрининга в сроки, установленные приказом Минздравсоцразвития России от 22 марта 2006 г. № 185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания» (по заключению Минюста России в государственной регистрации не нуждается - письмо Минюста России от 5 мая 2006 г. № 01/3704-ЕЗ) в медицинской организации акушерского, неонатологического или педиатрического профиля, а также непроведение аудиологического скрининга перед выпиской новорожденного или отсутствие протоколирования информации о проведенных неонатальном и аудиологическом скринингах в медицинской документации новорожденного (п. 15 Порядка).

9. Ненадлежащее проведение первичной реанимации новорожденному в части необеспечения присутствия при родах, происходящих в медицинской организации акушерского профиля, врача-неонатолога, а в его отсутствие - акушерки или медицинской сестры, имеющих специальные знания, навыки и набор оборудования, а также, при проведении сердечно-легочной реанимации новорожденному - отсутствие в составе бригады не менее двух медицинских работников с высшим или со средним медицинским образованием в помощь врачу-неонатологу или медицинскому работнику со средним медицинским образованием (акушерка, медицинская сестра), который ее проводит (п. 17 Порядка) (поименование и подписи всех должностных лиц, участвующих в оказании медицинской помощи новорожденному в медицинской документации).

10. Непроведение или отсутствие протоколирования в медицинской документации

результатов консилиума в составе заведующего отделением реанимации и интенсивной терапии для новорожденных медицинской организации акушерского профиля и заведующего аналогичным отделением медицинской организации неонатологического или педиатрического профиля в целях установления сроков перевода новорожденного в случаях проведения длительной искусственной вентиляции легких (более 6 суток) (п. 19 Порядка).

11. Отсутствие консультации (или фиксации вызова) выездной реанимационной бригады из реанимационно-консультативного блока отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных перинатального центра или медицинской организации неонатологического или педиатрического профиля при отсутствии в медицинской организации акушерского профиля отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (п. 21 Порядка).

12. Перевод новорожденного в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных перинатального центра или медицинской организации неонатологического или педиатрического профиля из медицинской организации акушерского профиля и транспортировка новорожденного до достижения стабилизации его состояния или отсутствие надлежащего протоколирования информации о принятии решения о возможности перевода (транспортировки) новорожденного заведующим отделением (дежурным врачом отделения) медицинской организации акушерского профиля и ответственным врачом выездной реанимационной бригады реанимационно-консультативного блока отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных перинатального центра или медицинской организации неонатологического или педиатрического профиля (п. 22 Порядка).

13. Несвоевременный перевод или отказ в переводе новорожденного в детское хирургическое отделение медицинской организации при подозрении и (или) выявлении у новорожденного острой хирургической патологии (п. 23 Порядка).

14. Несвоевременный перевод или отказ в переводе новорожденного в инфекционное отделение (койки) медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детям при выявлении у новорожденного инфекционных заболеваний, представляющих эпидемическую опасность (п. 24 Порядка).

15. Наблюдение, обследование и лечение новорожденного в той же медицинской организации, в которой он родился, при выявлении у него заболеваний, которые излечиваются в сроки, превышающие **10 суток**, или заболеваний, представляющих эпидемическую опасность для окружающих или наблюдение, обследование и лечение новорожденного в той же медицинской организации, в которой он родился, при выявлении у него заболеваний, которые излечиваются в сроки **не более 10 суток**, при отсутствии в ней условий для диагностики и лечения данного заболевания (п. 25 Порядка).

16. Отказ в привлечении врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства

здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 февраля 2011 г. № 94н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 марта 2011 г., регистрационный № 20144) при наличии медицинских показаний (п. 26 Порядка).

17. Отказ в переводе новорожденного, не нуждающегося в проведении реанимационных мероприятий, из медицинской организации акушерского профиля в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей медицинской организации педиатрического профиля или в детское отделение по профилю заболевания («детская хирургия», «детская кардиология», «сердечнососудистая хирургия», «неврология») при наличии медицинских показаний (п. 27 Порядка).

18. Невыполнение требований Порядка направления граждан РФ в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Минздрава России, или нарушение правил протоколирования при направлении в федеральные государственные медицинские организации, находящиеся в ведении Минздрава России, для получения специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи, при:

- необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания;

- отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения;

- высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний;

- необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у детей с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями;

- необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи, приведенном в приложении к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 16 апреля 2010 г. № 243н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 мая 2010 г. № 17175), а также при наличии у больного медицинских показаний

- в федеральных государственных медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 г. № 617



(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 октября 2005 г. № 7115) (п. 15 Порядка).

19. Невыполнение требований Порядка направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «неонатология», в том числе отказ в направлении новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, при наличии у него медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (п. 29 Порядка).

20. Отсутствие в первичной медицинской документации протокола о наличии или отсутствии у больного медицинских показаний для направления его в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь (п. 29 Порядка).

21. Отказ в проведении обезболивания в случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием неонатологической медицинской помощи, может повлечь возникновение болевых реакций у новорожденного (п. 19 Порядка).

22. Наличие признаков не соответствия квалификации специалистов Отделения новорожденных требованиям, предъявляемым Квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. № 415н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июля 2009 г., регистрационный № 14292), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 декабря 2011 г. № 1644н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 апреля 2012 г., регистрационный № 23879), по специальности «неонатология» (п. 4 Правил организации деятельности Отделения новорожденных, приложение 1 к Порядку).

23. Отсутствие предметов оборудования согласно Стандарту оснащения, предусмотренному приложением № 3 к Порядку.

24. Несоблюдение требований выполнения основных функций Отделения новорожденных, а именно:

- отказ в медицинском уходе за новорожденными;
- отказ в оказании медицинской помощи, включая организацию и проведение первичной реанимации новорожденного;
- отказ в организации и обеспечении совместного пребывания матери и новорожденного;
- непроведение или несвоевременное/ненадлежащее проведение мероприятий по поддержке грудного вскармливания;
- непроведение или несвоевременное/ненадлежащее проведение лечебно-профилактических мероприятий новорожденным;
- непроведение или несвоевременное/ненадлежащее проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий;
- непроведение или несвоевременное/ненадлежащее проведение профилакти-

ческих прививок;

-непроведение или несвоевременное/ненадлежащее проведение неонатального скрининга на выявление наследственных заболеваний и аудиологического скрининга;

- непроведение санитарно-просветительной работы с матерями и родственниками новорожденных;

- ненадлежащее ведение учетной и отчетной медицинской документации, представление отчетов о деятельности Отделения в установленном порядке (п. 9 Правил организации деятельности Отделения новорожденных, приложение 1 к Порядку).

25. Несоответствие количества послеродовых коек Отделения новорожденных в медицинских организациях акушерского и неонатологического профиля **числу послеродовых коек плюс 10%** (п. 12 Правил организации деятельности Отделения новорожденных, приложение 1 к Порядку).

26. Отсутствие организованного поста (палаты) интенсивной терапии для проведения непрерывного наблюдения новорожденных и оказания им медицинской помощи, под который отводится **10% коек Отделения**, в медицинских организациях акушерского профиля, в структуре которых отсутствует отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (п. 13 Правил организации деятельности Отделения новорожденных, приложение 1 к Порядку).

27. Отказ в переводе новорожденного в профильное отделение перинатального центра или медицинских организаций неонатального или педиатрического профиля при необходимости проведения интенсивной терапии **более 10 суток** (п. 13 Правил организации деятельности Отделения новорожденных, приложение 1 к Порядку).

28. Наличие признаков не соответствия квалификации специалистов Отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (далее – Отделение РИТ) требованиям, предъявляемым Квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н:

- для заведующего Отделением - по специальности «неонатология» и наличием профессиональной переподготовки по специальности «анестезиология-реаниматология»;

- для врача-анестезиолога-реаниматолога - по специальности «анестезиология-реаниматология» и наличием подготовки по вопросам интенсивной терапии новорожденных (п. 4 Правил организации деятельности отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, утв. Приложением 4 к Порядку).

29. Отсутствие предметов оборудования согласно Стандарту оснащения Отделения РИТ, предусмотренному приложением № 6 к Порядку (п. 6 Правил организации деятельности отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, утв. Приложением 4 к Порядку).

30. Несоблюдение требований выполнения основных функций Отделения РИТ, а именно:

- отказ в оказании или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества новорожденным любого гестационного возраста с тяжелыми нарушениями функции жизненно важных органов, декомпенсированными метаболическими и эндокринными нарушениями, хирургической патологией (до момента перевода в детское хирургическое отделение);

- отказ или ненадлежащее проведение интенсивного наблюдения и интенсивного лечения при угрожающих жизни состояниях у новорожденных, поступающих из структурных подразделений медицинской организации или доставленных в медицинскую организацию;

- отказ в проведении реанимационных мероприятий новорожденным в профильных подразделениях медицинской организации;

- отсутствие мониторинга в круглосуточном режиме состояния новорожденных, находящихся в тяжелом состоянии в медицинских организациях;

- отказ в консультативной и лечебной помощи новорожденным, находящимся в тяжелом состоянии;

- отказ в осуществлении транспортировки по медицинским показаниям новорожденных в отделении реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, при необходимости - проведение мероприятий для стабилизации состояния новорожденного в медицинских организациях акушерского, неонатологического и педиатрического профилей перед транспортировкой;

- непроведение или несвоевременное/ненадлежащее проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий;

- непроведение санитарно-просветительной работы с матерями и родственниками новорожденных и оказание им психологической поддержки;

- ненадлежащее ведение учетной и отчетной медицинской документации, представление отчетов о деятельности Отделения в установленном порядке (п. 9 Правил организации деятельности Отделения РИТ, приложение 4 к Порядку).

31. Отказ в переводе или несвоевременный перевод детей из Отделения РИТ при наличии медицинских показаний в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей медицинской организации или в детское хирургическое отделение по профилю заболевания после стабилизации их состояния (п. 9 Правил организации деятельности Отделения РИТ, приложение 4 к Порядку).

32. Наличие признаков не соответствия квалификации специалистов Отделения патологии новорожденных и недоношенных детей медицинской организации акушерского, неонатологического и педиатрического профиля (далее – Отделение патологии новорожденных), оказывающей медицинскую помощь, требованиям, предъявляемым Квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. № 415н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июля 2009 г.,

регистрационный № 14292), по специальности «неонатология» (п. 4 Правил организации деятельности Отделения патологии новорожденных, приложение 7 к Порядку).

33. Отсутствие предметов оборудования согласно Стандарту оснащения Отделения патологии новорожденных, предусмотренному 9 к Порядку (п. 6 Правил организации деятельности Отделения патологии новорожденных, утв. Приложением 7 к Порядку).

34. Несоблюдение требований выполнения основных функций Отделения патологии новорожденных, а именно:

- отказ, несвоевременное или ненадлежащее оказание медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям;
- непроведение или несвоевременное/ненадлежащее проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий;
- непроведение санитарно-просветительной работы с матерями и родственниками новорожденных и оказание им психологической поддержки;
- ненадлежащее ведение учетной и отчетной медицинской документации, представление отчетов о деятельности Отделения в установленном порядке (п. 9 Правил организации деятельности Отделения патологии новорожденных, приложение 7 к Порядку).

35. Отсутствие в медицинских организациях и их подразделениях необходимого медицинского оснащения, предусмотренного Порядком оказания медицинской помощи, рассматривается как признак оказания медицинской помощи, не отвечающей требованиям безопасности, что накладывает на эксперта обязанность о сообщении о данном правонарушении в следственные органы.

Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда ОМС от 1 декабря 2010 г. № 230 (в ред. Приказа ФОМС от 16.08.2011 № 144) утвержден Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8), в котором приводятся формулировки кодов дефектов, предполагающие применение финансовых санкций за нарушение требований Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология»: «1.1. Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:

1.1.3. Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.

1.2. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:

1.2.1 не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;

1.2.2 повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения

нового заболевания;

1.3. Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:

1.3.1 не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;

1.3.2 повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.

1.4. Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.

1.5. Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», «Формуляр лечения стационарного больного», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи.

3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:

3.2.1 не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;

3.2.2 приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных;

3.2.3 приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания

3.2.4 приведших к инвалидизации;

3.2.5 приведших к летальному исходу».

Выбор применения кода дефекта к каждому из нарушений требований порядка оказания помощи детям по профилю «неонатология» зависит от исхода оказания медицинской помощи.

**Краткие критерии надлежащего качества оказания медицинской помощи населению по профилю «неонатология» в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 921н**

№ п/п	Требование Порядка	Нормативное значение
1	Обязательное динамическое наблюдение в течение первых суток жизни новорожденного медицинской сестрой с протоколированием результатов в ПМД	Не реже, чем каждые 3-3,5 часов первые сутки жизни
2	Обязательное ежедневное динамическое наблюдение новорожденного врачом-неонатологом с протоколированием результатов в ПМД	Не реже одного раза в 3 часа; !! при ухудшении его состояния с такой частотой, которая определена медицинскими показаниями
3	Проведение новорожденным профилактических прививок согласно Национальному календарю, в том числе:	2
3.1	в первые 24 часа жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В
3.2	новорожденные на 3 - 7 день жизни	Вакцинация против туберкулеза
3.3	дети 1 месяц	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В
4	Наличие добровольного информированного согласия родителей на проведение профилактических прививок новорожденным	Обязательно
5	Проведение забора крови у новорожденного для неонатального скрининга, проведение аудиологического скрининга (перед выпиской новорожденного) с протоколированием результатов в ПМД	Обязательно

6	Присутствие не менее 2-х медицинских работников с высшим или со средним медицинским образованием в помощь врачу-неонатологу или медицинскому работнику со средним медицинским образованием, проводящему сердечно-легочную реанимацию новорожденному с протоколированием ФИО и подписей указанных лиц в ПМД	Обязательно
7	Проведение консилиума в составе зав. отделением РИТ для новорожденных МО акушерского профиля и зав. аналогичным отделением МО неонатологического или педиатрического профиля в целях установления сроков перевода новорожденного в случаях проведения длительной искусственной вентиляции легких ( <b>более 6 суток</b> )	Обязательно
8	Перевод новорожденного в детское хирургическое отделение медицинской организации при подозрении и (или) выявлении у новорожденного острой хирургической патологии	Обязательно
9	Перевод новорожденного в инфекционное отделение (койки) МО, оказывающей медицинскую помощь детям при выявлении у новорожденного инфекционных заболеваний, представляющих эпидемическую опасность	Обязательно
10	Привлечение врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов... при наличии медицинских показаний	Обязательно
11	Перевод новорожденного, не нуждающегося в проведении реанимационных мероприятий, из МО акушерского профиля в Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей МО педиатрического профиля или в детское отделение по профилю заболевания ("детская хирургия", "детская кардиология", "сердечнососудистая хирургия", "неврология") при наличии медицинских показаний	Обязательно

12	Соблюдение требований Порядка направления граждан РФ в федеральные государственные учреждения для получения специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи, при:	Обязательно
12.1	- необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания	
12.1	- отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения	
12.3	- высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний	
12.4	- необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у детей с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями	
12.5	- необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций	
13	Выполнение требований Порядка направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи	Обязательно
14	Проведение обезболивания в случае если проведение медицинских манипуляций может повлечь возникновение болевых реакций у новорожденного	Обязательно
15	Соответствие квалификации специалистов, оказывающих МП по профилю «неонатология» требованиям, предъявляемым Квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения по профилю «неонатология»	Обязательно
16	Проведение мероприятий по поддержке грудного вскармливания и профилактике гипотермии при рождении здорового доношенного ребенка	Обязательно



17	Соответствие количества послеродовых коек отделения новорожденных в МО акушерского и неонатологического профиля	числу послеродовых коек плюс 10% - обязательно
18	Наличие организованного поста (палаты) интенсивной терапии для проведения непрерывного наблюдения новорожденных и оказания им медицинской помощи в МО акушерского профиля, в структуре которых отсутствует отделение РИТ для новорожденных	Не менее 10% коек отделения
19	Перевод новорожденного в профильное отделение перинатального центра или медицинских организаций неонатального или педиатрического профиля при необходимости проведения интенсивной терапии более 10 суток	Обязательно

**16. Критерии ненадлежащего качества оказания помощи взрослому населению в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Терапия», утвержденным приказом МЗ РФ от 15.11.12 г. № 923н, являются:**

1. Отказ учреждения здравоохранения в оказании медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия», в частности, отказ в:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- паллиативной медицинской помощи.

2. Отказ в оказании медицинской помощи по профилю «терапия» в следующих условиях:

- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

3. Отказ в оказании медицинской помощи в форме:

- экстренной медицинской помощи, оказываемой при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

- неотложной медицинской помощи, оказываемой при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента, не требующих экстренной медицинской помощи;

- плановой медицинской помощи, оказываемой при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

4. Отказ в оказании первичной медико-санитарной помощи в виде мероприятий:

- по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний;

- медицинской реабилитации;

- формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний;

- санитарно-гигиеническому просвещению населения.

5. Отказ в организации первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г., регистрационный № 24726).

6. Отказ лечащего врача (врач-терапевт, врач-терапевт участковый, врач терапевт-участковый цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач)) взаимодействовать с врачами-специалистами, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания пациента (врачи-кардиологи, врачи-ревматологи, врачи-эндокринологи, врачи-гастроэнтерологи и другие).

7. Отказ лечащего врача (врач-терапевт, врач-терапевт участковый, врач терапевт-участковый цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач)) в направлении больного на консультацию к врачу-специалисту в соответствии с профилем его заболевания при затруднении в диагностике и выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и при наличии медицинских показаний

8. Отказ лечащего врача (врач-терапевт, врач-терапевт участковый, врач терапевт-участковый цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач)) в направлении больного в медицинскую организацию для проведения дополнительных обследований и (или) лечения, в том числе в стационарных условиях при отсутствии эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях и (или) при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований.

9. Отказ в направлении медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь и имеющую в своем составе соответствующие специализированные отделения для проведения необходимых лечебно-диагностических мероприятий.

10. Отказ в оказании первичной медико-санитарной помощи службой неотложной медицинской помощи, созданной в структуре медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний терапевтического профиля, не опасных для жизни и не требующих медицинской помощи в экстренной форме или лечения в стационарных условиях.

11. Отказ в безотлагательной доставке больного, в том числе бригадой скорой медицинской помощи, в медицинскую организацию, имеющую в своем составе специализированные отделения, для оказания необходимой медицинской помощи при выявлении медицинских показаний к оказанию медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, при невозможности ее оказания в условиях медицинской организации, в которой находится пациент.

12. Отказ в оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи».

13. Отказ в оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

14. Отказ в медицинской эвакуации при оказании скорой медицинской помощи, которая включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию.

15. Отказ в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара по профилю заболевания пациента (диагностика, лечение заболеваний, требующих специальных методов диагностики и использования сложных медицинских технологий, а также медицинская реабилитация).

16. Отказ в оказании специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у пациентов с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации,

для оказания специализированной медицинской помощи, приведенным в приложении к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. № 243н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 мая 2010 г., регистрационный № 17175), а также при наличии у пациента медицинских показаний - в федеральных государственных медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 г. № 617 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 октября 2005 г., регистрационный № 7115).

17. Отказ в направлении при наличии у пациента медицинских показаний в высокотехнологичной медицинской помощи в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. № 1689н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2012 г., регистрационный № 23164).

19. Отказ в проведении консилиума врачей после окончания срока оказания медицинской помощи в стационарных условиях для определения дальнейшей тактики ведения и медицинской реабилитации пациента.

20. Отказ в направлении пациентов при наличии медицинских показаний для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации, а также в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь.

21. Невыполнение Правил организации деятельности терапевтического кабинета (приложение № 1 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»).

22. Отсутствие у врачебного персонала терапевтического кабинета терапии сертификата специалиста по специальности «терапия» (п. 3 Приложения 1 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»).

23. Отсутствие предметов оборудования терапевтического кабинета, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 3 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»):

**СТАНДАРТ  
ОСНАЩЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА**

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Анализатор глюкозы в крови (глюкометр), экспресс-анализатор портативный	1
2.	Весы с ростомером	1
3.	Измеритель артериального давления, сфигмоманометр	1
4.	Измеритель пиковой скорости выдоха (пикфлоуметр) со сменными мундштуками	не менее 1
5.	Инструменты и оборудование для оказания экстренной помощи	1 набор
6.	Лента измерительная	1
7.	Лупа ручная	1
8.	Пульсоксиметр (оксиметр пульсовой)	1
9.	Стетофонендоскоп	1

24. Невыполнение Правил организации деятельности терапевтического отделения (приложение № 4 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»).

25. Отсутствие у врачебного персонала терапевтического отделения сертификата специалиста по специальности «терапия» (п. 3 Приложения 4 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»).

26. Отсутствие в терапевтическом отделении палаты интенсивной терапии (п.6 Приложения 4 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»).

27. Отсутствие предметов оборудования терапевтического отделения, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 6 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»).

28. Невыполнение Правил организации деятельности терапевтического дневного стационара (приложение № 7 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»).

29. Отсутствие у врачебного персонала терапевтического дневного стационара сертификата специалиста по специальности «терапия» (п. 4 Приложения 7 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»).

30. Отсутствие предметов оборудования терапевтического дневного стационара, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 9 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»):

**СТАНДАРТ  
ОСНАЩЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Набор реанимационный	1
2.	Ингалятор аэрозольный компрессорный (небулайзер) портативный	1
3.	Облучатель ультрафиолетовый бактерицидный (для помещений)	по потребности
4.	Аппарат для исследования функций внешнего дыхания <*>	1
5.	Ростомер	1
6.	Стетофонендоскоп	1
7.	Измеритель артериального давления, сфигмоманометр	1
8.	Штатив для длительных инфузионных вливаний	1 на 1 койку
9.	Термометр медицинский	по потребности
10.	Кровать функциональная	по числу коек
11.	Стол прикроватный	по числу коек
12.	Негатоскоп	1
13.	Аспиратор (отсасыватель) медицинский	2
14.	Укладка для оказания экстренной медицинской помощи при анафилактическом шоке	1
15.	Укладка «АнтиСПИД»	1

**17. Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи населению по профилю «Оториноларингология» в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 905н.**

Невыполнение Порядка, устанавливающего правила оказания медицинской помощи населению (взрослым и детям) по профилю «оториноларингология» в медицинских организациях.

1. Неоказание медицинской помощи в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское

наблюдение и лечение) (п.3 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

2. Неоказание первичной врачебной медико-санитарной помощи больным в медицинских организациях, не имеющих в своей структуре кабинета врача-оториноларинголога (далее - оториноларингологический кабинет), участковым врачом-терапевтом, участковым врачом-педиатром, врачом общей практики (семейным врачом), обязанностями которых является:

- оказание медицинской помощи больным с заболеваниями уха, горла и носа (далее - заболевания ЛОР-органов) легкой степени тяжести клинического течения заболевания с учетом рекомендаций врачей-оториноларингологов;

- выявление риска развития заболеваний ЛОР-органов;

- в случае выявления у больного высокого риска развития заболевания ЛОР-органов и (или) его осложнения – направление на консультацию в кабинет врача-оториноларинголога (п.7 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

3. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи больным врачом иной специальности, чем «оториноларингология» (п.8 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

4. Отсутствие выписки из медицинской документации или медицинской документации больного с приложением (при наличии) результатов лабораторных, инструментальных и других видов исследований при направлении его к врачу-оториноларингологу врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером или медицинским работником со средним медицинским образованием (п.9 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

5. Отказ в направлении в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь при невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной (п.10 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

6. Отказ в оказании скорой медицинской помощи больным, требующим срочного медицинского вмешательства, фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, в том числе педиатрической (п.11 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

7. Отказ больным в скорой медицинской помощи, оказывающейся в экстренной и неотложной форме как в амбулаторных и стационарных условиях, так и вне медицинской организации (п.13 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

8. Доставка бригадой скорой медицинской помощи больных в медицинские организации, не имеющие в своей структуре отделение анестезиологии-реанимации или блок (палату) реанимации и интенсивной терапии и не обеспечивающие круглосуточное медицинское наблюдение и лечение больных (п.14 Порядка

оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

9. Отказ в переводе в оториноларингологическое отделение медицинской организации для оказания специализированной медицинской помощи при наличии медицинских показаний после устранения угрожающего жизни состояния (п.15 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

10. Оказание в специализированной медицинской помощи в плановой форме в медицинских организациях врачами иной специальности, чем «оториноларингология» в оториноларингологическом кабинете, дневном стационаре и (или) оториноларингологическом отделении (п.16 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

11. Отказ в направлении в оториноларингологическое отделение медицинской организации для оказания медицинской помощи в амбулаторных или стационарных условиях (далее - амбулаторное или стационарное оториноларингологическое отделение) при невозможности оказания специализированной медицинской помощи в оториноларингологическом кабинете (в том числе новорожденным и детям раннего возраста с нарушениями слуха) (п.18 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

12. Отказ в направлении в стационарное оториноларингологическое отделение для дальнейшего обследования и лечения при невозможности оказания медицинской помощи в оториноларингологическом кабинете и (или) амбулаторном оториноларингологическом отделении, дневном стационаре медицинской организации, а также при необходимости проведения диагностических и (или) лечебных мероприятий с применением общей анестезии (п.18 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

13. Оказание стационарной медицинской помощи по профилю «оториноларингология» в отделения иного профиля чем оториноларингологическое отделение или в отделении хирургического профиля, не имеющем в своем составе выделенных коек по профилю «оториноларингология» (п.20 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

14. Отказ в направлении к врачу-сурдологу-оториноларингологу для проведения обследования, дифференциальной диагностики, определения тактики лечения, проведения необходимых лечебных мероприятий и диспансерного наблюдения в случае подозрения или выявления у больного заболевания, связанного с нарушением слуха, в оториноларингологическом кабинете или в оториноларингологическом отделении медицинской организации (п.22 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

15. Отказ в направлении в первичный онкологический кабинет (отделение) в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи онкологическим больным, в случае выявления (подозрения) онкологического заболевания у больного во время оказания медицинской помощи (п.23 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

16. Отказ в направлении к врачу-профпатологу для получения медицинской помощи



в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 15 декабря 2000 г. № 967 в случае подозрения или выявления у больного заболевания ЛОР-органов, связанного с профессиональной деятельностью (п.24 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

17. Неоказание специализированной, за исключением высокотехнологической, медицинской помощи осуществляется в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи, приведенном в приложении к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. № 243н (п.25 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

18. Отказ в направлении в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологическую медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологической медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, при наличии у больного медицинских показаний к оказанию высокотехнологической медицинской помощи направление (п.26 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

II. Невыполнение медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь больным с заболеваниями ЛОР-органов, рекомендаций и условий оказания медицинской помощи, изложенных в приложениях № 1 - 9 к настоящему Порядку.

1.1 Невыполнение Правил, устанавливающих порядок организации деятельности оториноларингологического кабинета, который является структурным подразделением организаций, оказывающих медицинскую помощь (далее - медицинские организации) в части структуры и штатной численности Кабинета

(прил. № 2 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»), оснащения Кабинета (прил. № 3 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»),

1. Стандарт оснащения оториноларингологического кабинета

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Рабочее место врача-оториноларинголога	1
2.	Аппарат электрохирургический высокочастотной	1
3.	Осветитель налобный	по числу должностей врачей-оториноларингологов
4.	Набор инструментов для диагностики и хирургии в оториноларингологии	2
5.	Лупа бинокулярная	1
6.	Отоскоп, оториноскоп <*>	1
7.	Баллон для продувания ушей с запасными оливами	2
8.	Воронка Зигля	2
9.	Риноскоп, риноларингофиброскоп	по требованию
10.	Сканер ультразвуковой для носовых пазух (эхосинускоп)	1
11.	Негатоскоп	1
12.	Аудиометр	1
13.	Аудиометр импедансный, импедансметр	по требованию
14.	Прибор для регистрации отоакустической эмиссии <*>	1
15.	Набор камертонов медицинских	1
16.	Набор инструментов для удаления инородных тел ЛОР-органов	1
17.	Комплект инструментов для осмотра ЛОР-органов	по числу посещений
18.	Кресло вращающееся (Барани)	1 комплект
19.	Набор для трахеотомии с трахеотомическими трубками	

2. Стандарт дополнительного оснащения  
оториноларингологического кабинета, оказывающего помощь  
больным с заболеваниями голосового аппарата

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Аппарат для реабилитации, саморегуляции с биологической обратной связью, психорелаксации и снятия стрессовых состояний	по требованию
2.	Ларингофарингоскоп	по требованию
3.	Компьютерная система диагностики голоса и речи	1
4.	Набор инструментов для эндоларингеальной микрохирургии	по требованию
5.	Персональный компьютер, принтер	1
6.	Секундомер	1
7.	Пианино (электронное пианино)	по требованию
8.	Ларингостробоскоп (стробоскоп) электронный	1
9.	Шумоинтегратор (измеритель шумов и вибраций)	по требованию
10.	Аппарат для нервно-мышечной электрофоноатрической стимуляции	по требованию

<\*> Для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «оториноларингология» детям.

назначения на должность врача-оториноларинголога Кабинета (п.5. прил. 1 Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»)

1.2. Невыполнение Кабинетом следующих основных функций:

- оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с заболеваниями ЛОР-органов;
- отбор и направление больных в оториноларингологические отделения;
- выявление больных с признаками заболевания голосового аппарата, нарушения слуховой функции, онкологических и профессиональных заболеваний ЛОР-органов;
- участие в отборе больных с заболеваниями ЛОР-органов для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи, а также учет лиц, ожидающих и получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «оториноларингология»;
- внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения больных с заболеваниями ЛОР-органов;

- ведение учетной и отчетной документации и предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

2.1. Невыполнение Правил, устанавливающих порядок организации деятельности амбулаторного оториноларингологического отделения (дневного стационара) медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным по профилю «оториноларингология» (далее - Отделение) в части структуры и штатной численности Отделения (прил. № 5 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»), оснащения (прил. № 6 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

**СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ АМБУЛАТОРНОГО  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ  
(ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА)**

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Рабочее место врача-оториноларинголога	1
2.	Рабочее место врача-оториноларинголога	по числу кабинетов врачей-оториноларингологов
3.	Аппарат электрохирургический высокочастотный	не менее 1
4.	Оптика для жесткой эндоскопии полости носа и носоглотки 30°, 70°, 0°	1
5.	Волоконнооптический световод	1
6.	Комплекс для проверки и тренировки вестибулярного аппарата	по требованию
7.	Лупа бинокулярная	по числу рабочих мест врача-оториноларинголога
8.	Отоскоп, оториноскоп	2
9.	Риноскоп, риноларингофиброскоп	3
10.	Ларингостробоскоп (стробоскоп) электронный	1
11.	Сканер ультразвуковой для носовых пазух (эхосинускоп)	1

12.	Баллон для продувания ушей	по 2 на 1 рабочее место врача-оториноларинголога
13.	Набор камертонов медицинских	по 1 на каждую должность врача-оториноларинголога
14.	Аудиометр (аудиотестер)	1
15.	Аудиометр импедансный, импедансметр ушной	1
16.	Прибор для регистрации отоакустической эмиссии	по требованию
17.	Кресло вращающееся (Барани), (комплекс) для проверки и тренировки вестибулярного аппарата	1
18.	Осветитель налобный	по числу должностей врачей-оториноларингологов
19.	Набор инструментов для осмотра ЛОР-органов	по количеству посещений
20.	Аппарат лазерной и магнитолазерной терапии	1

назначения на должность заведующего отделением (п.5. прил. № 4 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»)

## 2.2. Невыполнение Отделением следующих функций:

- оказание медицинской помощи больным с заболеваниями ЛОР-органов, не требующими круглосуточного медицинского наблюдения;
- наблюдение больных, которым была оказана медицинская помощь по профилю «оториноларингология» в стационарных условиях;
- направление больных с заболеваниями ЛОР-органов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- внедрение в клиническую практику современных достижений в области оказания медицинской помощи по профилю «оториноларингология» больным с заболеваниями ЛОР-органов;
- проведение анализа состояния медицинской помощи по профилю «оториноларингология», заболеваемости и смертности населения от заболеваний ЛОР-органов, эффективности лечения, длительности обследования, лечения, временной утраты трудоспособности больными с заболеваниями ЛОР-органов и

выхода их на инвалидность;

- ведение учетной и отчетной документации и предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

3.1. Невыполнение Правила, устанавливающих порядок организации деятельности стационарного оториноларингологического отделения (далее - Отделение), которое является структурным подразделением медицинской организации в части утверждения структуры и численности Отделения (приложением № 8 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»), оснащения (прил. №9 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»).

### СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ СТАЦИОНАРНОГО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Рабочее место врача-оториноларинголога	По количеству должностей врачей-оториноларингологов
2.	Аппарат электрохирургический высокочастотный	По количеству должностей врачей-оториноларингологов
3.	Микроскоп оториноларингологический операционный	не менее 1
4.	Аудиометр клинический	1
5.	Аудиометр импедансный, импедансметр ушной	1
6.	Стойка эндоскопическая аппаратная	1
7.	Источник света эндоскопический	1
8.	Видеокomплекc, видеосистема эндоскопическая	1
9.	Отоскоп, оториноскоп	4
10.	Риноскоп, риноларингофиброскоп	2
11.	Баллон для продувания ушей	2 на 1 врача-оториноларинголога
12.	Воронка пневматическая	2 на 1 врача-оториноларинголога
13.	Заглушитель ушной	1 на 20 коек

14.	Набор камертонов медицинских	1 на каждого врача-оториноларинголога
15.	Прибор для регистрации отоакустической эмиссии	по требованию
16.	Система регистрации слуховых потенциалов	по требованию
17.	Аспиратор (отсасыватель) хирургический	3
18.	Аппарат электрохирургический радиочастотный	1
19.	Осветитель налобный	По числу должностей врачей-оториноларингологов
20.	Набор инструментов хирургических для оториноларингологии	2
21.	Аппарат для обработки костей и костной ткани	1
22.	Аппарат лазерный для резекции и коагуляции оториноларингологический	1
23.	Кресло вращающееся (Барани), (комплекс) для проверки и тренировки вестибулярного аппарата	1
24.	Ингалятор аэрозольный компрессорный (небулайзер) портативный	По требованию
25.	Ларингоскоп с волоконным световодом (универсальный)	1
26.	Аппарат искусственной вентиляции легких	1
27.	Набор инструментов для диагностики и хирургии в оториноларингологии	По требованию
28.	Ингалятор аэрозольный ультразвуковой	По требованию
29.	Камера для хранения стерильных инструментов и изделий	1
30.	Набор инструментов для эндоларингеальной микрохирургии <*>	1
31.	pH-метр лабораторный, иономер <*>	1
32.	Аппарат для вакуумного массажа (пневмомассажа) <*>	1
33.	Видеокамера эндоскопическая <*>	1

<\*> Для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «оториноларингология» больным с заболеваниями голосового аппарата.

назначения на должность заведующего отделением (п.5. прил. №7 к Порядку оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»)

3.2. Невыполнение Отделением следующих функций:

- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным по профилю «оториноларингология»;
- осуществление реабилитации больных с заболеваниями ЛОР-органов, в том числе с заболеваниями голосового аппарата и заболеваниями, связанными с нарушением слуха;
- оказание консультативной помощи врачам других подразделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения больных с заболеваниями ЛОР-органов;
- освоение и внедрение в клиническую практику современных методов диагностики, лечения заболеваний ЛОР-органов, профилактики их осложнений и реабилитации больных;
- разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы в Отделении и снижение больничной летальности от заболеваний ЛОР-органов;
- ведение учетной и отчетной документации и предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

### **18. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Нефрология» в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.01.12г. № 17н.**

I. Несоблюдение Порядка регулирующего вопросы оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология» в организациях, оказывающих медицинскую помощь (далее - медицинские организации).

1. Неоказание медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология» в рамках:

- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- первичной медико-санитарной помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (п. 2. Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»).

2. Скорая медицинская помощь больным с неврологическими заболеваниями (в том числе больным с острой почечной недостаточностью различной этиологии) осуществляется фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи; врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи; специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи реанимационного профиля, штатный состав которых определен приказом Минздравсоцразвития России от 1 ноября 2004 г. № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» (зарегистрирован Минюстом России 23



ноября 2004 г. № 6136).

3. Отказ бригады скорой медицинской помощи в доставке больных с неврологическими заболеваниями в медицинские организации, оказывающие круглосуточную помощь по профилю «нефрология» и «анестезиология и реанимация».

Отказ в переводе в отделения неврологического профиля (неврологическое отделение, отделение диализа) медицинской организации для оказания специализированной медицинской помощи в ходе оказания скорой медицинской помощи при установленном диагнозе неврологического заболевания, после устранения угрожающего жизни состояния (п. 5. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»).

4. Отказ в оказании первичной медико-санитарной помощи в медицинских организациях врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом) и врачом-нефрологом (п. 6. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»).

5. Невыполнение в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейные врачи) и врачами-нефрологами следующие функции:

- выявление больных с признаками поражений почек, а также с риском развития неврологических заболеваний и их осложнений;

- разработка план мероприятий по профилактике хронических болезней почек для больных с признаками поражений почек, а также с риском развития неврологических заболеваний и их осложнений;

- осуществление амбулаторное лечение больных с неврологическими заболеваниями в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи;

- направление при необходимости больных с риском развития неврологических заболеваний и их осложнений к врачам-нефрологам неврологического центра;

- учет больных, страдающих хронической почечной недостаточностью, в том числе нуждающихся в начале лечения диализом, а также получающих специализированную медицинскую помощь методами заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) и высокотехнологичную медицинскую помощь (трансплантация почки) (п. 7. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»).

6. Отсутствие работы по выявлению в амбулаторных условиях медицинской организации больных с признаками поражений почек, а также с риском развития неврологических заболеваний и их осложнений, невыполнение следующих рекомендаций:

- прохождение ультразвукового исследования почек, исследование суточной протеинурии, общего анализа мочи и биохимических показателей плазмы крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации;

- при отсутствии лабораторно-инструментальных данных, подтверждающих наличие хронической болезни почек, больные, входящие в группу риска,

регулярно наблюдаются врачом-терапевтом участковым или врачом общей практики (семейным врачом), который не реже 1 раза в год контролирует признаки начинающегося развития хронической болезни почек (п. 8. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»).

7. Отсутствие динамического наблюдения и лечения с регулярным контролем не менее 4 раз в год состояния функции почек со стороны: врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-нефрологов в отношении больных:

- перенесших острую почечную недостаточность;
- страдающих хронической болезнью почек (независимо от ее причины и стадии);
- относящихся к группам риска поражения почек;
- реципиентов трансплантированной почки; страдающих хронической почечной недостаточностью (п. 9. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»).

8. Отсутствие проведения оценки риска неврологических заболеваний в амбулаторных условиях медицинской организации больным старше 45 лет, обратившимся за медицинской помощью или консультацией к врачу-терапевту участковому, врачу общей практики (семейному врачу), врачу-нефрологу или в кабинет медицинской профилактики (п. 10. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»).

9. Отказ в направлении больного для получения стационарной медицинской помощи по профилю «нефрология» при невозможности оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и наличии медицинских показаний (п. 11. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»).

10. Отказ в оказании стационарной медицинской помощи больному при самостоятельном обращении, по направлению врача-нефролога медицинской организации, оказывающей амбулаторную помощь, а также при доставке госпитализации больного бригадой скорой медицинской помощи (п. 12. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»).

11. Отказ в госпитализации в отделение интенсивной терапии, реанимационное отделение, отделение анестезиологии-реанимации, отделение интенсивной терапии и реанимации при наличии или угрозе возникновения нарушений жизненно важных функций.

В терапевтических отделениях медицинских организаций оказывается медицинская помощь больным, имеющим острые или хронические заболевания почек неврологического профиля, входящие в компетенцию врача-терапевта.

В неврологических отделениях медицинских организаций оказывается медицинская помощь больным, имеющим острые или хронические заболевания почек неврологического профиля, требующие участия врача-нефролога (п. 13. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»).

12. Отсутствие решения консилиума в количестве не менее не менее 3-х врачей-

специалистов о необходимости проведения больному гемо- или перитонеального диализа в медицинской организации, отсутствие зафиксированного в медицинской документации решения консилиума (п. 14. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»).

13. Невыполнение Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 г. № 808н (зарегистрирован Минюстом России 31 декабря 2009 г. № 15922) беременным женщинам с неврологическими заболеваниями (п. 15. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»).

II. Невыполнение условий оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология» в соответствии с приложениями № 1 - 16 к настоящему Порядку (п. 3. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «неврология»).

1.1. Невыполнение стандартов по организации работы кабинета врача-нефролога, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в отношении назначения заведующего нефрологического кабинета, штатной численности, квалификации медицинского персонала, оснащения нефрологического кабинета (п.п.2,3,4,5 Прил. №1. Правил организации деятельности кабинета врача-нефролога (неврологического кабинета) медицинской организации к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»).

1.2. Невыполнение кабинетом нефролога следующих функций при оказании первичной медико-санитарной помощи больным с неврологическими заболеваниями.

1.3. Оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с неврологическими заболеваниями и больным с высоким риском их развития, направляемым врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), а также врачами-специалистами, а также при направлении врачами медицинских организаций, не имеющих в своем составе неврологического кабинета:

- диспансерное наблюдение и реабилитация больных с неврологическими заболеваниями, а также больных с высоким риском развития поражений почек;
- обследование больных старше 60 лет с латентным течением неврологических заболеваний, а также больных сахарным диабетом (длительностью более 5 лет), артериальной гипертонией и распространенным атеросклерозом, в том числе ишемической болезнью сердца и цереброваскулярной болезнью;
- отбор и направление больных на стационарное лечение в специализированные медицинские организации для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (трансплантация почки) больным с неврологическими заболеваниями;
- определение сроков начала заместительной почечной терапии и консультации больных на предмет выбора ее метода (гемодиализ, перитонеальный диализ, превентивная/додиализная трансплантация почки); учет больных, ожидающих начала диализа, его получающих, а также реципиентов аллогенной почки;

- организация и участие в скрининге хронических болезней почек совместно с врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), а также врачами-кардиологами, в том числе обследование родственников больных с установленными хроническими болезнями почек и больных, страдающих артериальной гипертензией, распространенным атеросклерозом, сахарным диабетом;

- организация и проведение школ для больных с хронической болезнью почек и перенесших трансплантацию почки;

- ведение учетно-отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

2.1. Невыполнение рекомендаций по организации работы неврологического отделения, оказывающего медицинскую помощь больным неврологического профиля в отношении назначения заведующего неврологического кабинета, штатной численности, квалификации медицинского персонала, оснащения неврологического отделения (п.п.2,3,4 Прил. №4. к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»).

2.2. Невыполнение стандарта оснащения неврологического отделения согласно приложению № 6 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология», утвержденному настоящим приказом, отсутствие в оснащении отделения следующих аппаратов и приборов:

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
6.	Дефибриллятор	1
7.	Инфузомат	1 на 10 коек
10.	Укладка для оказания помощи при анафилактическом шоке	не менее 2
11.	Набор инструментов для проведения биопсии	1

(п. 5 Прил. № 4 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «неврология»).

2.3. Невыполнение неврологическим отделением следующих функций:

- госпитализация и оказание медицинской помощи больным с неврологическими заболеваниями в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи;

- диагностика неврологических заболеваний с использованием лабораторных, инструментальных (ультразвуковых, рентгенологических, радиологических) методов и пункционной биопсии почки (для проведения пункционной биопсии почки и иных манипуляций в структуре неврологического отделения рекомендуется организовать специально оборудованный процедурный кабинет);

- оказание медицинской помощи больным с неврологическими заболеваниями,

находящимся в отделении реанимации и интенсивной терапии;

- осуществление реабилитации больных с нефрологическими заболеваниями в стационарных условиях, а также реципиентов аллогенной почки после выписки их из отделения/центра трансплантации;

- оказание при необходимости консультативной помощи врачам других отделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения патологии почек;

- обучение больных с хроническими неврологическими заболеваниями (в том числе в школах для больных) методам контроля, профилактики обострений и здоровому образу жизни;

ведение учетной и отчетной документации, представление отчета о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством (п.6. Прил. № 4 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»).

3. Отказ медицинской организацией, в которой создано неврологическое отделение в оказании неврологической помощи:

а) в экстренном порядке (в круглосуточном режиме):

проведения сеанса гемодиализа, ультрафильтрации, гемодиализации или процедур перитонеального диализа <\*>;

определение показателей креатинина, мочевины, глюкозы, калия и натрия крови <\*>;

<\*> Выполняется в отделении анестезиологии-реанимации.

общего анализа крови и общего анализа мочи;

кислотно-щелочного баланса и газового состава крови;

б) в плановом порядке выполнение иммунологических исследований биологических жидкостей (п.6 Прил. №4 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «неврология»).

3.1. Невыполнение стандарта по организации работы отделения диализа медицинской организации, оказывающего медицинскую помощь больным неврологического профиля в отношении назначения заведующего неврологического кабинета, штатной численности, квалификации медицинского персонала, оснащения неврологического отделения (п.п. 2,3,5 Прил. №7 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «неврология»).

3.2. Невыполнение стандарта оснащения отделения диализа: (отсутствие в штате диализного отделения следующих специалистов (таб. прил. №9) к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «неврология»).

Заведующий отделением - врач-нефролог	1 должность на отделение, в отделении с числом диализных мест менее 8 - вместо 0,5 должности врача-нефролога отделения диализа
Врач-нефролог	1 должность на: 8 диализных мест в смену, но не менее 1 должности на диализный зал; 15 коек стационара; 10 больных, получающих перитонеальный диализ, но не менее 1 должности на отделение
Врач-хирург	1 должность на 60 больных
Врач-эндокринолог	1 должность на 25 больных
Врач-психотерапевт	0,5 должности на 30 больных
Врач-диетолог	1 должность на 60 больных
Врач клинической лаб. диагностики	1 должность на 8 диализных мест, но не менее 1 должности на отделение

3.3. Невыполнение стандартов оснащения отделения диализа согласно приложению № 9 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «неврология», утвержденному настоящим приказом, отсутствие в отделении следующего оборудования:

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Аппарат «искусственная почка» (гемодиализатор)	не менее 8 и дополнительно 1 резервный аппарат
3.	Аппарат для проведения перитонеального диализа	не менее 5
8.	Набор для оказания реанимационной помощи	1
10.	Укладка для оказания помощи при анафилактическом шоке	не менее 1
11.	Укладка для оказания помощи при шоке	не менее 1
15.	Прикроватный кардиомонитор	1 на 30 больных
16.	Дефибриллятор	1

3.4. Невыполнение отделением диализа следующих функций:

-лечение методами гемо- и перитонеального диализа больных, нуждающихся в заместительной почечной терапии; оказание сопутствующей лечебно-диагностической помощи в соответствии с утвержденными стандартами и рекомендациями по ведению больных, проходящих лечение в отделении;  
- подготовка к лечению диализом и формирование диализного доступа, а также

- диагностика и лечение осложнений диализного доступа в ходе лечения диализом;
- госпитализация больных, находящихся на амбулаторном гемо- или перитонеальном диализе, при наличии медицинских показаний (осложнения диализного доступа и/или диализной терапии; осложнения терминальной хронической почечной недостаточности, в том числе инфекционные, кардиоваскулярные и др.) и необходимости коррекции режима диализа;
  - динамическое наблюдение больных с хронической почечной недостаточностью на преддиализной стадии (4 стадии хронической болезни почек), а также реципиентов аллогенной почки с выраженной дисфункцией трансплантата, нуждающихся в возобновлении лечения диализом;
  - регистрация и учет больных, ожидающих начало диализа, потенциальных реципиентов, подлежащих трансплантации почки, а также больных, которым выполнена трансплантация почки;
  - лечение больных после трансплантации почки при отсутствии регионального центра трансплантации почки или возможности их лечения в неврологическом отделении;
  - оказание при необходимости консультативной помощи врачам других медицинских организаций по вопросам диагностики и лечения почечной недостаточности;
  - разработка и проведение мероприятий по повышению качества лечебно-диагностической работы медицинской организации с целью снижения летальности, увеличения продолжительности и качества жизни больных, получающих лечение диализом, а также находящихся под наблюдением отделения реципиентов аллогенной почки;

3.5. Отсутствие возможности лабораторного контроля качества диализной терапии путем биохимических исследований во время диализа и в междиализном периоде, который может выполняться централизованной лабораторией медицинской организации, в составе которой функционирует отделение.

4.1. Невыполнение стандартов по организации работы неврологического центра медицинской организации, оказывающего медицинскую помощь больным неврологического профиля в отношении назначения заведующего, штатной численности, квалификации медицинского персонала, оснащения неврологического центра (п.п. 2,3,4,5,6 Прил. №10 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»).

4.2. Невыполнение Центром таких функций как:

- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным с неврологическими заболеваниями;
- динамическое наблюдение больных с неврологическими заболеваниями;
- работа по ведению списка (базы) больных, страдающих заболеваниями почек, для планирования развития неврологической помощи в субъекте Российской Федерации;
- организация программ по скринингу хронических болезней почек, выявление групп повышенного риска и их динамическое наблюдение;

- внедрение в практику новых достижений и научных разработок в области медицинской помощи больным с неврологическими заболеваниями, и прежде всего широкое внедрение в практику здравоохранения, в частности в практику работы врачей первичного звена, современных методов снижения прогрессирования неврологических заболеваний;
- консультативная помощь врачам других специальностей по вопросам диагностики и лечения неврологических заболеваний;
- участие в проведении мероприятий по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала по вопросам нефрологии;
- обеспечение совместной работы неврологической службы с другими специализированными службами субъекта Российской Федерации, в том числе с эндокринологической и кардиологической, оказывающими медико-социальную помощь больным;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

### **19. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи населению по профилю «Детская урология-андрология» в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 31 октября 2012 г. № 561н.**

1. Нарушения правил протоколирования обоснования формы оказания медицинской помощи по профилю «детская урология-андрология» (ч. 4 ст. 32 Закона РФ № 323-ФЗ и п. 7, 11, 14 Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская урология-андрология»):

1) отсутствие формулирования повода для оказания экстренной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, травмы и ее осложнений, состояния, обострения хронических заболеваний по профилю «детская урология-андрология», представляющих угрозу жизни пациента (перечисление признаков угрозы для жизни);

2) отсутствие формулирования повода для оказания неотложной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, состояния, травмы и ее осложнений, обострения хронических заболеваний по профилю «детская урология-андрология» без явных признаков угрозы жизни пациента (перечисление отсутствия явных признаков угрозы для жизни);

3) отсутствие хронологического признака (указания на время (час, минуты) возникновения состояния, требующего экстренной или неотложной помощи, времени начала и окончания каждого медицинского вмешательства, времени начала изменений в состоянии пациента, появления или устранения признаков угрозы для жизни).

4) отсутствие формулирования повода для оказания плановой медицинской помощи - заболевания, состояния, травмы и ее последствий, обострения хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не



требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;

5) отсутствие журнала ожидания пациентом плановой медицинской помощи по отделению, оказывающему помощь по профилю «детская урология-андрология», а также записи в журнале о конкретной дате оказания плановой помощи, а также наличие свободных «более ранних» дат в журнале ожидания пациентом плановой медицинской помощи.

2. Отказ в оказании мероприятий первичной медико-санитарной помощи по профилактике заболеваний мочеполовой системы, диагностике, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению детей и их законных представителей по профилю «детская урология-андрология» (п. 4 Порядка).

3. Отказ врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) при подозрении или выявлении у детей патологии мочеполовой системы в направлении их на консультацию к врачу - детскому урологу-андрологу (п. 6 Порядка).

4. Отказ в направлении/не направление ребенка при невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «детская урология-андрология» (п. 12 Порядка).

5. Отказ в госпитализации детям с угрожающими жизни состояниями в медицинские организации, имеющие в своей структуре отделение анестезиологии-реанимации или блок (палату) реанимации и интенсивной терапии и обеспечивающие круглосуточное медицинское наблюдение и лечение детей, или направление/госпитализация детей в медицинские организации, не имеющие вышеуказанных подразделений (п. 10 Порядка).

6. Отсутствие определения конкретной даты оказания плановой медицинской помощи по профилю «детская урология-андрология» (консультация, госпитализация и др.), отсрочка до которой (даты) гарантированно не повлечет за собой ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью ребенка, а также развитие рецидивов заболеваний по профилю «детская урология-андрология» (п. 14 Порядка).

7. Возникновение ухудшения состояния, угрозы жизни и здоровью ребенка, а также развитие рецидивов заболеваний по профилю «детская урология-андрология» в период отсрочки (ожидания) плановой медицинской помощи по профилю «детская урология-андрология» (п. 14 Порядка).

8. Отказ в оказании медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей специализированную помощь по профилю «детская урология-андрология» при наличии медицинских показаний:

- при самостоятельном обращении ребенка и его законного представителя;
- по направлению, выданному в установленном порядке врачом-педиатром

участковым, врачом общей практики (семейным врачом) медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь;

- при доставлении ребенка бригадой скорой медицинской помощи (п. 6, 10 Порядка).

9. Отказ в переводе или несвоевременный перевод в детское уроandroлогическое отделение (койки) медицинской организации для оказания специализированной медицинской помощи при наличии медицинских показаний после устранения угрожающих жизни состояний (п. 11 Порядка).

10. Отказ в привлечении врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н, при наличии медицинских показаний (п. 13 Порядка).

11. Невыполнение требований Порядка направления граждан РФ в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Минздрава России, или нарушение правил протоколирования при направлении в федеральные государственные медицинские организации, находящиеся в ведении Минздрава России, для получения специализированной, за исключением высокотехнологической, медицинской помощи, при:

- необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания;

- отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения;

- высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний;

- необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у детей с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями;

- необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи, приведенном в приложении к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 16 апреля 2010 г. № 243н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 мая 2010 г. № 17175), а также при наличии у больного медицинских показаний;

- в федеральных государственных медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских

показаний, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 г. № 617 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 октября 2005 г. № 7115) (п. 15 Порядка).

12. Невыполнение требований Порядка направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «детская урология-андрология», в том числе отказ в направлении больного в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, при наличии у больного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (п. 16 Порядка).

13. Отсутствие в первичной медицинской документации протокола о наличии или отсутствии у больного медицинских показаний для направления его в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь (п. 16 Порядка).

14. Отказ в направлении детей в медицинские организации для оказания медицинской помощи в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 апреля 2010 г. № 255н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2010 г., регистрационный № 17209) при подозрении или выявлении у детей онкологического заболевания мочеполовой системы после оказания им неотложной помощи (п. 17 Порядка).

15. Отказ в проведении обезболивания в случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием помощи детям, может повлечь возникновение болевых ощущений у детей (п. 19 Порядка).

16. Отсутствие у врачебного персонала Кабинета врача-детского уролога-андролога, уроандрологического отделения - сертификата по специальности «детская урология-андрология» (п. 3 Правил организации деятельности кабинета врача детского уролога-андролога, пп. 3, 4 Правил организации деятельности уроандрологического стационара).

17. Отсутствие предметов оборудования Кабинета врача детского уролога-андролога согласно Стандарту оснащения, предусмотренному приложением № 3 к Порядку.

18. Несоблюдение требований выполнения основных функций Кабинета врача-детского уролога-андролога, а именно:

- отказ в оказании или несвоевременное оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи детям;
- отказ в осуществлении диспансерного наблюдения за детьми;
- непроведение санитарно-просветительной работы с населением по вопросам профилактики и ранней диагностики заболеваний мочеполовой системы у детей и формированию здорового образа жизни;
- отказ или несвоевременное направление детей на стационарное лечение при наличии медицинских показаний;

- отказ при наличии медицинских показаний в направлении детей в медицинские организации для проведения консультаций врачами-специалистами по специальностям, предусмотренным номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н;

- отказ или ненадлежащее ведение учетной и отчетной документации, отчетов о деятельности Кабинета (п. 5 Правил организации деятельности Кабинета врача-детского уролога-андролога).

19. Несоблюдение требований выполнения основных функций уроандрологического отделения, а именно:

- невыполнение требований стандартов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «детская урология-андрология» в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи детям с заболеваниями мочеполовой системы;

- отсутствие подготовки к проведению или не проведение диагностических процедур, реабилитации детей, осуществление которых выполняется в стационарных условиях при наличии медицинских показаний;

- отказ или несвоевременное оказание консультативной помощи врачам других подразделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения детей с заболеваниями по профилю «детская урология-андрология»;

- отказ в проведении профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений, а также лечение осложнений, возникших в процессе лечения детей;

- отказ или ненадлежащее ведение учетной и отчетной документации, отчетов о деятельности (п. 8 Правил организации деятельности уроандрологического отделения).

20. Отсутствие в медицинских организациях и их подразделениях необходимого медицинского оснащения, предусмотренного Порядком оказания медицинской помощи рассматривается как признак оказания медицинской помощи, не отвечающей требованиям безопасности, что накладывает на эксперта обязанность о сообщении о данном правонарушении в следственные органы.

21. Отсутствие предметов оборудования согласно стандарту оснащения, предусмотренному приложением № 6 к Порядку (п. 5 Правил организации деятельности уроандрологического отделения), в том числе:

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Стойка эндоскопическая универсальная (монитор, видеокамера, источник света, электрокоагулятор)	2
2.	Наркозный аппарат типовой для детей	1
3.	Кресло урологическое	2
4.	Урофлоуметр с принтером	1
5.	Цистоскоп смотровой, размер № 6 - 14	2
6.	Цистоскоп операционный, размер № 6 - 12	2
7.	Цистоуретероскоп гибкий	1
8.	Уретерореноскоп жесткий, размер № 4,5 - 6, 6 - 7,5	2
9.	Нефроскоп	1
10.	Набор уретральных бужей (жестких)	2
11.	Набор уретральных бужей (мягких)	2
12.	Набор телескопических дилатирующих бужей	1
13.	Кресло-качалка	1
14.	Тележка для перевозки больных	2
15.	Тележка грузовая межкорпусная	2
16.	Переносной набор для реанимации	1
17.	Передвижной аппарат для ультразвуковых исследований с набором датчиков	1
18.	Стол перевязочный	1
19.	Стол инструментальный	5
20.	Сейф для хранения лекарственных средств	1
21.	Инфузомат	1 на 10 коек
22.	Перфузор	1 на 10 коек
23.	Тонмометр с манжетой для детей до года	по числу врачей
24.	Бактерицидный облучатель воздуха, в том числе переносной	по числу палат
25.	Электронные весы для детей до 1 года	1

**20. Критерии ненадлежащего качества оказания помощи взрослому населению в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Эндокринология», утвержденным приказом МЗ РФ от 12.11.12 г. № 899н.**

1. Отказ в оказании медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология» в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

2. Отказ в оказании медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология» в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

3. Отказ в оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи больным, требующим срочного медицинского вмешательства, фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи эндокринологического профиля в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи».

4. Отказ бригады скорой медицинской помощи доставлять больных в медицинские организации, оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю «эндокринология» и «анестезиология и реанимация».

5. Отказ в оказании мероприятий первичной врачебной медико-санитарной помощи взрослому населению врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом) и врачом-эндокринологом (профилактика, диагностика, лечение, реабилитация) (п. 8 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»).

6. Неоказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейные врачи) и врачами-эндокринологами на основе стандартов медицинской помощи;

7. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях невыявление признаков поражения эндокринных органов, а также риска развития эндокринных заболеваний и их осложнений с применением общеклинических, гормональных и инструментальных исследований в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи.

8. Отказ от проведения мероприятий по наблюдению больных, входящих в группы риска, регулярно не реже 1 раза в год врачами-терапевтами участковыми или врачами общей практики (семейным врачом).

9. Отказ в направлении больных в стационар при невозможности оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и наличии медицинских показаний.

10. Отказ в оказании медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей стационарную эндокринологическую помощь при наличии медицинских показаний:

- при самостоятельном обращении больного;
- по направлению врача-эндокринолога;
- при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи (п. 11 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»).

11. Отказ в направлении при наличии или угрозе возникновения нарушений жизненно важных функций больной в отделение интенсивной терапии, реанимационное отделение, отделение анестезиологии-реанимации, отделение интенсивной терапии и реанимации.

12. Отказ в проведении профилактических мероприятий при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни больного, не требующих экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния больного, угрозу его жизни и здоровью.

13. Отказ в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи врачами-эндокринологами в стационарных условиях и условиях дневного стационара (профилактика, диагностика, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинская реабилитация).

14. Отказ в оказании специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения.

15. Отказ в направлении больных при наличии у них медицинских показаний

к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. № 1689н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2012 г. № 23164).

16. Отказ в направлении больных с эндокринными заболеваниями при наличии медицинских показаний для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

17. Невыполнение Правил организации деятельности кабинета врача-эндокринолога (приложение № 1 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»).

18. Отсутствие у врачебного персонала кабинета врача-эндокринолога сертификата специалиста по специальности «эндокринология» (п. 3 Правил организации деятельности кабинета врача-эндокринолога).

19. Отсутствие в медицинской организации, в структуре которой организован кабинет врача-эндокринолога, дополнительных структурных подразделений:

- кабинета «Диабетической стопы», осуществляющего свою деятельность в соответствии с Правилами организации деятельности кабинета «Диабетической стопы», предусмотренными приложением № 7 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология», утвержденному настоящим приказом, и оснащенный в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением № 8 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология», утвержденному настоящим приказом;
- кабинет диабетической ретинопатии, осуществляющего свою деятельность в соответствии с Правилами организации деятельности кабинета, диабетической ретинопатии, предусмотренными приложением № 9 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология», утвержденному настоящим приказом, и оснащенный в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением № 10 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология», утвержденному настоящим приказом;

- кабинета «Школы для больных сахарным диабетом», осуществляющего свою деятельность в соответствии с Правилами организации деятельности кабинета «Школа для больных сахарным диабетом», предусмотренными приложением № 11 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология», утвержденному настоящим приказом, и оснащенный в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением № 12 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю



«эндокринология», утвержденному настоящим приказом.

20. Отсутствие предметов оборудования кабинета врача-эндокринолога, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 3 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»):

21. Невыполнение Правил организации деятельности отделения эндокринологии (приложение № 4 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»);

22. Отсутствие у врачебного персонала отделения эндокринологии сертификата специалиста по специальности «эндокринология» (п. 3 Правил организации деятельности отделения эндокринологии).

23. Отсутствие в отделении эндокринологии специалистов в соответствии с рекомендациями Правил организации деятельности отделения эндокринологии (приложение № 5 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»);

24. Отсутствие предметов оборудования отделения эндокринологии, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 6 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»):

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Весы электронные	1
2.	Ростомер	1
3.	Сантиметровая лента	1
4.	Тонومتر для измерения артериального давления	1
5.	Неврологический набор для диагностики диабетической нейропатии (монофиламент 10 г, градуированный камертон, неврологический молоточек)	1
6.	Глюкометр	2
7.	Система суточного мониторинга гликемии	2
8.	Носимые системы постоянной подкожной инфузии инсулина	2
9.	УЗИ-аппарат	1
10.	Мини-доплер	2
11.	Персональный компьютер с программным обеспечением и печатным устройством	1

25. Невыполнение Правил организации деятельности кабинета «диабетической стопы» (приложение № 7 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»).

26. Отсутствие у врачебного персонала кабинета «диабетической стопы» сертификата специалиста по специальности «эндокринология» или «диабетология» (п. 3 Приложения №7 Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»).

27. Отсутствие предметов оборудования кабинета «диабетической стопы», предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 8 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»):

**СТАНДАРТ  
ОСНАЩЕНИЯ КАБИНЕТА «ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ»**

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Шкаф медицинский одностворчатый	2
2.	Столик инструментальный	3
3.	Лампа бактерицидная	1
4.	Биксы малые	3
5.	Медицинский инструментарий: пинцеты, скальпели съёмные (№ 15), скальпели съёмные (№ 11), ручка для скальпеля, зонды, ножницы, зажим типа «москит»	20 300 300 5 2 2 2
6.	Кушетка медицинская	1
7.	Негатоскоп	1
8.	Градуированный камертон 128 Гц	1
9.	Монофиламент 10 г	1
10.	Неврологический молоточек	1
11.	Ультразвуковой доплеровский анализатор	1
12.	Сухожаровой шкаф для инструментов	1
13.	Профессиональный скалер для удаления гиперкератоза	1
14.	Набор фрез для скалера	по требованию
15.	Стерилизатор шариковый для фрез	

16.	Лопаточки для ногтей	4
17.	Кусачки	4
18.	Лампа-лупа	1
19.	Подиатрическое кресло	1
20.	Стул вращающийся	2
21.	Набор мебели для кабинета: стол письменный, стулья, стол компьютерный, шкаф платяной, стеллаж для документов	1 4 2 1 1
22.	Электрокардиограф	1
23.	Персональный компьютер с печатным устройством	1

28. Невыполнение Правил организации деятельности кабинета «диабетической ретинопатии» (приложение № 9 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»).

29. Отсутствие у врачебного персонала кабинета «диабетической ретинопатии» сертификата специалиста по специальности «офтальмология» (п. 3 Приложения № 9 Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»).

30. Отсутствие предметов оборудования кабинета «диабетической ретинопатии», предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 10 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»):

#### СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ КАБИНЕТА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Шкаф медицинский одностворчатый	2
2.	Столик инструментальный	3
3.	Набор мебели для кабинета: стол письменный, стулья, стол компьютерный, шкаф платяной, стеллаж для документов	1 4 2 1 1

4.	Кушетка медицинская	1
5.	Персональный компьютер с принтером	1
6.	Бесконтактный тонометр	1
7.	Набор пробных очковых стекол	1
8.	Экзофтальмометр	1
9.	Проектор знаков	1
10.	Щелевая лампа	1
11.	Автокераторефрактометр	1
12.	Автоматический компьютерный периметр	1
13.	Прямой офтальмоскоп	1
14.	Мультиволновой лазер для лазерной коагуляции сетчатки	1
15.	Линзы для лазерной коагуляции сетчатки	2
16.	Глюкометр с набором тест-полосок	1

31. Невыполнение Правил организации деятельности кабинета «школа для больных сахарным диабетом» (приложение № 11 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»).

32. Отсутствие предметов оборудования кабинета «школа для больных сахарным диабетом», предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 12 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»).

33. Невыполнение Правил организации деятельности «центра медицинского эндокринологического (диспансера)» (приложение № 9 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»).

34. Отсутствие у руководителя «центра медицинского эндокринологического (диспансера)» сертификата специалиста по специальности «эндокринология» (п. 3 Приложения № 13 Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»).

35. Отсутствие предметов оборудования «центра медицинского эндокринологического (диспансера)», предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 15 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»):

СТАНДАРТ  
ОСНАЩЕНИЯ ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОГО  
ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО (ДИСПАНСЕРА)

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Аппарат для полисомнографии	1
2.	Система суточного мониторинга АД	2
3.	Система суточного мониторинга ЭКГ	2
4.	Экзофтальмометр	2
5.	Велозргомтр повышенной грузоподъемности	1
6.	Сейф для хранения сильнодействующих и психотропных средств, документации	1
7.	Ангиограф с цифровой записью рентгеноизображения	1
8.	Автоматический инъектор	1
9.	Кардиостимулятор для наружной кардиостимуляции	1
10.	Дефибриллятор-кардивертер	1
11.	Шприцевая помпа	2
12.	Извольемический насос	2
13.	Переносной ангиограф с цифровой записью рентгеноизображения	1
14.	Система для проведения тредмил теста	2
15.	Ультразвуковая эхокардиографическая система экспертного класса с чрезпищеводным датчиком	3
16.	Дефибриллятор бифазный с функцией синхронизации	1
17.	Электрокардиостимулятор	2
18.	Мобильный ультразвуковой аппарат для исследования сердца и сосудов	1
19.	Аппарат для проведения внутриаортальной баллонной контрпульсации	1
20.	Аппарат рентгеновский диагностический	2
21.	Рентгеновский остеоденситометр со столом под нагрузку до 300 кг	2
22.	Рентгеновский маммограф цифровой	1
23.	Ангиографический аппарат	1

24.	Мультиспиральный рентгеновский компьютерный томограф	1
25.	Передвижной палатный рентгеновский аппарат	1
26.	Магнитно-резонансный томограф	1
27.	Ультразвуковая диагностическая система экспертного класса	2
28.	Переносной ультразвуковой сканер	1
29.	Ультразвуковая эхокардиографическая система	1
30.	Ультразвуковая диагностическая система с функцией доплерографии сосудов конечностей	1
31.	Аппарат для спирометрии цифровой	1
32.	Эндоскопический ультразвуковой центр	1
33.	Гастродуоденофиброскоп	1
34.	Гастрофиброскоп	1
35.	Бронхофиброскоп	1
36.	Ларингофиброскоп	1
37.	Колонофиброскоп	1
38.	Электрокардиограф 12-ти канальный	4
39.	Автоматический биохимический анализатор с ионоселективным блоком	2
40.	Автоматический анализатор гликированного гемоглобина	2
41.	Многокомпонентный анализатор мочи	1
42.	Автоматический анализатор электролитов и газов крови	2
43.	Автоматический гематологический анализатор	2
44.	Автоматический иммунохимический анализатор	2
45.	Система определения факторов свертываемости крови автоматическая	1
46.	Осмометр	1
47.	Автоматический анализатор глюкозы и лактата	2
48.	Анализатор СОЭ автоматический	1
49.	Комплект оборудования для иммуноферментного анализа	2
50.	Микроскоп бинокулярный с иммерсией и встроенным осветителем	2

51.	Центрифуга лабораторная	2
52.	Центрифуга лабораторная рефрижераторная	2
53.	Шкаф вытяжной	2
54.	Шкаф холодильный для хранения проб	2
55.	Шкаф морозильный для хранения проб	2
56.	Шкаф холодильный для хранения реактивов	4
57.	Анализатор агрегации тромбоцитов автоматический	1
58.	Аппарат для получения деионизированной воды	1
59.	Лабораторная информационная система	1
60.	Анализатор биологических веществ и их метаболитов на базе высокоэффективного жидкостного хроматографа и масс-спектрометра (тандемный масс-спектрометр)	1
61.	Комплект оборудования для ПЦР диагностики	1
62.	Секвенатор автоматизированный	1
63.	Полногеномный секвенатор	1
64.	Проточный цитометр	1

36. Отсутствие в эндокринологическом отделении палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии (приложение № 6 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»).

37. Отсутствие предметов оборудования палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии детского эндокринологического отделения, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 6 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»):

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Функциональная кровать	6
2.	Функциональная кроватка для детей грудного возраста	по требованию
3.	Кроватка с подогревом или матрасик для обогрева	по требованию
4.	Источник лучистого тепла	по требованию
5.	Пеленальный стол	по требованию
6.	Прикроватный столик	по числу коек
7.	Тумба прикроватная	по числу коек

8.	Прикроватная информационная доска (маркерная)	по числу коек
9.	Монитор с определением температуры тела, частоты дыхания, пульсоксиметрией, электрокардиографией, неинвазивным измерением артериального давления	1 на 1 койку
10.	Дефибриллятор	2
11.	Вакуумный электроотсос	по числу коек
12.	Аппарат искусственной вентиляции легких	1 на 1 койку
13.	Мешок Амбу	2
14.	Мобильная реанимационная медицинская тележка	1
15.	Портативный электрокардиограф	1
16.	Глюкометр	2
17.	Инфузомат	1 на 1 койку
18.	Перфузор	2 на койку
19.	Бактерицидный облучатель воздуха, в том числе переносной	по требованию
20.	Тромбомиксер	1
21.	Сейф для хранения сильнодействующих лекарственных средств	1
22.	Тонометр для измерения артериального давления с манжетой для детей до года	по требованию
23.	Негатоскоп	1
24.	Кислородная подводка	1 на 1 койку
25.	Инструментальный стол	2
26.	Весы электронные для детей до 1 года	1
27.	Весы	1
28.	Дозаторы для жидкого мыла, средств дезинфекции и диспенсоры для бумажных полотенец	2
29.	Термометр	по числу коек
30.	Стетофонендоскоп	1
31.	Штатив медицинский (инфузионная стойка)	по требованию
32.	Ларингоскоп с клинками, в том числе детскими	2
33.	Емкость для сбора бытовых и медицинских отходов	2



34.	Емкость для дезинфекции инструментария и расходных материалов	по требованию
-----	---	---------------

38. Невыполнение Правил организации деятельности кабинета – школы для больных сахарным диабетом (приложение № 7 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»).

39. Отсутствие у врачебного персонала кабинета – школы для больных сахарным диабетом сертификата специалиста по специальности «эндокринология» (п. 3 Правил организации деятельности кабинета – школы для больных сахарным диабетом).

40. Отсутствие предметов оборудования кабинета – школы для больных сахарным диабетом, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 9 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»).

**21. Критерии ненадлежащего качества оказания помощи детям в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи детям по профилю «Детская эндокринология», утвержденным приказом МЗ РФ от 12.11.12 г. № 908н.**

1. Отказ в оказании медицинской помощи детям по профилю «детская эндокринология» в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

2. Отказ в оказании медицинской помощи детям по профилю «детская эндокринология» в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

3. Отказ в оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи детям врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом).

4. Отказ в оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи детям врачом - детским эндокринологом.

5. Отказ в направлении детей при подозрении или выявлении у них заболеваний эндокринной системы врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейные врачи) на консультацию к врачу - детскому эндокринологу

6. Отказ в оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи детям, требующим срочного медицинского вмешательства, фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 ноября 2004 г., регистрационный № 6136) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 августа 2010 г. № 586н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 августа 2010 г., регистрационный № 18289), от 15 марта 2011 г. № 202н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2011 г., регистрационный № 20390) и от 30 января 2012 г. № 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 марта 2012 г., регистрационный № 23472).

7. Отказ при оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости в осуществлении медицинской эвакуации, которая включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию.

8. Доставка бригадой скорой медицинской помощи детей с угрожающими жизни состояниями в медицинские организации, не имеющие в своей структуре отделение анестезиологии-реанимации или блок (палату) реанимации и интенсивной терапии и обеспечивающие круглосуточное медицинское наблюдение и лечение детей.

9. Отказ в оказании специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи.

10. Отказ в направлении детей при наличии у них медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 года № 1689н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2012 г., регистрационный № 23164).

11. Отказ при лечении детей при наличии медицинских показаний в привлечении врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 июня 2009 г., регистрационный № 14032), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 февраля 2011 г. № 94н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 марта 2011 г., регистрационный № 20144).

12. Отказ в проведении плановой эндокринологической медицинской помощи детям при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни детям, не требующих экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния детей, угрозу их жизни и здоровью.

13. Отсутствие в медицинской организации кабинета – школы диабета для обучения детей, страдающих сахарным диабетом, и их родителей (законных представителей) навыкам здорового образа жизни, правильного питания, технике инъекционного введения лекарственных препаратов и проведения самоконтроля уровня глюкозы в крови.

14. Отказ в обезболивании в случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием помощи детям при заболеваниях эндокринной системы, может повлечь возникновение болевых ощущений у детей.

15. Невыполнение Правил организации деятельности кабинета врача-детского эндокринолога (приложение № 1 к Порядку оказания медицинской помощи детям по профилю «детская эндокринология»);

16. Отсутствие у врачебного персонала кабинета врача-детского эндокринолога сертификата специалиста по специальности «детская эндокринология» (п. 3 Правил организации деятельности кабинета врача-детского эндокринолога).

17. Отсутствие предметов оборудования кабинета врача-детского эндокринолога, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 3 к Порядку оказания медицинской помощи детям по профилю «детская эндокринология»):

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Стол рабочий	2
2.	Кресло рабочее	2
3.	Стул	2
4.	Кушетка	1
5.	Ростомер	1

6.	Настольная лампа	2
7.	Сантиметровая лента	1
8.	Ширма	1
9.	Пеленальный стол	1
10.	Шкаф для хранения медицинских документов	1
11.	Шкаф для хранения лекарственных средств	1
12.	Бактерицидный облучатель воздуха рециркуляторного типа	1
13.	Весы электронные для детей до 1 года	1
14.	Весы	1
15.	Тонометр для измерения артериального давления с манжетой для детей до года	1
16.	Стетофонендоскоп	1
17.	Персональный компьютер с принтером, выходом в Интернет	1
18.	Шкаф двухсекционный для одежды	1
19.	Неврологический набор для диагностики диабетической нейропатии (монофиламент 10 г, градуированный камертон, неврологический молоточек)	1
20.	Глюкометр	1
21.	Тест-полоски к глюкометру	из расчета 15 на 1 рабочий день
22.	Орхидометр	1
23.	Тест-полоски для определения кетонов крови и кетоновых тел в моче	из расчета 15 на 1 рабочий день
24.	Калипер	1
25.	Емкость для дезинфекции инструментария и расходных материалов	по требованию
26.	Емкость для сбора бытовых и медицинских отходов	2

18. Невыполнение Правил организации деятельности детского эндокринологического отделения (приложение № 4 к Порядку оказания медицинской помощи детям по профилю «детская эндокринология»);

19. Отсутствие у врачебного персонала детского эндокринологического отделения сертификата специалиста по специальности «детская эндокринология» (п. 3 Правил организации деятельности детского эндокринологического отделения).

20. Отсутствие предметов оборудования детского эндокринологического

отделения, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 6 к Порядку оказания медицинской помощи детям по профилю «детская эндокринология»).

21. Отсутствие в детском эндокринологическом отделении палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии (приложение № 6 к Порядку оказания медицинской помощи детям по профилю «детская эндокринология»).

22. Отсутствие предметов оборудования палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии детского эндокринологического отделения, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 6 к Порядку оказания медицинской помощи детям по профилю «детская эндокринология»):

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Функциональная кровать	по требованию
2.	Функциональная кроватка для детей грудного возраста	по требованию
3.	Кроватка с подогревом или матрасик для обогрева	по требованию
4.	Источник лучистого тепла	по требованию
5.	Пеленальный стол	по числу коек
6.	Прикроватный столик	по числу коек
7.	Тумба прикроватная	по числу коек
8.	Прикроватная информационная доска (маркерная)	по числу коек
9.	Монитор с определением температуры тела, частоты дыхания, пульсоксиметрией, электрокардиографией, неинвазивным измерением артериального давления	1 на 1 койку
10.	Дефибриллятор	2
11.	Вакуумный электроотсос	по числу коек
12.	Аппарат искусственной вентиляции легких	1 на 1 койку
13.	Мешок Амбу	2
14.	Мобильная реанимационная медицинская тележка	1
15.	Портативный электрокардиограф	1
16.	Глюкометр	2
17.	Инфузомат	1 на 1 койку
18.	Перфузор	2 на койку
19.	Бактерицидный облучатель воздуха, в том числе переносной	по требованию

20.	Тромбомиксер	1
21.	Сейф для хранения сильнодействующих лекарственных средств	1
22.	Тонометр для измерения артериального давления с манжетой для детей до года	по требованию
23.	Негатоскоп	1
24.	Кислородная подводка	1 на 1 койку
25.	Инструментальный стол	2
26.	Весы электронные для детей до 1 года	1
27.	Весы	1
28.	Дозаторы для жидкого мыла, средств дезинфекции и диспенсоры для бумажных полотенец	2
29.	Термометр	по числу коек
30.	Стетофонендоскоп	1
31.	Штатив медицинский (инфузионная стойка)	по требованию
32.	Ларингоскоп с клинками, в том числе детскими	2
33.	Емкость для сбора бытовых и медицинских отходов	2
34.	Емкость для дезинфекции инструментария и расходных материалов	по требованию

23. Невыполнение Правил организации деятельности кабинета – школы для больных сахарным диабетом (приложение № 7 к Порядку оказания медицинской помощи детям по профилю «детская эндокринология»).

24. Отсутствие у врачебного персонала кабинета – школы для больных сахарным диабетом сертификата специалиста по специальности «детская эндокринология» (п. 3 Правил организации деятельности кабинета – школы для больных сахарным диабетом).

25. Отсутствие предметов оборудования кабинета – школы для больных сахарным диабетом, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 9 к Порядку оказания медицинской помощи детям по профилю «детская эндокринология»).

## **22. Критерии ненадлежащего качества оказания помощи детям в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи детям по профилю «Ревматология», утвержденным приказом МЗ РФ от 25.10.12 г. № 441н.**

1. Отказ учреждения здравоохранения, имеющего в своем штате специалистов по профилю «ревматология», в оказании медицинской помощи детям по профилю «ревматология», в частности, отказ в:

- профилактике ревматических болезней;

- диагностике и лечении ревматических заболеваний и состояний;
  - медицинской реабилитации;
  - формировании здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению детей;
2. Отказ учреждения здравоохранения, не имеющего в своем штате специалистов по профилю «ревматология», в оказании медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи детям по профилю «ревматология», в частности, отказ в приеме:
    - врачом-педиатром участковым;
    - врачом общей практики (семейным врачом);
  3. Отказ в направлении детей на консультацию в детский ревматологический кабинет при подозрении или выявлении у детей ревматических болезней;
  4. Отказ в направлении врачом-ревматологом детей каждые три месяца к врачу-офтальмологу с целью выявления поражений органа зрения (п.10 Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «ревматология»);
  5. Отказ в направлении детей в детское ревматологическое отделение (койки) при наличии медицинских показаний для проведения специализированного лечения в рамках оказания медицинской помощи в стационарных условиях с целью выработки тактики лечения, проведения интенсивной терапии, терапии генно-инженерными биологическими препаратами;
  6. Отсутствие в медицинской организации, в структуре которой организовано детское ревматологическое отделение, для оказания специализированной помощи детям отделения анестезиологии и реаниматологии или блока (палаты) реанимации и интенсивной терапии, иммунологической лаборатории с проточным цитофлюоомером и оборудованием для определения иммунологических маркеров ревматических болезней, отделения лучевой диагностики, включая кабинет компьютерной томографии с программой для исследования суставов, а также эндоскопического отделения;
  7. Отказ при наличии медицинских показаний в высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи (п. 13 Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «ревматология»);
  8. Отсутствие в структуре медицинской организации, где проводится детям внутривенное введение лекарственных средств, в том числе генно-инженерных биологических препаратов (противоревматических препаратов), отделения анестезиологии и реаниматологии или блока (палату) реанимации и интенсивной терапии (п. 15 Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «ревматология»);
  9. Отказ в проведении детям, получающим противоревматические препараты, включая генно-инженерные биологические препараты, каждые 6 месяцев туберкулиновых проб и компьютерного исследования органов грудной клетки с целью исключения туберкулеза. Отказ при наличии медицинских показаний в направлении детей на консультацию к врачу-фтизиатру (п.14 Порядка оказания

- медицинской помощи детям по профилю «ревматология»);
10. Отказ в направлении к врачу-травматологу-ортопеду по медицинским показаниям детей, нуждающиеся в эндопротезировании (п. 15 Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «ревматология»);
11. Отказ в проведении обезболивания в случаях, если проведение медицинских манипуляций детям связаны с болевыми ощущениями (п. 16 Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «ревматология»);
12. Невыполнение Правил организации деятельности детского ревматологического кабинета (приложение № 1 к Порядку оказания медицинской помощи детям по профилю «ревматология»);
13. Отсутствие у врачебного персонала детского ревматологического кабинета сертификата специалиста по специальности «ревматология» (п. 3 Правил организации деятельности детского ревматологического кабинета).
14. Отсутствие предметов оборудования детского ревматологического кабинета, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 3 к Порядку оказания медицинской помощи детям по профилю «ревматология»):

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Стол рабочий	2
2.	Кресло рабочее	2
3.	Стул	2
4.	Кушетка	1
5.	Шкаф для хранения лекарственных средств	1
6.	Холодильник	1
7.	Ростомер	1
8.	Настольная лампа	2
9.	Тонометр для измерения артериального давления с манжетой для детей до года	1
10.	Шкаф для хранения медицинских документов	1
11.	Сантиметровая лента	1
12.	Бактерицидный облучатель воздуха	1
13.	Ширма	1
14.	Пеленальный стол	1
15.	Весы	1
16.	Электронные весы для детей до года	1
17.	Стетофонендоскоп	1
18.	Негатоскоп	1



19.	Медицинский термометр	3
20.	Шпатель	по требованию
21.	Емкости для сбора бытовых и медицинских отходов	2

15. Невыполнение Правил организации деятельности детского ревматологического отделения (приложение № 4 к Порядку оказания медицинской помощи детям по профилю «ревматология»);

16. Отсутствие предметов оборудования детского ревматологического отделения, предусмотренного Стандартом оснащения (приложение № 6 к Порядку оказания медицинской помощи детям по профилю «ревматология»).

### **23. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи населению по профилю «Пульмонология» в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 916н.**

1. Нарушения правил протоколирования обоснования формы оказания медицинской помощи по профилю «пульмонология» (ч. 4 ст. 32 Закона РФ № 323-ФЗ и п. 4, 8-10 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология»):

1) отсутствие формулирования повода для оказания экстренной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, травмы и ее осложнений, состояния, обострения хронических заболеваний пульмонологического профиля, представляющих угрозу жизни пациента (перечисление признаков угрозы для жизни);

2) отсутствие формулирования повода для оказания неотложной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, состояния, травмы и ее осложнений, обострения хронических заболеваний пульмонологического профиля без явных признаков угрозы жизни пациента (перечисление отсутствия явных признаков угрозы для жизни);

3) отсутствие хронологического признака (указания на время (час, минута) возникновения состояния, требующего экстренной или неотложной помощи, времени начала и окончания каждого медицинского вмешательства, времени начала изменений в состоянии пациента, появления или устранения признаков угрозы для жизни);

4) отсутствие формулирования повода для оказания плановой медицинской помощи - заболевания, состояния, травмы и ее последствий, обострения хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;

5) отсутствие журнала ожидания пациентом плановой медицинской помощи по отделению, оказывающему помощь пульмонологического профиля, а также записи в журнале о конкретной дате оказания плановой помощи, а также наличие

свободных «более ранних» дат в журнале ожидания пациентом плановой медицинской помощи.

2. Отказ в оказании мероприятий первичной медико-санитарной помощи (профилактика, диагностика, лечение, реабилитация) заболеваний и состояний пульмонологического профиля (п. 4 Порядка).

3. Отказ врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), медицинских работников со средним медицинским образованием или врача-терапевта, врача-педиатра в направлении/ не направлении пациента при наличии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи, не требующей ее оказания в стационарных условиях, в кабинет врача-пульмонолога медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи (п. 5 Порядка).

4. Отказ в направлении/ не направлении пациента при невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «пульмонология» или «терапия», «педиатрия», «хирургия», «детская хирургия» (п. 5 Порядка).

5. Отсутствие определения конкретной даты оказания плановой медицинской помощи по профилю «пульмонология» (консультация, госпитализация и др.), отсрочка до которой (даты) гарантированно не повлечет за собой ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью больного, а также развитие рецидивов заболеваний пульмонологического профиля (п. 13 Порядка).

6. Возникновение ухудшения состояния, угрозы жизни и здоровью больного, а также развитие рецидивов заболеваний пульмонологического профиля в период отсрочки (ожидания) плановой медицинской помощи по профилю «пульмонология» (пп. 5, 13 Порядка).

7. Отказ в оказании медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей специализированную помощь пульмонологического профиля при наличии медицинских показаний:

- при самостоятельном обращении больного;

- по направлению, выданному в установленном порядке медицинскими работниками со средним медицинским образованием, врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-терапевтом, врачом-педиатром, врачом-пульмонологом медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь;

- при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи (п. 14 Порядка).

8. Транспортировка больных с угрожающими жизни состояниями бригадой скорой медицинской помощи в медицинские организации, в которых отсутствует круглосуточная медицинская помощь по профилям «анестезиология и реанимация» или «хирургия», «детская хирургия», «пульмонология», «терапия», «педиатрия» (п. 9 Порядка).

9. Отказ в переводе или несвоевременный перевод в пульмонологическое или хирургическое отделение, отделение детской хирургии, терапии, педиатрии медицинской организации для оказания специализированной медицинской помощи при наличии медицинских показаний после устранения угрожающих жизни состояний (п. 10 Порядка).

10. Отказ в привлечении врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н, при наличии медицинских показаний (п. 12 Порядка).

11. Невыполнение требований Порядка направления граждан РФ в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Минздрава России, или нарушение правил протоколирования при направлении в федеральные государственные медицинские организации, находящиеся в ведении Минздрава России, для получения специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи, при:

- необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания;

- отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения;

- высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний;

- необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями;

- необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи, приведенном в приложении к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 16 апреля 2010 г. № 243н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 мая 2010 г. № 17175), а также при наличии у больного медицинских показаний;

- в федеральных государственных медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 г. № 617 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 октября

2005 г. № 7115) (п. 15 Порядка).

12. Невыполнение требований Порядка направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «пульмонология», в том числе отказ в направлении больного в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, при наличии у больного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (п. 16 Порядка).

13. Отсутствие в первичной медицинской документации протокола о наличии или отсутствии у больного медицинских показаний для направления его в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь (п. 16 Порядка).

14. Отказ в направлении больных при наличии медицинских показаний в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь после оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (п. 17 Порядка).

15. Отказ в направлении больных с пульмонологическими заболеваниями для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации при наличии медицинских показаний (п. 18 Порядка).

16. Отсутствие в медицинской документации анализа медицинских показаний и противопоказаний для проведения реабилитационных мероприятий в специализированных медицинских и санаторно-курортных организациях больных с заболеваниями и состояниями пульмонологического профиля (п. 18 Порядка).

17. Отказ в направлении больных при наличии медицинских показаний для получения паллиативной медицинской помощи (п. 19 Порядка).

18. Отсутствие у врачебного персонала кабинета врача-пульмонолога, пульмонологического дневного стационара, пульмонологического отделения - сертификата по специальности «пульмонология» (п. 3 Правил организации деятельности кабинета врача-пульмонолога, Правил организации деятельности пульмонологического стационара, Правил организации деятельности пульмонологического дневного стационара).

19. Отсутствие предметов оборудования кабинета врача-пульмонолога согласно Стандарту оснащения, предусмотренному приложением № 3 к Порядку.

20. Несоблюдение требований выполнения основных функций кабинета врача-пульмонолога, а именно:

- отказ в оказании или несвоевременное оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с пульмонологическими заболеваниями;
- отказ в диспансерном наблюдении и медицинской реабилитации больных с пульмонологическими заболеваниями;
- непроведение мероприятий по первичной профилактике развития пульмонологических заболеваний, а также вторичной профилактике осложнений и прогрессирующего течения пульмонологических заболеваний;
- отказ в решении организационных вопросов оказания медицинской помощи по

профилю «пульмонология» и не направление больного на консультацию к другим специалистам;

- отказ или несвоевременное направление больных с пульмонологическими заболеваниями для оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинской организации;

- отказ в отборе больных для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а также в учете лиц, ожидающих и получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «пульмонология»;

- непроведение диспансеризации прикрепленного населения;

- отсутствие организованных мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению больных и их родственников;

- отсутствие организованных школ здоровья для больных, родителей детей с пульмонологическими заболеваниями;

- отказ или ненадлежащее ведение учетной и отчетной документации, отчетов о деятельности, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством или несвоевременное их предоставление (п. 6 Правил организации деятельности кабинета врача-пульмонолога).

21. Отсутствие предметов оборудования согласно стандарту оснащения пульмонологического дневного стационара, предусмотренному приложением № 6 к Порядку.

22. Несоблюдение требований выполнения основных функций пульмонологического дневного стационара, а именно:

- отказ в оказании или несвоевременное оказание медицинской помощи больным с пульмонологическими заболеваниями, не требующими круглосуточного медицинского наблюдения, в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи;

- отказ в наблюдении больных, которым была оказана медицинская помощь по профилю «пульмонология» в стационарных условиях;

- отказ или ненадлежащее ведение учетной и отчетной документации, отчетов о деятельности, ведение которых предусмотрено законодательством;

- отказ в проведении санитарно-гигиенического обучения больных и их родственников (п. 8 Правил организации деятельности пульмонологического дневного стационара).

23. Отказ в направлении или несвоевременное направление больного при наличии медицинских показаний для оказания медицинской помощи, требующей круглосуточного медицинского наблюдения, а также при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в условиях дневного стационара, из пульмонологического дневного стационара для оказания медицинской помощи в стационарных условиях (п. 9 Правил организации деятельности пульмонологического дневного стационара).

24. Организация пульмонологического отделения в медицинской организации при отсутствии круглосуточно функционирующих отделения или палаты (блока)

реанимации и интенсивной терапии, клиничко-диагностической и биохимической лаборатории, бактериологической лаборатории, отделения лучевой диагностики, включающего ультразвуковую и рентгеновскую диагностику, отделения функциональной диагностики, а также функционирующих в штатном режиме отделения общей хирургии (детской хирургии), приемного отделения с хирургической смотровой, рентгенологического кабинета.

25. Отсутствие предметов оборудования согласно стандарту оснащения, предусмотренному приложением № 9 к Порядку (п. 5 Правил организации деятельности пульмонологического отделения), в том числе:

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Спироанализатор	1
2.	Портативный спирометр с регистрацией кривой поток-объем	1
3.	Пульсоксиметр	по количеству врачей-специалистов
4.	Медицинский отсос-дренаж	4
5.	Небулайзер (компрессорный)	1 на 4 койки
6.	Небулайзер для лечения заболеваний придаточных пазух носа	5
7.	Централизованная подводка кислорода в каждую палату к каждой койке	1 система на отделение
8.	Концентратор кислорода	2 на 60 коек
9.	Набор для плевральной пункции	3
10.	Система экстренного оповещения (сигнализации) из палат от каждой койки на пост медицинской сестры	1 система на отделение
11.	Респиратор для неинвазивной вентиляции легких	1 на 6 коек
12.	Скрининговая система для диагностики нарушений дыхания во время сна	3
13.	Пикфлоуметр	по числу коек
14.	Кислородный баллон (10 литров) с редуктором и флоуметром, на каталке, для транспортировки пациентов	2
15.	Тренажер дыхательный инспираторный	10
16.	Тренажер дыхательный экспираторный	10

17.	Спейсер	по числу коек
18.	Инфузомат (шприц-помпа)	1 на 4 койки
19.	Функциональные кровати с возможностью быстрой доставки на них пациента в блок реанимации и интенсивной терапии и проведения на них закрытого массажа сердца	не менее 1 на 10 коек отделения
20.	Набор для оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке (противошоковый набор)	1
21.	Флаттер	10
22.	Прибор для определения выдыхаемого оксида азота	1
23.	Прибор для определения выдыхаемого оксида углерода	1
24.	Мешок Амбу	2
25.	Набор для интубации трахеи	2
26.	Капнометр с возможностью записи трендов	1

26. Несоблюдение требований выполнения основных функций пульмонологического отделения, а именно:

- невыполнение требований стандартов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «пульмонология» в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным с пульмонологическими заболеваниями;
- отказ или несвоевременное оказание консультативной помощи врачам других подразделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения больных с пульмонологическими заболеваниями;
- отказ в проведении санитарно-гигиенического обучения больных и их родственников;
- отказ или ненадлежащее ведение учетной и отчетной документации, отчетов о деятельности, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством (п. 8 Правил организации деятельности пульмонологического отделения).

27. Отсутствие в медицинских организациях и их подразделениях необходимого медицинского оснащения, предусмотренного Порядком оказания медицинской помощи рассматривается как признак оказания медицинской помощи, не отвечающей требованиям безопасности.

## **24. Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи населению по профилю «Торакальная хирургия» в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 898 н.**

I. Невыполнение Порядка, устанавливающего правила оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия» в медицинских организациях.

1. Неоказание медицинской помощи по профилю «торакальная хирургия» (далее - медицинская помощь) в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
  - скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
  - специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.
- (п.2 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

2. Неоказание медицинской помощи может быть зафиксировано в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) (п.3 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

3. Неоказание первичной медико-санитарной помощи, включающей:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Неоказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара.

Отказ врача-терапевта участкового (врачи общей практики (семейные врачи), фельдшеры) или врача-хирурга при наличии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи, не требующей ее оказания в стационарных условиях, в направлении больного в медицинскую организацию для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) условиях дневного стационара.

Отказ больному в направлении в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, при невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний (п.5 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

4. Отказ фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи,



специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи торакального профиля в оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинская помощь больным, требующим срочного медицинского вмешательства, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. № 179. (п.6 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

5. Неоказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях. (п. 8 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

6. Госпитализация бригадой скорой медицинской помощи больных с угрожающими жизни состояниями в медицинские организации, не оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю «торакальная хирургия» или не имеющие отделений «хирургии», «анестезиологии и реанимации» (п.9 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

7. Отказ в переводе в хирургическое торакальное отделение медицинской организации для оказания специализированной медицинской помощи при наличии медицинских показаний после устранения угрожающих жизни состояний (п.10 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

8. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи врачами, не имеющими сертификатов по специальности «торакальная хирургия» как в стационарных условиях, так и в условиях дневного стационара. В случае выявления онкологического заболевания по профилю «торакальная хирургия» оказание специализированной медицинской помощи, не требующее комбинированного и (или) сочетанного лечения, осуществляется врачом иной специальности, чем торакальным хирургом (п.11 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

9. Отказ в привлечении врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н при наличии медицинских показаний (п.12 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

10. Неоказание плановой медицинской помощи, оказывающейся при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни, не требующих экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью больного (п.13 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

11. Отказ в оказании медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, при наличии медицинских показаний при самостоятельном обращении больного, по направлению фельдшера, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-хирурга медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, а также при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи (п.14 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

12. Отказ в оказании специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи, приведенным в приложении к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. № 243н. (п.15 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

13. Отказ в направлении в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь при наличии у больного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (п.16 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

II. Невыполнение медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь больным рекомендациями, изложенными в приложениях № 1-15 к настоящему Порядку.

1.1. Невыполнение Правил, устанавливающих порядок организации деятельности дневного стационара по профилю «торакальная хирургия» (далее - дневной стационар) медицинской организации, являющейся структурным подразделением медицинской организации и организованной для осуществления медицинской помощи по профилю «торакальная хирургия» при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения в части структуры и штатной численности (прил. 2 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»), назначения специалиста на

должность заведующего (п.3 прил.1 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»

1.2. Невыполнение стандарта оснащения дневного стационара (приложением № 3 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

**СТАНДАРТ  
ОСНАЩЕНИЯ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПО ПРОФИЛЮ  
«ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ»**

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Набор инструментов для плевральной пункции	2
2.	Одноразовые стерильные наборы для торакоцентеза	по требованию
3.	Набор общехирургических инструментов для выполнения неполостных операций	2
4.	Аппарат ультразвуковой диагностики	по требованию
5.	Биопсийная (пункционная) насадка для ультразвукового датчика	по требованию
6.	Персональный компьютер с программным обеспечением и принтером	2
7.	Аппарат электрохирургический	1
8.	Пульсоксиметр	1
9.	Дефибриллятор бифазный	1

1.3. Невыполнение основных функций Дневного стационара:

- оказание медицинской помощи больным по профилю «торакальная хирургия», не требующей круглосуточного медицинского наблюдения, в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи;

- наблюдение больных, которым была оказана медицинская помощь по профилю «торакальная хирургия», в стационарных условиях медицинской организации;

- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, ведение которых предусмотрено законодательством. (п.8 прил. 1 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

1.4. Отказ больным в направлении для оказания медицинской помощи в стационарных условиях при наличии медицинских показаний для оказания медицинской помощи, требующей круглосуточного медицинского наблюдения, а также при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в условиях дневного стационара. (п.9 прил. 1 к Порядку оказания медицинской

помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

2.1. Невыполнение Правил, устанавливающих порядок организации деятельности отделения хирургического торакального медицинской организации (далее - Отделение) созданного как структурное подразделение медицинской организации в части назначения заведующего отделением (п.3. прил. 4 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»), структуры и штатной численности Отделения (прил. № 5 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

2.2. Невыполнение стандарта оснащения Отделения ( прил. № 6 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

Отсутствие операционной в структуре медицинских организаций, выполняющих оперативные вмешательства по профилю «торакальная хирургия», в структуре которых создается хирургическое торакальное отделение (прил. № 7 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

2.3. Невыполнение Отделением следующих функций:

- оказание специализированной медицинской помощи больным по профилю «торакальная хирургия» в экстренной и неотложной формах на основе стандартов оказания медицинской помощи;

- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством (п 9. прил. № 4 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»)

3.1. Невыполнение Правил, устанавливающих порядок организации деятельности отделения хирургического торакального специализированного медицинской организации, создаваемого как структурное подразделение в специализированных онкологических и туберкулезных больницах, диспансерах и клиниках научных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в части назначения заведующего отделением (прил. № 8 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»), структуры и штатной численности Отделения (п.4 прил. № 9 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

3.2. Несоблюдение стандартов оснащения (прил. № 10 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

1. Стандарт оснащения отделения хирургического торакального специализированного (за исключением палаты реанимации и интенсивной терапии)

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Кровати хирургические функциональные 3-секционные	по требованию
2.	Прикроватный столик	по требованию
3.	Прикроватная тумба	по требованию
4.	Консоль для размещения медицинского оборудования, подвода медицинских газов, электрических розеток	по требованию
5.	Аппарат аспирационный для плеврального дренажа	1 на 2 коек
6.	Пульсоксиметр	1 на 15 коек
7.	Капнограф	1 на 15 коек
8.	Кислородный концентратор	2 на 15 коек
9.	Ингаляторы компрессорные	1 на 10 коек
10.	Ингаляторы ультразвуковые (небулайзер)	1 на 2 коек
11.	Дефибриллятор бифазный	1
12.	Спирометр на основе персонального компьютера	1
13.	Аппарат для холтеровского мониторинга сердечного ритма	2
14.	Негатоскоп демонстрационный	3

2. Стандарт оснащения палаты реанимации и интенсивной терапии отделения хирургического торакального специализированного

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Дефибриллятор бифазный с функцией синхронизации, капнометрии, электрокардиографии, пульсоксиметрии	2
2.	Электрокардиограф 6-канальный	1
3.	Электроотсасыватель хирургический с бактериальным фильтром	6
4.	Кислородные индивидуальные распылители с системой увлажнения и подогрева	6

5.	Функциональные кровати для отделений реанимации и интенсивной терапии 4-х-секционные с прикроватными столиками и тумбами	6
6.	Аппарат для неинвазивной искусственной вентиляции легких	2
7.	Набор для интубации трахеи	2
8.	Автоматический дозатор лекарственных веществ шприцевой	6
9.	Инфузомат	6
10.	Прикроватные кардиомониторы с регистрацией не менее 3 отведений электрокардиограммы, частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, неинвазивным измерением артериального давления, насыщения гемоглобина кислородом, температуры тела с автоматическим включением сигнала тревоги при выходе контролируемого параметра за установленные пределы	6
11.	Аппарат аспирационный для плеврального дренажа	6
12.	Ингалятор компрессорный	2
13.	Ингалятор ультразвуковой (небулайзер)	3

**СТАНДАРТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОСНАЩЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ВЫПОЛНЯЮЩЕЙ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПРОФИЛЮ «ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ», В СТРУКТУРЕ КОТОРОЙ СОЗДАЕТСЯ ОТДЕЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ТОРАКАЛЬНОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ**

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Лампа бестеневая (не менее 2-х сателлитов)	1
2.	Операционный стол	1
3.	Набор одноразовых инструментов для выполнения трансторакальной биопсии	по требованию
4.	Аппарат для экстренной стерилизации инструментов и материалов	1

5.	Система монополярного, биполярного коагулятора и электролигирующего электрохирургического блока	1
6.	Хирургический фильтрующий эвакуатор дыма для совместной работы с лектрокоагуляционной и лазерной системами	1
7.	Система аргоноплазменной коагуляции	1
8.	Торакальный набор хирургический инструментов	1
9.	Сердечнососудистый набор хирургический инструментов	1
10.	Набор инструментов для стернотомии	1
11.	Комплект сшивающих аппаратов для наложения механического шва с длиной кассеты 25, 30, 45, 55, 60, 80, 90 и 100 мм	3
12.	Эндовидеохирургический комплекс для торакохирургических оперативных мешательств	1
13.	Набор инструментов для деоторакоскопических операций	2
14.	Аппарат мочно-дезинфекционный для видеоторакоскопических инструментов	2
15.	Наркозно-дыхательный аппарат с возможностью ручной масочной вентиляции и принудительной по объему и по давлению, с испарителями и встроенным газоанализатором	1
16.	Термоматрас для согревания больного	1
17.	Портативный анализатор газов крови (газы крови, кислотно-основное состояние, электролитный состав)	1 на 2 смежные операционные
18.	Дефибриллятор-монитор синхронизируемый с электродами для внутренней и внешней дефибрилляции	1
19.	Операционный монитор с отображением на экране не менее 9 кривых с возможностями измерения: электрокардиограммы - 5 отведений, инвазивное давление - 2 порта, неинвазивное давление, сердечный выброс, температура, пульсоксиметрии, капнометрии, концентрации ингаляционных анестетиков	1

20.	Портативный аппарат для измерения активированного времени свертывания	1
21.	Аппарат для реинфузии крови	1
22.	Аппарат для фильтрации реинфузируемой крови	1
23.	Аппараты для вне- и очагового остеосинтеза при травматической нестабильности каркаса груди	1
24.	Аппарат для радиочастотной термоабляции опухолей	1
25.	Аппарат для высокочастотной искусственной вентиляции легких	1
26.	Временные носимые электрокардиостимуляторы	1
27.	Аппарат для пневмоторакса и пневмоперитонеума	1
28.	Хирургическая лазерная система с мощностью от 8 Вт до 30 Вт	1
29.	Хирургическая лазерная система с мощностью от 2 Вт до 5 Вт	1
30.	Генератор электрораздуваемой со сменными насадками	1

Отсутствие Операционной в медицинских организациях, выполняющих оперативные вмешательства по профилю «торакальная хирургия», в структуре которых создается отделение хирургическое торакальное специализированное (прил. № 11 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

3.3. Невыполнение Отделением следующих функций:

- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным по профилю «торакальная хирургия» в неотложной и плановой формах на основе стандартов оказания медицинской помощи;
- оказание консультативной помощи врачам других подразделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения туберкулезной и онкологической патологии по профилю «торакальная хирургия»;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством. (п.9 прил. № 11 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

4.1. Невыполнение Правил, устанавливающих порядок организации деятельности



Центра медицинского торакальной хирургии (далее - Центр), создаваемого как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение медицинской организации, в части назначения руководителя Центра (п.3 прил.12 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»), структуры и численности Центра (приложением № 13 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»)

4.2. Несоблюдение стандарта оснащения Центра (прил. № 14 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

Отсутствие операционной в медицинских организациях, выполняющих оперативные вмешательства по профилю «торакальная хирургия», в структуре которых создается Центр (прил. № 15 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

**СТАНДАРТ  
ОСНАЩЕНИЯ ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОГО ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ  
(ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ТОРАКАЛЬНОГО,  
ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ТОРАКАЛЬНОГО  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО)**

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Биопсийная (пункционная) насадка для ультразвукового датчика	1
2.	Аппарат для фотодинамической терапии	2
3.	Аппарат для лазерной хирургии	1
4.	Аппарат для комплексного исследования функции внешнего дыхания	1
5.	Аппарат для холтеровского мониторирования сердечного ритма	5
6.	Электрокардиограф 12-канальный	2
7.	Аппарат для ультразвукового исследования сердца и сосудов с опцией «стресс-эхо»	1
8.	Горизонтальный велоэргометр	1

**СТАНДАРТ**  
**ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОСНАЩЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ**  
**ОРГАНИЗАЦИИ, ВЫПОЛНЯЮЩЕЙ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА**  
**ПО ПРОФИЛЮ «ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ», В СТРУКТУРЕ КОТОРОЙ**  
**СОЗДАЕТСЯ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

№ п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Лампа бестеневая (не менее 2-х сателлитов)	1
2.	Рентгенопрозрачный операционный стол	1
3.	Набор одноразовых инструментов для выполнения трансторакальной биопсии	по требованию
4.	Аппарат для экстренной стерилизации инструментов и материалов	1
5.	Система монополярного, биполярного коагулятора и электролигирующего электрохирургического блока	1
6.	Хирургический фильтрующий эвакуатор дыма для совместной работы с электрокоагуляционной и лазерной системами	1
7.	Система аргоноплазменной коагуляции	1
8.	Торакальный набор хирургический инструментов	1
9.	Сердечнососудистый набор хирургический инструментов	1
10.	Набор инструментов для стернотомии	1
11.	Комплект шивающих аппаратов для наложения механического шва с длиной кассеты 25, 30, 45, 55, 60, 80, 90 и 100 мм	3
12.	Эндовидеохирургический комплекс для торакохирургических оперативных вмешательств	1
13.	Набор инструментов для видеоторакоскопических операций	2
14.	Аппарат моечно-дезинфекционный для видеоторакоскопических инструментов	1
15.	Наркозно-дыхательный аппарат с возможностью ручной масочной вентиляции и принудительной по объему и по давлению, с испарителями и встроенным газоанализатором	1
16.	Термоматрас для согревания больного	1

17.	Портативный анализатор газов крови (газы крови, кислотно-основное состояние, электролитный состав)	1 на 2 смежные операционные
18.	Дефибриллятор-монитор синхронизируемый с электродами для внутренней и внешней дефибрилляции	1
19.	Операционный монитор с отображением на экране не менее 9 кривых с возможностями измерения: электрокардиограммы - 5 отведений, инвазивного давления - 2 порта, неинвазивного давления, сердечного выброса, температуры, пульсоксиметрии, капнометрии, концентрации ингаляционных анестетиков	1
20.	Портативный аппарат для измерения активированного времени свертывания	1
21.	Аппарат для реинфузии крови	1
22.	Аппарат для фильтрации реинфузируемой крови	1
23.	Аппараты для вне- и очагового остеосинтеза при травматической нестабильности каркаса груди	1
24.	Аппарат для радиочастотной термоабляции опухолей	1
25.	Аппарат для высокочастотной искусственной вентиляции легких	1
26.	Временные носимые электрокардиостимуляторы	1
27.	Аппарат для пневмоторакса и пневмоперитонеума	1
28.	Хирургическая лазерная система с мощностью от 8 Вт до 30 Вт	1
29.	Хирургическая лазерная система с мощностью от 2 Вт до 5 Вт	1
30.	Генератор электрозвуковой со сменными насадками	1
31.	Аппарат искусственного кровообращения модульной комплектации с роликовыми насосам и треморрегулирующим устройством	1
32.	Аппарат для аутогемотрансфузии (гемосепаратор)	1
33.	Оборудование для проведения процедуры экстракорпоральной мембранной оксигенации	1
34.	Система медицинская видеоскопическая для конфокальной лазерной микроскопии	1

35.	Комплекс роботизированный с интуитивной системой для хирургии и эндоскопии	1
36.	Видеобронхоскоп с возможностью выполнения эндоскопической ультрасонографии	1
37.	Видеоэзофагогастроскоп с возможностью выполнения эндоскопической ультрасонографии	1
38.	Ангиографическая установка	1

#### 4.3. Невыполнение основных функций Центра:

- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «торакальная хирургия» на основе стандартов оказания медицинской помощи;
- оказание консультативной помощи врачам других подразделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболеваний по профилю «торакальная хирургия»;
- повышение квалификации врачей и других медицинских работников по вопросам оказания медицинской помощи по профилю «торакальная хирургия»;
- участие в организации и совершенствовании системы оказания медицинской помощи по профилю «торакальная хирургия»;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации (п.7 прил.12 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»).

#### **25. Необходимость межведомственного консенсуса контрольно-надзорных органов по экспертизе качества медицинской помощи в сфере здравоохранения и ОМС.**

Решением Коллегии Счетной палаты РФ от 4 декабря 2015 года № 56К (1067) «О результатах контрольного мероприятия «Проверка целевого и эффективного использования страховыми медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования в 2014 году и истекшем периоде 2015 года предложено:

1) применение к медицинским организациям санкций за несоответствие оказанной медицинской помощи стандартам медицинской помощи в отношении тех заболеваний, по которым отсутствуют стандарты, неправомерно;

2) экспертиза качества медицинской помощи осуществляется только в соответствии с квалификацией эксперта, что повышает риск субъективных подходов к оценке дефектов и нарушений и влияет на объем финансовых санкций,

применяемых к медицинским организациям без правовых на то оснований;

3) клинические рекомендации (протоколы лечения) не размещены на официальном сайте Минздрава России в сети Интернет, не опубликованы в информационно-правовых ресурсах, применение к медицинским организациям санкций за несоответствие оказанной медицинской помощи клиническим рекомендациям (протоколам лечения) полагаем не обоснованным;

4) в заключениях экспертов отмечаются такие дефекты как: «в записи врача диагноз написан не разборчиво» или «запись врача не информативная, посещение не обосновано.

Коллегия Счетной палаты РФ предлагает внести соответствующие изменения в порядок организации и проведения контроля и объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230.

Следует признать, что приведенные выше тезисы свидетельствуют в первую очередь о несовершенстве действующего законодательства о защите прав граждан в сфере здравоохранения и ОМС. Анализ современных научно-практических публикаций показывает, что экспертная деятельность была и остается единственным доказательством нарушенного права гражданина в сфере здравоохранения и единственной возможностью восстановления этого нарушенного права.

Каждое контрольно-надзорное ведомство в России трактует экспертную деятельность по-своему усмотрению, поэтому в срочном порядке необходим консенсус между всеми контрольно-надзорными органами – Генеральная прокуратура России, Счетная Палата РФ, Росздравнадзор, Роспотребнадзор, Федеральный Фонд ОМС, Минздрав России и страховые медицинские организации (СМО).

Поддерживая предложение профессоров Д.В. Пивеня и И.С. Кицула (2015) о необходимости большей преемственности и взаимосвязи между контролем качества медицинской помощи в системе ОМС и контролем качества и безопасности медицинской деятельности, предлагаем читателям тезисы к необходимому межведомственному консенсусу по экспертизе качества медицинской помощи в сфере здравоохранения.

**I. В сфере здравоохранения СМО реализует права граждан на экспертизу медицинской помощи вне зависимости от наличия или отсутствия стандартов медицинской помощи.**

Законом РФ № 326-ФЗ предусмотрено право гражданина – застрахованного лица на проведение экспертизы медицинской помощи в системе ОМС, реализуемое по его заявлению в СМО. Проведение экспертизы медицинской помощи в системе ОМС регламентировано Законом РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ» и подзаконным актом – приказом уполномоченного госоргана – ФФОМС.

Выполнение экспертизы медицинской помощи, оказание которой не регламентировано стандартом ее оказания, не только возможно в системе

ОМС, но и является обязанностью СМО по реализации права гражданина на получение результатов таковой экспертизы с целью дальнейшего окончательного восстановления нарушенного права правоохранительными судебными органами по следующим основаниям.

1. Данное утверждение соответствует нормам частей 4 и 6 статьи 40 Закона РФ № 326-ФЗ (Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ):

*«4. Медико-экономическая экспертиза - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.*

*6. Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата».*

Таким образом, в данных нормах Закона РФ №326-ФЗ отсутствует обязанность экспертов применять при МЭЭ и ЭКМП исключительно стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации.

2. Представление в качестве правовых оснований применения финансовых санкций исключительно стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации, по сути, представляет собой грубое умаление прав граждан: отказ гражданам–пациентам в праве на экспертизу медицинской помощи в соответствии с действующим законодательством:

- а) применение прямых норм законов РФ о медицинской помощи;
- б) применений постановлений Правительства РФ (например, важнейший документ о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств);
- в) применение порядков оказания медицинской помощи;
- г) применение нормативных актов Минздрава России, в которых содержатся нормы оказания медицинской помощи, например, приказы МЗ РФ, утвердившие всевозможные инструкции и правила ведения медицинской практики, номенклатуры и перечни, в т.ч. многочисленные приказы, подписанные министром Т.А. Голиковой (приказ о правилах лабораторной практики (№ 798н); по эксплуатации санитарного автотранспорта (№ 961); обязательного медицинского страхования (№ 158н); проведения экспертизы лекарственных средств для медицинского применения (№ 780н); хранения лекарственных средств (№ 796н); карантинизации плазмы (№ 170); о порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания (№ 110), а также инструкции о переливании крови (№ 363) и др.;
- д) санитарных правил и норм, постановлений главного государственного санитарного врача РФ и приказов Роспотребнадзора;
- е) применение обычаев делового оборота и обычно предъявляемых требований при оказании медицинской помощи в соответствие с нормой статьи 309 ГК РФ при отсутствии нормативных актов, регулирующих оказание, качество, объем и условия оказания медицинской помощи.

3. Утверждения об отсутствии правовых оснований для выполнения экспертизы медицинской помощи в отсутствие утвержденных стандартов ее оказания «подвергает» пациентов серьезной опасности – лишить их права на юридическую помощь СМО при получении медицинской помощи, нерегулируемой стандартом или клиническими рекомендациями. Неужели в сфере здравоохранения действует принцип: «На «нет» и суда нет»? Такое мнение о том, что в отсутствие стандартов отсутствуют правовые основания для проведения контроля со стороны СМО, лишает гражданина права на судебную защиту от ненадлежащей медицинской помощи, не регулируемой стандартом.

Однако в соответствии с нормой статьи 10 Закона РФ № 323-ФЗ: *«Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:*

*4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи».*

Из этого, следуя логике типа «в отсутствие стандартов отсутствуют правовые основания для проведения контроля», качество медпомощи не может быть признано надлежащим, в том случае, если оно не обеспечено отсутствующим стандартом, т.е. в отсутствие стандарта медпомощи отсутствуют правовые основания не только для ее контроля, но и для ее надлежащего оказания! Из этого следует, что вся медицинская помощь в РФ, оказанная в отсутствие стандарта медицинской помощи, должна быть признана ненадлежащей всеми, в т.ч. и врачом-экспертом СМО, прокурором, следователем и судом ненадлежащей, т.к. не обеспечена стандартом медпомощи. Более того, оказанная медпомощь в отсутствие стандарта – опасна для пациента, оказавшие ее врачи должны быть, следуя этой логике, привлечены к уголовной ответственности по статье 238 УК РФ за оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности.

Однако анализ действующего законодательства показывает, что все в медицинской деятельности невозможно предусмотреть нормативными актами – стандартами, поэтому статьей 309 ГК РФ введено понятие обычая делового оборота и обычно предъявляемых требований, которые также являются правовым основанием для контроля объемов, качества и условий предоставления медицинской помощи в системе ОМС, судебно-медицинской экспертизы, государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

4. Отсутствие стандарта медицинской помощи не может быть препятствием для отправления правосудия в России при наличии искового заявления пациента о причинении вреда его жизни и здоровью оказанием медицинской помощи по заболеванию с неутвержденным стандартом медицинской помощи. Суд не может отказать гражданину в принятии и рассмотрении такого иска, а судопроизводство не может быть остановлено, если отсутствует стандарт медицинской помощи. Суд или следователь назначает судебно-медицинскую экспертизу, комиссия которой и устанавливает наличие дефектов в оказании медицинской помощи при отсутствии стандарта ее оказания. Суд применяет в отношении медицинской организации меру ответственности (компенсация морального и материального вреда жизни и здоровью пациента) вне зависимости наличия или отсутствия стандарта, исходя из всей совокупности имеющихся доказательств, в т.ч. выводов

комиссии судебно-медицинских экспертов. Уголовный суд провозглашает именем Российской Федерации приговор в отношении виновного подсудимого медицинского работника вне зависимости наличия или отсутствия стандарта, исходя из всей совокупности имеющихся доказательств, в т.ч. выводов комиссии судебно-медицинских экспертов, лишая его свободы, профессии и материальных средств, поражая пожизненно в трудовом праве оказывать медицинскую помощь несовершеннолетним.

В противном случае в обществе и сфере здравоохранения провозглашается принцип юридического нигилизма: «На «нет» и суда нет!», который лишает гражданина конституционного права на судмедэкспертизу и судебную защиту при причинении вреда жизни и здоровью оказанием медицинской помощи, по которой отсутствует утвержденный стандарт медпомощи.

Отказ эксперту СМО в правомерности оценки качества медицинской помощи, не предусмотренной стандартом, тем более странен, что такой запрет не может быть адресован суду, следователю и бюро судебно-медицинской экспертизы. При этом гражданин имеет право знать, что бюро судебно-медицинской экспертизы и медицинская организация, оказавшая ему ненадлежащую помощь, подчиняются одному и тому же начальнику – министру здравоохранения субъекта РФ. Тем самым, палата отказывает в объективности независимой СМО, которая не подчинена медицинскому начальству региона, но не вольна отказать в выполнении экспертизы по определению суда в зависимую экспертную организацию.

Таким образом, выполнение СМО экспертизы качества медицинской помощи при отсутствии стандарта – это, в первую очередь, реализация права гражданина-пациента-застрахованного лица на экспертизу, которое не может быть ограничено наличием или отсутствием стандарта. В России отсутствовал и отсутствует стандарт оказания специализированной медицинской помощи по поводу острого аппендицита:

- законно отказать в проведении операции по поводу острого аппендицита (?);

- как и кто берет на себя ответственность оказывать помощь в отсутствие стандарта (?);

- как и кто берется судить врача за причинение смерти или тяжкого вреда здоровью пациента (например, причинением тяжкого вреда в форме перитонита ?)

Можем ли мы, как общество оставить без санкции виновника в смерти больного острым аппендицитом, умершего без хирургического вмешательства, только на том основании, что отсутствует стандарт?

**II. Дефекты заполнения медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы медицинской помощи: нечитаемость, неразборчивость и отсутствие информативности первичной медицинской документации – умаление права гражданина и пациента на справедливое судебное рассмотрение.**

В соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Порядок контроля),



утвержденным приказом ФФОМС от 1 декабря 2010 г. № 23, в таких случаях, я как эксперт качества медицинской помощи, осуществляющий по договору с СМО экспертную деятельность, применяю код дефекта 4.2 приложения № 8 к Порядку Контроля «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)» (в ред. приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130): «4.2. Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи)».

Расшифровка условий применения данного кода дефектов очевидна: нечитаемые записи в медицинской документации не позволяют мне, эксперту медицинской помощи, оценить качество оказанной помощи, но и грубо нарушают права граждан в сфере здравоохранения и гражданских свобод.

20-летний опыт экспертной деятельности в системе ОМС, судебной практики по гражданским делам о возмещении материального и морального вреда, причиненного жизни и здоровью граждан России ненадлежащим оказанием медицинской помощи, опыт защиты прав граждан-пациентов в уголовном судопроизводстве показывает, что небрежное заполнение (нечитаемые записи) медицинской документации рассматриваются правоохранителями как иллюстрация ненадлежащего качества медицинской помощи в следующем ключе: если уж не могут правильно вести медицинскую документацию, то уже лечить тем более правильно не могут. Опыт пятилетнего сотрудничества с Национальной Медицинской Палатой показывает, что невнимательное и небрежное ведение рядовыми врачами (без родственных и коррупционных связей) медицинской документации при предъявлении им обвинения в причинении тяжкого вреда здоровью пациента или причинении смерти по неосторожности всегда рассматривается как некое отягчающее обстоятельство. Если раньше расхожей фразой считалось, что история болезни пишется для прокурора, то сегодня следует констатировать, что медицинская документация пишется врачом для своего адвоката с тем, чтобы ему было, что сказать в суде в оправдание действий врача.

Нечитаемая медицинская документация – это грубое умышленное нарушение ниже перечисленных прав и законных интересов граждан РФ сфере здравоохранения и ОМС по следующим правовым основаниям:

1. Права гражданина на медицинскую информацию, установленное ст. 22 «Информация о состоянии здоровья» Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в сфере здравоохранения»:

*«4. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.*

*5. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские*

*документы, их копии и выписки из медицинских документов».*

Таким образом, если имеется неразборчивая или нечитаемая запись в меддокументации, которую не может прочитать врач-эксперт СМО с 5 летним стажем практической работы или врач ЭКМП с 10-летним стажем, то гражданин лишен права на ознакомление с текстом медицинской документации. Одновременно нарушено право пациента и гражданина на получение консультации других врачей-специалистов по такой нечитаемой документации. Нарушено право пациента и на получение копий медицинской документации надлежащего качества, т.к. такие копии также содержат неразборчивый или нечитаемый текст.

2. Нарушение права пациента-гражданина на консультацию, предусмотренную п. 3 части 5 статьи 19 Закона РФ: «5. Пациент имеет право на: 3) получение консультаций врачей-специалистов», т.к. нечитаемый и неразборчивый текст лишает консультанта полной и необходимой медицинской информации о пациенте, что приведет, либо к отказу от консультации, либо, будет способствовать выводам консультации ненадлежащего качества, в т.ч. опасным для жизни и здоровья пациента.

3. Нарушение права гражданина на преемственность в оказании медицинской помощи: нечитаемая медицинская документация лишает права гражданина на надлежащее качество медицинской помощи при переводе в другую медорганизацию, в т.ч. на важнейший критерий качества - своевременность медицинской помощи: врачи не получают полной и достоверной информации о состоянии пациента, об оказанной ему медицинской помощи и ее результатах на предыдущем этапе.

4. Гражданин, медицинская документация которого нечитаема и неразборчива, лишен права на судебно-медицинскую экспертизу (ст. 58 Закона РФ № 323-ФЗ и статьи 35, 55 ГПК РФ (право на представление доказательств – нечитаемая меддокументация для экспертизы лишает права гражданина на надлежащие, полные и достоверные выводы судебно-медицинской экспертизы).

5. Гражданин, медицинская документация которого нечитаема и неразборчива, лишен права на проведение независимой медицинской экспертизы, предусмотренного ч. 3 ст. 58 Закона РФ № 323-ФЗ.

6. Гражданин, медицинская документация которого нечитаема и неразборчива, лишен права на проведение полноценной экспертизы качества медицинской помощи, предусмотренное статьей 64 Закона РФ № 323-ФЗ и статьей 16 «Права и обязанности застрахованных лиц» Закона РФ № 326-ФЗ: «1. Застрахованные лица имеют право на: 10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования», к которым (правам и интересам) относится право на надлежащее качество оказанной медицинской помощи, вывод о качестве которой может быть сделан только по результатам экспертизы надлежаще оформленной, т.е. полностью читаемой и разборчивой, медицинской документации.

7. Лишение права гражданина на предоставление доказательств в суд, а также права на надлежащие полные и достоверные выводы судебно-медицинской экспертизы по такой нечитаемой меддокументации, что в целом является лишением

фундаментального конституционного права гражданина на судебную защиту, предусмотренного ст. 46 Конституции РФ («1. Каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод. 2. Решения и действия (или бездействие) органов государственной власти, органов местного самоуправления, общественных объединений и должностных лиц могут быть обжалованы в суд. 3. Каждый вправе в соответствии с международными договорами Российской Федерации обращаться в межгосударственные органы по защите прав и свобод человека, если исчерпаны все имеющиеся внутригосударственные средства правовой защиты»).

8. Лишение права гражданина – потребителя медицинских услуг на полную и достоверную информацию, как о предлагаемой, так и о выполненной медицинской услуге нечитаемым текстом о потребительных свойствах медицинской услуги в соответствие с нормой статьи 10 «Информация о товарах (работах, услугах)» Закона РФ «О защите прав потребителей»: «1. Изготовитель (исполнитель, продавец) обязан своевременно предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию о товарах (работах, услугах), обеспечивающую возможность их правильного выбора».

9. Лишение права гражданина – потребителя медицинских услуг на безопасность медицинской услуги, предусмотренного ст. 7 Закона «О защите прав потребителей» «Право потребителя на безопасность товара (работы, услуги)» («1. Потребитель имеет право на то, чтобы товар (работа, услуга) при обычных условиях его использования, хранения, транспортировки и утилизации был безопасен для жизни, здоровья потребителя, окружающей среды, а также не причинял вред имуществу потребителя. Требования, которые должны обеспечивать безопасность товара (работы, услуги) для жизни и здоровья потребителя, окружающей среды, а также предотвращение причинения вреда имуществу потребителя, являются обязательными и устанавливаются законом или в установленном им порядке»). Нечитаемая медицинская документация может быть доказательством оказания услуг, не отвечающих требованиям безопасности в соответствие с нормой статьи 238 УК РФ «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности», т.к. в нечитаемом тексте медицинской документации может быть изложена информация с противопоказаниями к медицинскому вмешательству, которая не будет доступна другому врачу, который и выполнит это противопоказание медицинское вмешательство, причинив вред жизни и здоровью пациента, например, введением лекарственного препарата, на который у пациента имеется аллергическая реакция, о чем указано в нечитаемой части медицинской документации, с развитием анафилактического шока и смерти.

10. Лишением права врача-эксперта на проведение МЭЭ и ЭКМП нечитаемой медицинской документации – ст. 40 Закона РФ № 326-ФЗ, т.к. в этом случае эксперту не представляется возможным сделать полные и достоверные выводы о качестве, объеме и условиях оказания медицинской помощи, что также нарушает права застрахованного лица – гражданина на полные, достоверные и надлежащие выводы экспертизы в системе ОМС.

11. Нечитаемая медицинская документация может быть умышленной фальсификацией медицинской документации и служебным подлогом с целью скрыть дефекты оказания медицинской помощи, тем самым лишив гражданина-застрахованное лицо-пациента права на «9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации», предусмотренное статьей 16 Закона РФ № 326-ФЗ.

12. Нечитаемая медицинская документация нарушает право гражданина получение информации на русском языке в соответствии с требованием статьи 5 Закона РФ № 53-ФЗ «О государственном языке Российской Федерации» «Обеспечение права граждан Российской Федерации на пользование государственным языком Российской Федерации».

1. Обеспечение права граждан Российской Федерации на пользование государственным языком Российской Федерации предусматривает:

- 1) получение образования на русском языке в государственных и муниципальных образовательных учреждениях;
- 2) получение информации на русском языке в федеральных органах государственной власти, органах государственной власти субъектов Российской Федерации, иных государственных органах, органах местного самоуправления, организациях всех форм собственности».

Очевидно, что нечитаемый текст медицинской документации не может быть однозначно расценен как, текст, использующий государственный язык. Врач – профессионал с высшим образованием, который обязан знать и реализовывать правила правописания, грамматики и пунктуации, которые подразумевают читаемость и разборчивость текстов официальных документов, формы которых утверждены нормативным актом уполномоченного федерального органа исполнительной власти, коим является Минздрав России. Обратное бы означало, что в РФ разрешено в официальные документы вносить нечитаемые записи, например, нечитаемость назначения платежа (в целях финансирования терроризма) в платежном банковском документе может быть основанием для отказа в банковском переводе.

**III. «Разделение властей» – важнейший принцип защиты прав граждан (пациентов и практических врачей) на справедливое судебное рассмотрение исков о причинении вреда жизни и здоровью в процессе оказания медицинской помощи.**

Разделение властей – это аллегория разделения права медицинской организации осуществлять медицинскую деятельность помощь и права СМО осуществлять контроль этой медицинской деятельности. Смешивать оказание и контроль нельзя. Мнение о том, что СМО в процессе лечения ее застрахованного вправе вмешиваться в этот процесс, опасно и юридически противозаконно по следующим основаниям.

1. Данное мнение противоречит требованиям лицензионного законодательства, т.к. СМО, не обладая лицензией на медицинскую деятельность,

не вправе вмешиваться в проведение «обследования и лечения». СМО вправе проводить экспертные действия исключительно после окончания страхового случая, в противном случае, эксперт страховой компании принимает безлицензионное участие в оказании медицинской помощи пациенту, что грозит судебным преследованием и эксперта и СМО.

«Обследования и лечение» - это медицинские вмешательства, выполняемые в соответствие с имеющейся лицензией на медицинскую деятельность.

Законом РФ № 323-ФЗ в статье 2 установлено: «4) медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

5) медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;

6) профилактика - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

7) диагностика - комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий;

8) лечение - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни».

Любое указанное выше медицинское вмешательство требует наличия лицензии на медицинскую деятельность, которой у СМО никогда не было и не будет.

Если эксперт качества медицинской помощи, осуществляющий свою экспертную деятельность в системе ОМС по договору подряда с СМО, будет вмешиваться в медицинскую деятельность, то это может быть расценено как превышение должностных полномочий со всеми вытекающими для него, в т.ч. уголовными последствиями.

2. В настоящее время отсутствует законодательное определение термина

«Условия оказания медицинской помощи» в Законах РФ № 323-ФЗ и № 326-ФЗ.

В Программе госгарантий бесплатной медицинской помощи, утверждаемой Правительством РФ, имеются фрагментарные упоминания словосочетания «Условия оказания медицинской помощи» без четкого определения. Упоминаются:

- условия реализации установленного законодательством Российской Федерации права на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача);

- условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;

- условия размещения пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- условия и сроки диспансеризации населения для отдельных категорий населения.

Указанные уже «условия» постоянно контролируются экспертами СМО.

3. Оценка материально-технических возможностей (оснащения) проводится специально уполномоченным органом контроля и надзора – Росздравнадзором в порядке государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также в процесс лицензионного контроля на соответствие предъявляемым лицензионным условиям и требованиям.

4. Оценка правомерности, в т.ч. и рисков, платных медицинских услуг в соответствие с действующим законодательством осуществляется Росздравнадзором и Роспотребнадзором. СМО не вправе запрашивать у медорганизаций любую информацию об оказанных платных медицинских услугах. СМО наделена правом исключительно рассмотрения жалоб застрахованных лиц на возможные нарушения при оказании им платных услуг, в т.ч. предусмотренных программой госгарантий бесплатной помощи, однако полномочия СМО заканчиваются выдачей предписания медорганизации о возврате гражданину денежных средств или поддержание иска гражданина о возврате затраченных средств в суде.

5. Законодательными актами РФ и нормативными актами Правительства РФ и Минздрава России не предусмотрено иного процессуального действия опровержения и признания необоснованными и незаконными моих выводов эксперта качества медицинской помощи СМО, как реэкспертиза качества медицинской помощи, выполненная другим экспертом.

Так Законом РФ № 326-ФЗ обязанность проводить контроль моих выводов эксперта качества медицинской помощи возложена на Территориальный фонд ОМС, который не вправе самостоятельно своими должностными лицами признать необоснованность моих выводов. Он для этого заключает договор с другим экспертом качества, который выполняет реэкспертизу оказанной медпомощи



и делает выводы о ее качестве, при этом не имея никаких экспертных и процессуальных преимуществ перед моей компетенцией эксперта.

Постановлением Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. № 1152 утверждено Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, пункты 3 и 11 которого в качестве единственного метода осуществления государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности установлена экспертиза качества медицинской помощи, оказанной пациенту:

*«3. Государственный контроль осуществляется путем:*

*а) проведения проверок соблюдения органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, а также осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями прав граждан в сфере охраны здоровья граждан;*

*11. При проведении проверок, предусмотренных подпунктом «а» п. 3 настоящего Положения, осуществляются следующие мероприятия:*

*э) экспертиза качества медицинской помощи, оказанной пациенту».*

Административный регламент федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности ..., утвержденный приказом Минздрава России от 26 января 2015 г. № 19н, также в качестве единственного метода осуществления государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливает экспертизу качества медицинской помощи, оказанной пациенту: *«Проведение проверки.*

*41. При проведении проверки осуществляются следующие мероприятия:*

*4) экспертиза качества медицинской помощи, оказанной пациенту».*

Таким образом, для того, чтобы законным образом опровергнуть выводы актов экспертизы качества медицинской помощи СМО и легализовать свои выводы, аудиторы разного уровня (ТФОМС, Росздравнадзора, контрольно-счетной палаты) должны выполнить экспертизу качества медицинской помощи, оказанной пациенту, без документа о проведении которой все домыслы о качестве экспертной работы СМО нелегалы. В отсутствие актов реэкспертизы проверяющего органа выводы о наличии нарушений в деятельности СМО, в т.ч. необоснованность выводов экспертов СМО, являются незаконным и необоснованным.

Более того, вся экспертная деятельность СМО – это деятельность специально уполномоченного Законом РФ № 326-ФЗ лица (ст. 40) – эксперта качества медицинской помощи, который независим в своих профессиональных выводах о качестве медицинской помощи. СМО заключает с экспертом договор на проведение ЭКМП, который не предполагает какое-либо вмешательство СМО в экспертную деятельность эксперта и его экспертные выводы и заключения. Единственным контрольным мероприятием экспертной деятельности врача-эксперта является реэкспертиза, организуемая ТФОМС с привлечением эксперта, который не наделен никакими экспертными преимуществами перед экспертом, выполнившим первичную экспертизу. ТФОМС самостоятельно вне рамок

реэкспертизы также не вправе осуществлять вмешательство в экспертные выводы эксперта. Таким образом, врач-эксперт СМО и врач-эксперт ТФОМС являются независимыми экспертами качества медицинской помощи, которые осуществляют свою экспертную деятельность самостоятельно. СМО и ТФОМС, не обладая правом вмешательства в экспертную деятельность врачей-экспертов, не могут нести и ответственность за качество выполненной экспертов экспертной работы и тем более, не могут нести ответственность за обоснованность медицинских экспертных выводов эксперта.

Демократическое управление государством и обществом держится на системе сдержек и противовесов: наделение любого из государственных институтов полномочиями контроля и надзора должно сопровождаться установлением для него серьезной меры ответственности за ненадлежащее исполнение контрольных функций. Сегодня СМО за ненадлежащее осуществление независимым от СМО экспертом качества медицинской помощи экспертной деятельности (за ошибки, дефекты и неправильные выводы экспертизы), привлекаемым по договору подряда, несет серьезную финансовую ответственность вплоть до штрафа, размером до 10% размера собственного ежемесячного финансирования, что составляет миллионы рублей.

Ни один контрольно-надзорный институт в сфере здравоохранения и охраны прав граждан не несет подобной объемной финансовой ответственности.

Ни один контрольно-надзорный институт в сфере здравоохранения и охраны прав граждан не ведет такого объема экспертной деятельности, как СМО: по данным ФФОМС, ежегодно все СМО выявляют 13-14 млн. дефектов медпомощи, т.е. нарушений прав граждан на получение доступной медицинской помощи надлежащего качества, выполняя ежегодно 10-12 млн. экспертиз оказанной гражданам медицинской помощи, без которых невозможно реальное восстановление нарушенных прав граждан в сфере здравоохранения.

Отказ СМО в праве осуществлять экспертную деятельность медицинской помощи в отсутствие стандарта – путь к замещению гражданского судопроизводства по фактам причинения вреда жизни и здоровью пациента юридическим лицом уголовным судопроизводством в отношении конкретного лечащего врача, которое не зависит от наличия или отсутствия стандарта. Такие императивы толкают врача в удушающие объятия следователя, прокурора и суда. Такой императив практически лишает пациента на денежную компенсацию, т.к. осужденный и лишенный профессии врач вряд ли сможет ее выплатить.

Готовы ли мы как пациенты и как медработники к такому цивилизационному повороту от гражданского суда к уголовному суду, от трибуны зала заседаний к врачу клетке в зале судебных заседаний?

Таким образом, в настоящее время становится очевидным: экспертная деятельность СМО – единственная независимая, объективная и массовая основа восстановления нарушенных прав и законных интересов граждан в сфере здравоохранения, как пациентов, так и рядовых врачей.



## Список литературы

1. Старченко А. А., Гришина Н. И. Требования к экспертизе качества медицинской помощи в свете законодательства об охране здоровья граждан // Санэпидемконтроль.-2015.- № 1. С. 15-18.
2. Старченко А.А. «Доверяй, но проверяй!»- старый принцип для реализации нового способа оплаты медицинской помощи на основе КСГ болезней //Менеджер здравоохранения.- 2015.- № 1.- С. 47-50.
3. Старченко А.А., Гришина Н.И. Внутрибольничная инфекция: правила менеджмента качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования //Санэпидемконтроль.- 2015.- № 2.- С. 84-92.
4. Старченко А.А., Гришина Н.И., Усачевская И.В., Тарасова О.В. Ключевые принципы экспертизы нейрохирургической помощи, оплаченной по способу клинико-статистических групп болезней (КСГ) //Мат. XIV Всерос. научно-практ. конф. Поленовские чтения.- СПб., 2015.- С. 4-5.
5. Рошаль Л.М., Старченко А.А., Гришина Н.И., Усачевская И.В., Тарасова О.В. Критерии отбора клинических рекомендаций, утвержденных к применению медицинскими профессиональными некоммерческими организациями //Мат XIV Всерос. научно-практ. конф. Поленовские чтения.- СПб., 2015.- С. 4.
6. Тарасова О.В., Старченко А.А., Рошаль Л.М., Гришина Н.И. Критерии своевременности оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения //Мат. XIV Всерос. научно-практ. конф. Поленовские чтения.- СПб., 2015.- С. 5.
7. Старченко А.А. Экспертно-медицинские принципы при реализации нового способа оплаты медицинской помощи на основе КСГ в системе ОМС // Здравоохранение,- 2015.- № 04.- С.
8. Старченко А.А., Гришина Н.И., Тарасова О.В. Критерии ненадлежащего качества терапии госпитальной пневмонии // Санэпидемконтроль.-2015.- № 3. С. 103-109.
9. Старченко А.А., Гришина Н.И., Тарасова О.В. Проблемы взаимодействия контрольно-надзорных органов в сфере здравоохранения, ОМС и реализации прав потребителей // Санэпидемконтроль.-2015.- № 4. С. 31-39.
10. Старченко А.А. Понижающий коэффициент к штрафным санкциям в системе ОМС – угроза равноправию граждан на надлежащее качество медицинской помощи вне зависимости от места их проживания // Менеджер здравоохранения 2015.- № 2.- С. 51-58.
11. Старченко А.А. Цена экспертной деятельности в системе ОМС: объективный и субъективный взгляд на моральные и материальные стимулы // Менеджер здра-

вохранения.- 2015.- № 3.- С. 58-64.

12. Старченко А.А. Поручения Президента России: обязательства медицинских страховщиков по действенной защите прав граждан в сфере здравоохранения // Менеджер здравоохранения.- 2015.- № 4.- С. 64-67.

13. Старченко А.А. Страсти по независимой медицинской экспертизе – какой ей быть в России? // Менеджер здравоохранения.- 2015.- № 4.- С. 51-59.

14. Старченко А.А., Рошаль Л.М., Гришина Н.И., Тарасова О.В. Дефекты организации оказания неврологической и нейрохирургической помощи в системе ОМС // Тезисы докладов 18-й Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы неврологии», посвященной смежным вопросам неврологии и организации здравоохранения и общественного здоровья.- Неврология Сибири.- 2015.- № 1- С.142.

15. Старченко А.А., Рошаль Л.М., Гришина Н.И., Тарасова О.В. Критерии безопасности в неврологической практике // Тезисы докладов 18-й Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы неврологии», посвященной смежным вопросам неврологии и организации здравоохранения и общественного здоровья.- Неврология Сибири.- 2015.- № 1- С.141.

16. Старченко А.А., Рошаль Л.М., Гришина Н.И., Тарасова О.В., Сальникова Е.Г., Диаманти Е.А. Требования Национальной Медицинской Палаты и страхового медицинского сообщества по безопасности медицинской деятельности в травматологии // Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Риски и осложнения в современной травматологии и ортопедии».- Омск, 2015.-С. 50.

17. Старченко А.А., Тарасова О.В., Рошаль Л.М., Гришина Н.И., Сальникова Е.Г., Диаманти Е.А. Риск медицинской деятельности в травматологии: требования Национальной Медицинской Палаты и страхового медицинского сообщества // Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Риски и осложнения в современной травматологии и ортопедии».- Омск, 2015.-С. 50-51.

18. Старченко А.А., Тарасова О.В., Сальникова Е.Г., Диаманти Е.А. Инфекционные осложнения - реальные опасности в оценке деятельности травматолога-ортопеда // Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Риски и осложнения в современной травматологии и ортопедии».- Омск, 2015.-С. 51.

19. Рошаль Л.М., Старченко А.А., Гришина Н.И., Макарова И.Г., Тарасова О.В. Критерии отбора клинических рекомендаций, утвержденных к применению медицинскими профессиональными некоммерческими организациями // Сборник Научно-практическую конференцию с международным участием «Илизаровские чтения» «Междисциплинарное взаимодействие: ортопедия – неврология – гене-

тика – реабилитация». – Курган, 2015.- С. 178-179.

20. Старченко А.А., Гришина Н.И., Макарова И.Г., Тарасова О.В. Ключевые принципы экспертизы травматолого-ортопедической помощи, оплаченной по способу клинико-статистических групп болезней (КСГ) // Сборник Научно-практическую конференцию с международным участием «Илизаровские чтения» «Междисциплинарное взаимодействие: ортопедия – неврология – генетика – реабилитация». – Курган, 2015.- С. 184-185.

21. Старченко А.А., Рошаль Л.М., Гришина Н.И., Макарова И.Г. Тарасова О.В. Требования национальной Медицинской Палаты и страхового медицинского сообщества по безопасности медицинской деятельности в травматологии и ортопедии // Сборник Научно-практическую конференцию с международным участием «Илизаровские чтения» «Междисциплинарное взаимодействие: ортопедия – неврология – генетика – реабилитация». – Курган, 2015.- С. 185-186.

22. Старченко А.А., Рошаль Л.М., Гришина Н.И., Тарасова О.В., Комарец С.А., Гончарова Е.Ю. Дефекты организации оказания нейрохирургической помощи в системе обязательного медицинского страхования // Сборник тезисов VII Всероссийского съезда нейрохирургов.- Казань, 2015.- С. 395

23. Старченко А.А., Рошаль Л.М., Гришина Н.И., Тарасова О.В. Безопасность медицинской деятельности в неврологии страхования // Сборник тезисов VII Всероссийского съезда нейрохирургов.- Казань, 2015.- С. 395.

24. Старченко А.А., Рошаль Л.М., Гришина Н.И., Тарасова О.В., Комарец С.А., Гончарова Е.Ю. Критерии безопасности в нейрохирургической практике // Сборник тезисов VII Всероссийского съезда нейрохирургов.- Казань, 2015.- С. 396.

25. Старченко А.А. Общественная экспертиза проекта Закона РФ «О донорстве органов, частей органов человека и их трансплантации» (начало) //Здравоохранение .- 2015.- № 1.- С. 80-82.

26. Старченко А.А. Общественная экспертиза проекта Закона РФ «О донорстве органов, частей органов человека и их трансплантации» (окончание) //Здравоохранение .- 2015.- № 2.- С. 72-74.

27. Старченко А.А. Диалектика формирования обязательств власти перед обществом: исключительно профессиональный подход (начало) //Здравоохранение .- 2015.- № 5.- С. 94-96.

28. Старченко А.А. Диалектика формирования обязательств власти перед обществом: исключительно профессиональный подход (окончание) //Здравоохранение .- 2015.- № 6.- С. 84-86.

29. Старченко А.А. Экспертная деятельность СМО как вариант реализации предоставления страхового обеспечения по обязательному медицинскому страхованию // Менеджер здравоохранения.- 2015.- № 6.- С. 47-53.

30. Старченко А.А. Новый порядок установления диагноза смерти мозга человека: как не допустить ошибок //Заместитель главного врача .- 2015- № 10.- С.53-43.
31. Рошаль Л.М., Старченко А.А., Гришина Н.И., Тарасова О.В. Критерии Национальной Медицинской Палаты по необоснованности риска медицинского вмешательства //Эфферентная терапия.- 2015.- Т.21, № 5.- С. 83 /Мат. Учредительного съезда Регионального Северо-западного отделения ФАР.
32. Старченко А.А. Тарасова О.В. Стандарт медицинской помощи: страховой полис или индульгенция //Эфферентная терапия.- 2015.- Т.21, № 5.- С. 84 /Мат. Учредительного съезда Регионального Северо-западного отделения ФАР.
33. Рошаль Л.М., Старченко А.А., Гришина Н.И., Тарасова О.В. Безопасность медицинской деятельности в неврологии // Мат. XVII Всеросс. научно-практ. конф. Давиденковские чтения.- СПб., 2015.- С. 231-233.
34. Старченко А.А., Гришина Н.И., Усачевская И.В., Тарасова О.В. Принципы экспертизы неврологической помощи, оплаченной по способу клинико-статистических групп болезней (КСГ) // Мат. XVII Всеросс. научно-практ. конф. Давиденковские чтения.- СПб., 2015.- С. 260-261.
35. Старченко А.А., Гришина Н.И., Тарасова О.В., Усачевская И.В. Своевременность оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения: критерии в системе ОМС // Мат. XVII Всеросс. научно-практ. конф. Давиденковские чтения.- СПб., 2015.- С. 258-159.
36. Рошаль Л.М., Старченко А.А., Гришина Н.И., Тарасова О.В. Критерии Национальной Медицинской Палаты по необоснованности риска медицинского вмешательства // Анестезиология и реаниматология.- 2015.- Приложение.- Мат. VI Конф. «Проблема безопасности в анестезиологии и реаниматологии».- С. 65-66.
37. Старченко А.А. Тарасова О.В. Стандарт медицинской помощи: страховой полис или индульгенция // Анестезиология и реаниматология.- 2015.- Приложение.- Мат. VI Конф. «Проблема безопасности в анестезиологии и реаниматологии».- С. 113-114.
38. Старченко А.А., Рошаль Л.М., Гришина Н.И., Тарасова О.В. Безопасность медицинской помощи в хирургии: терминология Национальной Медицинской Палаты //Альманах Института Хирургии им. А.В. Вишневского.- 2015- № 2.- С. 788-789/Сборник тезисов XII Съезда хирургов России.
39. Старченко А.А., Тарасова О.В. Принципы экспертизы неврологической помощи, оплаченной по способу клинико-статистических групп болезней (КСГ) // Альманах Института Хирургии им. А.В. Вишневского.- 2015- № 2.- С. 789-790. / Сборник тезисов XII Съезда хирургов России.

40. Старченко А.А., Тарасова О.В. Верховный Суд РФ: стандарты медицинской (хирургической) помощи в России обязательны для исполнения // Альманах Института Хирургии им. А.В. Вишневского.- 2015.- № 2.- С. 790-792. /Сборник тезисов XII Съезда хирургов России.
41. Старченко А.А. Критерии оценки качества медицинской помощи: важный шаг в направлении уважения прав пациентов, врачей и экспертов // Менеджер здравоохранения.- 2015.- № 9.- С. 55-62.
42. Старченко А. А. Новые критерии оценки качества медицинской помощи //Новости анестезиологии и реаниматологии.- 2015.- №4.- С. 54-59.
43. Старченко А. А. Институт посмертной врачебной тайны: опасности для медицинских организаций //Новости анестезиологии и реаниматологии.- 2015.- №4.- С. 60-64.
44. Старченко А. А., Гришина Н. И., Тарасова О. В. Безопасность медицинской деятельности: требования Национальной Медицинской Палаты и страхового медицинского сообщества //Санэпидемконтроль.- 2015.- № 5.- С. 5-8.
45. Старченко А.А. Конституционный Суд РФ об институте посмертной врачебной тайны // Менеджер здравоохранения.- 2015.- № 8.- С. 57-62.
46. Старченко А.А. «Абортарий»- реальная опасность для свободы анестезиолога-реаниматолога //Новости анестезиологии и реаниматологии.- 2015.- № 1 .- С. 38-64.
47. Старченко А.А. Страховые принципы: снизить риски пациентов //Здравоохранение.- 2016.- № 1.- С. 34-37.
48. Старченко А. А., Гришина Н. И., Тарасова О. В. Качественная медицинская помощь: основные составляющие //Санэпидемконтроль.- 2016.- № 1.- С. 5-8.
49. Старченко А. А. Необходимость межведомственного консенсуса контрольно-надзорных органов по экспертизе качества медицинской помощи в сфере здравоохранения //Менеджер здравоохранения.- 2016.- № 2 .- С. 53-64.
50. Старченко А.А. Права граждан в сфере ОМС: защита или умаление //Здравоохранение.- 2016.- № 3.- С. 102-108.

# Приложения

## Приложение 1

### Приказ Минздрава России от 10 мая 2017 г. № 203н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

рег. Минюста России 17.05.17 г. № 46740

#### Приложение

#### КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

##### I. Общие положения

1.1. Настоящие критерии оценки качества медицинской помощи (далее – критерии качества) применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.2. Критерии качества применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

1.3. Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

##### II. Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи

###### 2.1. Критерии качества в амбулаторных условиях:

а) ведение медицинской документации - медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях <1>, истории развития ребенка, индивидуальной карты беременной и родильницы (далее - амбулаторная карта):

-----  
<1> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160).

заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;  
наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство <2>;

-----  
<2> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от

20 декабря 2012 г. № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный № 28924), с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. № 549н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный № 38783).

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи:

оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, запись в амбулаторной карте;

в) установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;

е) назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

ж) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее - клинические рекомендации):

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;

установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;

проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей <3> с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации;

-----

<3> Статья 48 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

з) внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и

инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме;

и) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций;

к) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком <4>:

-----  
<4> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 июня 2013 г., регистрационный № 28883), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. № 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный № 30714) и от 30 июня 2015 г. № 386н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 августа 2015 г., регистрационный № 38379) (далее - приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н).

оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации;

внесение записи в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации <5>;

-----  
<5> В соответствии с пунктом 4.7 Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 502н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июня 2012 г., регистрационный № 24516), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. № 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный № 30714).

л) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке <6>;

-----  
<6> Статья 59 Федерального закона № 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165).

м) осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке <7>



с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения;

-----  
<7> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 февраля 2013 г., регистрационный № 27072) и приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 марта 2013 г., регистрационный № 27909).

н) проведение медицинских осмотров, диспансеризации в установленном порядке <8>, назначение по их результатам, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения.

-----  
<8> Часть 7 статьи 46 Федерального закона № 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2016, № 27, ст. 4219).

2.2. Критерии качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

а) ведение медицинской документации - медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного (далее - стационарная карта):

заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;

наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство <9>;

-----  
<9> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный № 28924), с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. № 549н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный № 38783).

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или профильном структурном подразделении (далее - профильное отделение) (дневном стационаре) или отделении (центре) анестезиологии-реанимации медицинской организации:

оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте;

в) установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии);

е) назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

ж) указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;

з) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций:

установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;

и) внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром):

принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту <10>;

принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту <10>;

-----

<10> Статья 48 Федерального закона № 323-ФЗ.

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

к) проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным

отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

л) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения:

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) после установления клинического диагноза;

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента;

м) назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения <11> и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи <12>, врачебной комиссией медицинской организации, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту;

-----  
<11> Распоряжение Правительства Российской Федерации 28 декабря 2016 г. № 2885-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2017, № 2, ст. 435).

<12> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 22 октября 2016 г. № 2229-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, № 44, ст. 6177).

осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту;

н) осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, с принятием решения о переводе врачебной комиссией медицинской организации, из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем медицинской организации, в которую

переводится пациент;

о) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке <6>;

-----  
<6> Статья 59 Федерального закона № 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165).

п) проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке <13>;

-----  
<13> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июня 2013 г. № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 декабря 2013 г., регистрационный № 30612).

р) отсутствие расхождения клинического диагноза и патологоанатомического диагноза;

с) оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенной печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

III. Критерии качества по группам заболеваний (состояний) – не приводятся.

## Приложение 2

### Приказ Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 г. № 230

#### **«Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»**

**(в ред. приказов ФФОМС от 16.08.2011 № 144, от 21.07.2015 № 130).**

**ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**  
(в ред. приказов ФФОМС от 16.08.2011 № 144, от 21.07.2015 № 130)

#### **I. Общие положения**

1. Настоящий Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - Порядок) разработан в соответствии с главой 9 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном

медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 49 (ч. 1), ст. 7047; 2012, № 49, ст. 6758; 2013, № 27, ст. 3477; № 48, ст. 6165) и определяет правила и процедуру организации и проведения страховыми медицинскими организациями и фондами обязательного медицинского страхования контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2. Цель настоящего Порядка - регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи в установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объемах, сроках и условиях, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования.

## **II. Цели контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию**

3. К контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - контроль) относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, реализовываемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

4. Объектом контроля является организация и оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Субъектами контроля являются территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, медицинские организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

5. Цели контроля:

5.1. обеспечение бесплатного предоставления застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;

5.2. защита прав застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

5.3. предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и/или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и/или стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами;

5.4. проверка исполнения страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями обязательств по оплате и бесплатному оказанию застрахованным лицам медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования;

5.5. проверка исполнения страховыми медицинскими организациями обязательств по изучению удовлетворенности застрахованных лиц объемом, доступностью и качеством медицинской помощи;

5.6. оптимизация расходов по оплате медицинской помощи при наступлении страхового случая и снижение страховых рисков в обязательном медицинском страховании.

6. Контроль осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

### **III. Медико-экономический контроль**

7. Медико-экономический контроль в соответствии с частью 3 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон) - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

8. Медико-экономический контроль осуществляется специалистами страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

9. При медико-экономическом контроле проводится контроль всех случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в целях:

- 1) проверки реестров счетов на соответствие установленному порядку информационного обмена в сфере обязательного медицинского страхования;
- 2) идентификации лица, застрахованного конкретной страховой медицинской организацией (плательщика);
- 3) проверки соответствия оказанной медицинской помощи:

а) территориальной программе обязательного медицинского страхования;

б) условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

в) действующей лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;

4) проверки обоснованности применения тарифов на медицинские услуги, расчета их стоимости в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

5) установления отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

10. Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в акте медико-экономического контроля (приложение 1 к настоящему Порядку) с указанием суммы уменьшения счета по каждой записи реестра, содержащей сведения о дефектах медицинской помощи и/или нарушениях при оказании медицинской помощи.

В соответствии с частями 9 и 10 статьи 40 Федерального закона результаты медико-экономического контроля, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, являются основанием для применения мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку), а также могут являться основанием для проведения медико-экономической экспертизы; организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи; проведения повторного медико-экономического контроля, повторных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организацией по заданию территориального фонда (кроме контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования).

#### **IV. Медико-экономическая экспертиза**

11. Медико-экономическая экспертиза в соответствии с частью 4 статьи 40 Федерального закона - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских



услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

12. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом (пункт 78 раздела XIII настоящего Порядка).

13. Медико-экономическая экспертиза осуществляется в виде:

- а) целевой медико-экономической экспертизы;
- б) плановой медико-экономической экспертизы.

14. Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в случаях:

а) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации;

б) заболеваний с удлинненным или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи;

в) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации.

Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

При проведении целевой медико-экономической экспертизы по случаям повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные сроки исчисляются с момента предоставления к оплате счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).

Проведение целевой медико-экономической экспертизы в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

15. Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется по счетам, предоставленным к оплате в течение месяца после оказания застрахованному лицу медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

16. При проведении плановой медико-экономической экспертизы оцениваются:

а) характер, частота и причины нарушений прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию объеме, сроках, качестве и условиях;

б) объем оказанной медицинской организацией медицинской помощи и его соответствие установленному решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объему, подлежащему оплате за счет средств обязательного медицинского страхования;

в) частота и характер нарушений медицинской организацией порядка формирования реестров счетов.

17. Объем ежемесячных медико-экономических экспертиз от числа законченных



случаев лечения определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 51 раздела VII настоящего Порядка, и составляет не менее:

- при оказании медицинской помощи стационарно - 8%;
- при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 8%;
- при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,8%;
- при оказании медицинской помощи вне медицинской организации - 3% от числа поданных на оплату случаев.

В случае если в течение месяца количество дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи превышает 30 процентов от числа случаев оказания медицинской помощи, по которым была проведена медико-экономическая экспертиза, в следующем месяце объем проверок от числа принятых к оплате счетов по случаям оказания медицинской помощи должен быть увеличен не менее чем в 2 раза по сравнению с предыдущим месяцем.

18. В отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам (например, частота и виды послеоперационных осложнений, продолжительность лечения, стоимость медицинских услуг) в медицинской организации в соответствии с планом, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования, может проводиться плановая тематическая медико-экономическая экспертиза, для которой отбор случаев осуществляется в пределах одного года с даты предоставления счетов и реестров счетов к оплате.

19. По итогам медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется акт медико-экономической экспертизы (приложение 3 (в случае проведения целевой медико-экономической экспертизы), приложение 10 (в случае проведения плановой медико-экономической экспертизы) к настоящему Порядку) в двух экземплярах: один передается в медицинскую организацию, один экземпляр остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде обязательного медицинского страхования.

В соответствии с частью 9 статьи 40 Федерального закона результаты медико-экономической экспертизы, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку), а также могут являться основанием для проведения экспертизы качества медицинской помощи.

## **V. Экспертиза качества медицинской помощи**

20. В соответствии с частью 6 статьи 40 Федерального закона экспертиза

качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата (п. 20 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130).

21. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

22. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи (пункт 81 раздела XIII настоящего Порядка) по поручению территориального фонда обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организации.

23. Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде:

- а) целевой экспертизы качества медицинской помощи;
- б) плановой экспертизы качества медицинской помощи.

24. Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, за исключением случаев, установленных законодательством Российской Федерации, и случаев, указанных в подпункте «д» пункта 25 настоящего раздела.

В случае необходимости получения результатов патологоанатомического вскрытия при летальном случае, результатов расследования Роспотребнадзора при внутрибольничном инфицировании и иных случаях в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, срок проведения экспертизы качества медицинской помощи продлевается.

Организационные экспертные мероприятия (например, запрос материалов, необходимых для проведения экспертизы качества медицинской помощи и их анализ, переговоры с экспертом качества необходимой специальности) осуществляются в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам.

25. Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в случаях:

- а) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;
- б) исключен - Приказ ФФОМС от 16.08.2011 № 144;
- в) летальных исходов при оказании медицинской помощи;
- г) внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;

д) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;

е) повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации;

ж) заболеваний с удлинненным или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

26. При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям, отобранным по результатам целевой медико-экономической экспертизы, общие сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи могут увеличиваться до шести месяцев с момента предоставления счета на оплату.

При проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные сроки исчисляются с момента предоставления на оплату счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).

При выявлении страховой медицинской организацией (по результатам жалобы, по результатам внутреннего контроля, по запросам органов прокуратуры Российской Федерации, Росздравнадзора, иных государственных органов и организаций, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей) случаев летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится не независимо от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

27. Проведение целевой экспертизы качества медицинской помощи в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи и осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан.

28. Количество целевых экспертиз качества медицинской помощи определяется количеством случаев, требующих ее проведения по указанным в настоящем Порядке основаниям.

29. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, этапу медицинской помощи и другим признакам, условиям, предусмотренным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

30. Объем ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом обязательного

медицинского страхования в соответствии с пунктом 51 раздела VII настоящего Порядка, и составляет от числа законченных случаев лечения не менее:

- при оказании медицинской помощи стационарно - 5%;
- при оказании медицинской помощи в дневном стационаре - 3%;
- при оказании медицинской помощи амбулаторно - 0,5%;
- при оказании медицинской помощи вне медицинской организации – 1,5% от числа поданных на оплату случаев.

31. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится по случаям оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, отобранным:

- а) методом случайной выборки;
- б) по тематически однородной совокупности случаев.

32. Плановая экспертиза качества медицинской помощи методом случайной выборки проводится для оценки характера, частоты и причин нарушений прав застрахованных лиц на своевременное получение медицинской помощи установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования объема и качества, в том числе обусловленных неправильным выполнением медицинских технологий, повлекших ухудшение состояния здоровья застрахованного лица, дополнительный риск неблагоприятных последствий для его здоровья, неоптимальное расходование ресурсов медицинской организации, неудовлетворенность медицинской помощью застрахованных лиц.

33. Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи проводится в отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, отобранных по тематическим признакам в каждой медицинской организации или группе медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию одного вида или в одних условиях.

Выбор тематики осуществляется на основании показателей деятельности медицинских организаций, их структурных подразделений и профильных направлений деятельности:

а) больничной летальности, частоты послеоперационных осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, частоты повторных госпитализаций, средней продолжительности лечения, стоимости медицинских услуг и других показателей;

б) результатов внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи.

34. Плановая тематическая экспертиза качества медицинской помощи направлена на решение следующих задач:

а) выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, систематических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе;

б) сравнение качества медицинской помощи, предоставленной группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, полу и другим признакам.

35. Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится в каждой

медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, не реже одного раза в течение календарного года в сроки, определенные планом проверок (пункт 51 раздела VII настоящего Порядка).

36. Экспертиза качества медицинской помощи может проводиться в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи (далее - очная экспертиза качества медицинской помощи), в том числе по обращению застрахованного лица или его представителя. Основной целью очной экспертизы качества медицинской помощи является предотвращение и/или минимизация отрицательного влияния на состояние здоровья пациента дефектов медицинской помощи.

Экспертом качества медицинской помощи с уведомлением администрации медицинской организации может проводиться обход подразделений медицинской организации с целью контроля условий оказания медицинской помощи, подготовки материалов для экспертного заключения, а также консультирования застрахованного лица.

При консультировании обратившееся застрахованное лицо информируется о состоянии его здоровья, степени соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с разъяснением его прав в соответствии с законодательством Российской Федерации.

37. Экспертом качества медицинской помощи, осуществлявшим проведение экспертизы качества медицинской помощи, оформляется экспертное заключение (приложение 11 к настоящему Порядку), содержащее описание проведения и результаты экспертизы качества медицинской помощи, на основании которого составляется акт экспертизы качества медицинской помощи.

В соответствии с частями 9 и 10 статьи 40 Федерального закона результаты экспертизы качества медицинской помощи, оформленные соответствующим актом по форме, установленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (приложения 5, 6 к настоящему Порядку), являются основанием для применения к медицинской организации мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 8 к настоящему Порядку).

На основании актов экспертизы качества медицинской помощи уполномоченными органами принимаются меры по улучшению качества медицинской помощи.

## **VI. Порядок осуществления территориальным фондом обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций.**

38. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования на

основании части 11 статьи 40 Федерального закона осуществляет контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно.

39. Повторные медико-экономическая экспертиза или экспертиза качества медицинской помощи (далее - реэкспертиза) - проводимая другим специалистом-экспертом медико-экономическая экспертиза или другим экспертом качества медицинской помощи экспертиза качества медицинской помощи с целью проверки обоснованности и достоверности выводов по ранее принятым заключениям, сделанным специалистом-экспертом или экспертом качества медицинской помощи, первично проводившим медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи.

Повторная экспертиза качества медицинской помощи может осуществляться параллельно или последовательно с первой тем же методом, но другим экспертом качества медицинской помощи.

40. Задачами реэкспертизы являются:

а) проверка обоснованности и достоверности заключения специалиста-эксперта или эксперта качества медицинской помощи, первично проводившего медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи;

б) контроль деятельности отдельных специалистов-экспертов/экспертов качества медицинской помощи.

41. Реэкспертиза проводится в случаях:

а) проведения территориальным фондом обязательного медицинского страхования документальной проверки организации обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией;

б) выявления нарушений в организации контроля со стороны страховой медицинской организации;

в) необоснованности и/или недостоверности заключения эксперта качества медицинской помощи, проводившего экспертизу качества медицинской помощи;

г) поступления претензии от медицинской организации, не урегулированной со страховой медицинской организацией (пункт 73 раздела XI настоящего Порядка).

42. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования уведомляет страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию о проведении реэкспертизы не позднее чем за 5 рабочих дней до начала работы.

Для проведения реэкспертизы территориальному фонду обязательного медицинского страхования в течение 5 рабочих дней после получения соответствующего запроса страховая медицинская организация и медицинская организация обязаны предоставить:

-страховая медицинская организация - необходимые для проведения реэкспертизы копии актов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

-медицинская организация - медицинскую, учетно-отчетную и прочую документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи, в том числе проведенного органом управления здравоохранением.

43. Количество случаев, подвергаемых реэкспертизе, определяется количеством поводов для их проведения в соответствии с пунктами 40, 41 настоящего Порядка, но не менее 10% от числа всех экспертиз за соответствующий период времени, в их числе не менее 30% реэкспертиз качества медицинской помощи.

В течение календарного года реэкспертизе должны быть подвергнуты все страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по случаям оказания медицинской помощи во всех медицинских организациях пропорционально количеству предъявленных к оплате счетов.

44. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования направляет оформленные актом (приложение 7 к настоящему Порядку) результаты проведения реэкспертизы в страховую медицинскую организацию и медицинскую организацию в срок не позднее 20 рабочих дней после окончания проверки. Страховая медицинская организация и медицинская организация обязаны рассмотреть указанные акты в течение 20 рабочих дней с момента их получения.

45. Страховая медицинская организация и медицинская организация в случае отсутствия согласия с результатами проведенной реэкспертизы направляют в территориальный фонд обязательного медицинского страхования подписанный акт с протоколом разногласий не позже 10 рабочих дней с даты получения акта.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования в течение 30 рабочих дней с даты получения рассматривает акт с протоколом разногласий с привлечением заинтересованных сторон.

46. В соответствии с частью 14 статьи 38 Федерального закона территориальный фонд обязательного медицинского страхования в случае выявления нарушений договорных обязательств со стороны страховой медицинской организации при возмещении ей затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств.

Перечень санкций за нарушения договорных обязательств устанавливается договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемым между территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организацией.

В соответствии с указанным договором в случае выявления нарушений в деятельности страховой медицинской организации территориальный фонд обязательного медицинского страхования использует меры, применяемые к страховой медицинской организации в соответствии с частью 13 статьи 38 Федерального закона и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и признает применяемые страховой медицинской организацией к медицинской организации меры необоснованными.



47. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования при выявлении нарушений в организации и проведении медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи направляет в страховую медицинскую организацию претензию, которая содержит сведения о проведенном контроле за деятельностью страховой медицинской организации:

а) наименование комиссии территориального фонда обязательного медицинского страхования;

б) дату (период) проверки страховой медицинской организации;

в) состав комиссии территориального фонда обязательного медицинского страхования;

г) нормативные правовые акты, являющиеся основанием для проведения контроля за деятельностью страховой медицинской организации по организации и проведению контроля и причины проведения контроля;

д) факты ненадлежащего выполнения страховой медицинской организацией договорных обязательств по организации и проведению контроля с указанием актов реэкспертизы;

е) меру ответственности страховой медицинской организации за выявленные нарушения;

ж) приложения (копии актов реэкспертизы и другое).

Претензия подписывается директором территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Исполнение по претензии осуществляется в течение 30 рабочих дней с даты ее получения страховой медицинской организацией, о чем информируется территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

48. В случае выявления территориальным фондом обязательного медицинского страхования при проведении реэкспертизы нарушений, пропущенных страховой медицинской организацией в ходе медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи, страховая медицинская организация утрачивает право использования мер, применяемых к медицинской организации, по своевременно не обнаруженному дефекту медицинской помощи и/или нарушению при оказании медицинской помощи.

49. Средства в сумме, определенной актом реэкспертизы, возвращаются медицинской организацией в доход бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования. К страховой медицинской организации применяются санкции в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

50. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования проводит анализ обращений застрахованных лиц, их представителей и других субъектов обязательного медицинского страхования по результатам контроля, проводимого страховой медицинской организацией.

## **VII. Взаимодействие субъектов контроля**



51. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет координацию взаимодействия субъектов контроля на территории субъекта Российской Федерации, проводит организационно-методическую работу, обеспечивающую функционирование контроля и защиту прав застрахованных лиц, согласовывает планы деятельности страховых медицинских организаций в части организации и проведения контроля, в том числе планы проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

52. При проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация предоставляет специалистам-экспертам и экспертам качества медицинской помощи в течение 5 рабочих дней после получения соответствующего запроса медицинскую, учетно-отчетную и прочую документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи.

53. В соответствии с частью 8 статьи 40 Федерального закона медицинская организация не вправе препятствовать доступу специалистов-экспертов и экспертов качества медицинской помощи к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и обязана предоставлять запрашиваемую информацию.

54. Работники, участвующие в осуществлении контроля, несут ответственность за разглашение конфиденциальной информации ограниченного доступа в соответствии с законодательством Российской Федерации.

55. На основании статьи 42 Федерального закона решение спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля между медицинской организацией и страховой медицинской организацией осуществляется территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

О результатах решения спорных и конфликтных вопросов, о нарушениях в организации и проведении контроля, в оказании медицинской помощи в медицинской организации комиссия информирует заинтересованные стороны и орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

### **VIII. Учет и использование результатов контроля**

56. Отчеты о результатах проведенного контроля предоставляются страховыми медицинскими организациями в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Страховая медицинская организация и территориальный фонд обязательного медицинского страхования ведут учет актов контроля.

Учетными документами могут являться реестры актов медико-экономического контроля (приложение 2 к настоящему Порядку), медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Результаты контроля в форме актов в течение 5 рабочих дней передаются в

медицинскую организацию.

Возможно ведение электронного документооборота между субъектами контроля с использованием электронно-цифровой подписи.

57. В случае, когда акт доставляется в медицинскую организацию лично представителем страховой медицинской организации/территориального фонда обязательного медицинского страхования, на всех экземплярах акта ставится отметка о получении с указанием даты и подписью получателя. При отправке акта по почте, указанный документ направляется заказным письмом (с составлением описи) с уведомлением.

Акт может быть направлен в медицинскую организацию в электронной форме при наличии гарантий его достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений.

58. Руководитель медицинской организации или лицо, его замещающее, рассматривает акт в течение 15 рабочих дней с момента его получения.

При согласии медицинской организации с актом и мерами, применяемыми к медицинской организации, все экземпляры актов подписываются руководителем медицинской организации, заверяются печатью, и один экземпляр направляется в страховую медицинскую организацию/территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

При несогласии медицинской организации с актом, подписанный акт возвращается в страховую медицинскую организацию с протоколом разногласий.

59. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основе анализа деятельности субъектов контроля разрабатывает предложения, способствующие повышению качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов обязательного медицинского страхования и информирует орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

60. В соответствии со статьей 31 Федерального закона предъявление претензии или иска к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи страховой медицинской организацией осуществляется на основании результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи, оформленных соответствующим актом.

## **IX. Порядок информирования застрахованных лиц о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования**

61. В целях обеспечения прав на получение доступной и качественной медицинской помощи застрахованные лица информируются медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами обязательного медицинского страхования о выявленных нарушениях в предоставлении медицинской помощи по территориальной программе

обязательного медицинского страхования, в том числе по результатам контроля.

62. Работа с обращениями граждан в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования, территориальных фондах обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организациях проводится в соответствии с Федеральным законом от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими работу с обращениями граждан.

63. При поступлении в страховую медицинскую организацию или территориальный фонд обязательного медицинского страхования жалобы застрахованного лица или его представителя на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества результаты рассмотрения жалобы по итогам экспертизы качества медицинской помощи направляются в его адрес.

64. В страховых медицинских организациях, организующих службу представителей страховых медицинских организаций по осуществлению в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, работы по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, представители страховых медицинских организаций принимают участие в подготовке и размещении информационных материалов по защите прав застрахованных лиц и результатам контроля, а также обеспечивают получающих в медицинских организациях медицинскую помощь застрахованных лиц информационно-разъяснительными материалами по вопросам их прав.

## **Х. Порядок применения санкций к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля**

65. На основании части 1 статьи 41 Федерального закона сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с настоящим Порядком.

66. Результатом контроля в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) являются:

- а) неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи в виде:
  - исключения позиции из реестра счетов, подлежащих оплате объемов медицинской помощи;
  - уменьшения сумм, представленных к оплате, в процентах от стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю;
  - возврата сумм, не подлежащих оплате, в страховую медицинскую

организацию;

б) уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (по страховому случаю, при котором выявлены дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи).

67. Неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата медицинской организацией штрафов в соответствии с подпунктом б) пункта 66 настоящего раздела в зависимости от вида выявленных дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи могут применяться раздельно или одновременно.

Дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи (введено приказом ФФОМС от 21.07.2015 № 130):

-дефекты, связанные с нарушением условий оказания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке застрахованным лицам (выявляются страховыми медицинскими организациями в случае несоблюдения медицинскими организациями положений законодательства Российской Федерации, порядков оказания медицинской помощи, договора на оказание и оплату медицинской помощи, регламентирующих данные условия (в том числе сроки и доступность плановой помощи, маршрутизации при наличии показаний к госпитализации));

-дефекты, связанные с причинением вреда здоровью застрахованным лицам (при ухудшении состояния здоровья, выражающемся в телесных повреждениях, заболеваниях, патологических состояниях, возникших в результате действия механических, физических, химических, биологических, психических и иных факторов внешней среды, а также бездействию в том случае, если оно повлекло ухудшение состояния здоровья);

-доказанные в установленном законодательством Российской Федерации порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации при несоблюдении ими принятых этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей;

-невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи или преждевременным с клинической точки зрения прекращением проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, устанавливается при полном или частичном несоответствии (как в сторону уменьшения, так и превышения) оказанной застрахованному лицу медицинской помощи обязательным требованиям, предусмотренным законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, а также произведенные без учета состояния здоровья

пациента (информации о наличии противопоказаний или индивидуальных показаний, данных анамнеза);

-нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении, необоснованная или непрофильная госпитализация застрахованного лица (выявляется страховой медицинской организацией при нарушении медицинской организацией порядков оказания медицинской помощи и установленных критериев госпитализации, включая отсутствие медицинских показаний для пребывания пациента в условиях круглосуточного стационара для проведения лечебных и диагностических мероприятий или госпитализация в медицинскую организацию или отделение, не имеющие соответствующей лицензии на оказание данного вида помощи (выполнение технологии));

-развитие ятрогенного заболевания (выявляется при ухудшении состояния здоровья человека или возникновении нового заболевания, обусловленном неблагоприятными последствиями любых медицинских воздействий);

-отсутствие объективных причин непредставления первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации (за исключением: изъятия документации уполномоченными органами, наличия официального запроса от застрахованного лица (представителя), оформленного в установленном законодательством Российской Федерации порядке);

-дефекты оформления первичной медицинской документации, затрудняющие работу с документацией, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи и создающие невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи (выявляется страховой медицинской организацией при нарушении медицинской организацией правил оформления медицинской документации).

68. При выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховая медицинская организация частично или полностью не возмещает затраты медицинской организации по оказанию медицинской помощи, уменьшая последующие платежи по счетам медицинской организации на сумму выявленных дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи или требует возврата сумм в страховую медицинскую организацию.

Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, либо подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

69. За неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества медицинская организация уплачивает штраф в соответствии с перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи (приложение 8 к настоящему Порядку) на основании предписания,

содержащего:

а) заголовочную часть (номер и дата предписания, место вынесения, наименование организации, проводившей контроль, и медицинской организации, в отношении которой применяется штраф);

б) содержательную часть (основание для применения к медицинской организации штрафа в соответствии с нормативными правовыми актами в сфере обязательного медицинского страхования, номера и даты актов контроля);

в) предписывающую часть (код дефекта медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи в соответствии с приложением 8 к настоящему Порядку, размер и срок уплаты штрафа);

г) заключительную часть (информирование о возможности обжалования предписания в соответствии с законодательством Российской Федерации, подпись руководителя (заместителя руководителя) организации, проводившей контроль).

70. При наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи к медицинской организации применяется одно - наиболее существенное основание, влекущее больший размер неоплаты, или отказ в оплате. Суммирование размера неполной оплаты медицинских услуг по одному страховому случаю не производится.

71. Неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества не освобождает медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

72. Средства, поступившие в результате применения санкций к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля, расходуются в соответствии с Федеральным законом.

## **XI. Обжалование медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по результатам контроля**

73. В соответствии со статьей 42 Федерального закона медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации путем направления претензии в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по рекомендуемому образцу (приложение 9 к настоящему Порядку).

Претензия оформляется в письменном виде и направляется вместе с необходимыми материалами в территориальный фонд обязательного медицинского страхования. Медицинская организация обязана предоставить в территориальный фонд обязательного медицинского страхования:

а) обоснование претензии;

б) перечень вопросов по каждому оспариваемому случаю;

в) материалы внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи в медицинской организации.

74. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования в течение 30 рабочих дней с даты поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации документы и организует проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, которые в соответствии с частью 4 статьи 42 Федерального закона оформляются решением территориального фонда.

75. Решение территориального фонда обязательного медицинского страхования, признающее правоту медицинской организации, является основанием для отмены (изменения) решения о неоплате, неполной оплате медицинской помощи и/или об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам первичной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования направляет решение по результатам реэкспертизы в страховую медицинскую организацию и в медицинскую организацию, направившую претензию в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

(абзац введен Приказом ФФОМС от 16.08.2011 № 144)

Изменение финансирования по результатам рассмотрения спорных случаев проводится страховой медицинской организацией в срок не позднее 30 рабочих дней (в период окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный период).

76. При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке.

## **ХII. Организация территориальным фондом обязательного медицинского страхования контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования**

77. Организация территориальным фондом обязательного медицинского страхования контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с разделами III - V настоящего Порядка.

## **ХIII. Работники, осуществляющие медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи.**

78. В соответствии с частью 5 статьи 40 Федерального закона медико-экономическую экспертизу осуществляет специалист-эксперт, являющийся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности



в сфере обязательного медицинского страхования.

79. Основными задачами специалиста-эксперта являются:

а) контроль соответствия предоставленной медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию путем установления соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов предоставленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации;

б) участие в организации и проведении экспертизы качества медицинской помощи и обеспечении гарантий прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи надлежащего качества.

80. Основными функциями специалиста-эксперта являются:

а) выборочный контроль объемов медицинской помощи по страховым случаям путем сопоставления фактических данных об оказанных застрахованному лицу медицинских услугах с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;

б) отбор случаев для экспертизы качества медицинской помощи и обоснование необходимости ее проведения, подготовка документации, необходимой эксперту качества медицинской помощи для проведения экспертизы качества медицинской помощи;

в) подготовка материалов используемой методической базы для экспертизы качества медицинской помощи (порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, методические рекомендации и другое);

г) обобщение, анализ заключений, подготовленных экспертом качества медицинской помощи, участие в подготовке акта установленной формы или подготовка акта установленной формы;

д) подготовка предложений по предъявлению претензий или исков к медицинской организации по возмещению вреда, причиненного застрахованным лицам, и санкций, применяемых к медицинской организации;

е) ознакомление руководства медицинской организации с результатами медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;

ж) обобщение и анализ результатов контроля, подготовка предложений по осуществлению целевых и тематических медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи;

з) оценка удовлетворенности застрахованных лиц организацией, условиями и качеством оказанной медицинской помощи.

81. Экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 40 Федерального закона осуществляет эксперт качества медицинской помощи, являющийся врачом-специалистом, имеющим высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не



менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, включенный в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи (пункт 84 настоящего раздела).

Эксперт качества медицинской помощи проводит экспертизу качества медицинской помощи по своей основной медицинской специальности, определенной дипломом, свидетельством об аккредитации специалиста или сертификатом специалиста.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи эксперт качества медицинской помощи имеет право на сохранение анонимности/конфиденциальности.

82. Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления дефектов медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи в обязательном медицинском страховании.

Эксперт качества медицинской помощи не привлекается к экспертизе качества медицинской помощи в медицинской организации, с которой он состоит в трудовых или иных договорных отношениях, и обязан отказаться от проведения экспертизы качества медицинской помощи в случаях, когда пациент является (являлся) его родственником или больным, в лечении которого эксперт качества медицинской помощи принимал участие.

83. Эксперт качества медицинской помощи при проведении экспертизы качества медицинской помощи:

а) использует медицинские документы, содержащие описание лечебно-диагностического процесса, при необходимости выполняет осмотр пациентов;

б) предоставляет сведения об используемых нормативных документах (порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, методические рекомендации) по требованию должностных лиц медицинской организации, в которой проводится экспертиза качества медицинской помощи;

в) соблюдает правила врачебной этики и деонтологии, сохраняет врачебную тайну и обеспечивает сохранность полученных во временное пользование медицинских документов и их своевременный возврат организатору экспертизы качества медицинской помощи или в медицинскую организацию;

г) при проведении очной экспертизы качества медицинской помощи (пункт 36 раздела V настоящего Порядка) обсуждает с лечащим врачом и руководством медицинской организации предварительные результаты экспертизы качества медицинской помощи.

(пп. «г») в ред. Приказа ФФОМС от 16.08.2011 № 144)

84. Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи, осуществляющих

экспертизу качества медицинской помощи в рамках контроля в субъекте Российской Федерации, и является сегментом единого реестра экспертов качества медицинской помощи.

Ведение территориального реестра экспертов качества медицинской помощи осуществляется территориальными фондами обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 9 части 7 статьи 34 Федерального закона на основе единых организационных, методологических и программно-технических принципов.

Ответственность за нарушения в ведении территориального реестра экспертов качества медицинской помощи несет директор территориального фонда обязательного медицинского страхования.

В соответствии с пунктом 11 части 8 статьи 33 Федерального закона Федеральный фонд обязательного медицинского страхования ведет единый реестр экспертов качества медицинской помощи, являющийся совокупностью электронных баз данных территориальных реестров экспертов качества медицинской помощи.

## Приложение 8

### ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (УМЕНЬШЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)

Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц	
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме. (пп. 1.1.3 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 № 45)
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:

1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:
1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).
(п. 1.3.2 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130)	
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.
(п. 1.4 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130)	
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.
(п. 1.5 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130)	
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения	
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:

2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам

	населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи	
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:  (п. 3.2 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130)
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:  (п. 3.3 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130)
3.3.1.	исключен. - Приказ ФФОМС от 29.12.2015 № 277;

3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.
(п. 3.5 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 № 45)	
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.
3.9.	Утратил силу. - Приказ ФФОМС от 21.07.2015 № 130.
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.
3.11.	Утратил силу. - Приказ ФФОМС от 22.02.2017 № 45.

3.12	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.  (п. 3.14 в ред. Приказа ФФОМС от 29.12.2015 № 277)
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации	
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.
4.2.	Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.  (п. 4.2 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 № 45)
4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).  (п. 4.4 в ред. Приказа ФФОМС от 29.12.2015 № 277)

4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов. (п. 4.6 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130)
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы. (пп. 4.6.1 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 № 45)
4.6.2.	утратил силу. - Приказ ФФОМС от 21.07.2015 № 130.
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту. (пп. 4.6.2 введен Приказом ФФОМС от 22.02.2017 № 45)
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов	
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;



5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС;
5.3.2.	Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;
5.3.3.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности:
5.5.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;

5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;
5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:
5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;
5.7.3.	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.

**Письмо Федерального фонда ОМС от 30.12.14 № 6545/30-5 «О целевых экспертизах качества медицинской помощи»**

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, рассмотрев письмо о проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи, сообщает следующее.

Порядок организации и проведения целевых экспертиз (медико-экономических и экспертиз качества медицинской помощи), осуществляемых в рамках контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - Порядок), утвержден приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230, зарегистрирован Минюстом России от 28.01.2011 № 19614 (в редакции приказа ФОМС от 16.08.2012 № 144) (далее - Порядок).

Основания, требующие обязательного (в 100% страховых случаев) проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи, изложены в пункте 25 Порядка и включают летальные исходы при оказании медицинской помощи (подпункт «в»).

Согласно пункту 26 Порядка сроки проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи не ограничиваются моментом предоставления счета на оплату по случаям жалоб застрахованных лиц или их представителей, летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей.

Таким образом, выявление фактов, изложенных в пункте 25 Порядка, является обязательным поводом незамедлительной организации целевой экспертизы качества медицинской помощи.

Нормативными правовыми документами в сфере обязательного медицинского страхования предусмотрен ежемесячный порядок финансирования страховых медицинских организаций и оплаты медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в пределах объемов медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования, согласно пункту 4.1 договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, типовая форма которого утверждена приказом Минздрава России от 24.12.2012 № 1355н, осуществляется с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Таким образом, организация целевой экспертизы качества, в том числе связанной с выявленными случаями летальных исходов, осуществляется страховой медицинской организацией не позже месячного срока после предоставления страхового случая (медицинских услуг) к оплате, за исключением случаев, определенных действующим законодательством.

Несоблюдение сроков и/или объемов проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи является основанием для применения санкций к страховым медицинским

организациям в соответствии с требованиями договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенного с территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

Председатель Н.Н. СТАДЧЕНКО

## Приложение 4

### **Средняя длительность пребывания 1-ого больного в стационаре**

В соответствие с Письмом Минздрава России от 13 декабря 2017 г. № 11-7/10/2-8616 «О ФОРМИРОВАНИИ И ЭКОНОМИЧЕСКОМ ОБОСНОВАНИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2018 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2019 И 2020 ГОДОВ»: « В целях обеспечения единого подхода к планированию и оплате медицинской помощи в стационарных условиях используется единица объема - случай госпитализации (законченный случай лечения в стационарных условиях), применяемая при оплате медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и при осуществлении межтерриториальных расчетов. В приложении 4 к настоящим разъяснениям указаны рекомендуемые показатели числа случаев госпитализации, средней длительности пребывания одного пациента в медицинской организации в стационарных условиях (дней) и числа койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1 жителя (застрахованного)».

к Письму МЗ РФ от 13 декабря 2017 г. № 11-7/10/2-8616

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ОБЪЕМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ ПО ПРОФИЛЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Профиль медицинской помощи <*>	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей в год)	Используемая при расчете средняя длительность пребывания 1-ого пациента в стационаре (дней)	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей	
			Всего	в том числе для взрослых детей
Акушерское дело	7,30	5,6	40,88	40,88
Акушерство и гинекология	26,53	6,6	175,10	174,29
Аллергология и иммунология	0,45	10,1	4,55	4,00
Гастроэнтерология	2,10	10,8	22,68	17,83
Гематология	0,80	13,0	10,40	7,99
Гериатрия	0,20	18,0	3,60	3,60
Дерматовенерология (дерматологические койки)	1,00	12,3	12,30	9,98
Инфекционные болезни	12,00	7,1	85,20	43,00
Кардиология	10,00	10,8	108,00	104,00
Колопроктология	0,80	9,9	7,92	7,41
Медицинская реабилитация	2,90	16,5	47,85	35,89
				11,96

Неврология	11,70	12,1	141,57	125,57	16,00
Нейрохирургия	2,42	10,7	25,89	22,79	3,11
Неонатология	2,10	12,1	25,41		25,41
Нефрология	1,18	11,5	13,57	8,60	4,97
Онкология, радиология, радиотерапия	9,10	10,8	98,28	93,75	4,53
Оториноларингология	4,10	7,6	31,16	20,78	10,38
Офтальмология	5,35	6,8	36,38	30,90	5,48
Педиатрия	8,70	8,6	74,82		74,82
Пульмонология	3,00	11,3	33,90	27,93	5,97
Ревматология	1,00	13,1	13,10	11,20	1,90
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	1,21	9,7	11,74	10,73	1,01
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	1,26	10,3	12,98	12,58	0,40
Терапия <***>	19,20	10,1	193,92	193,92	
Травматология и ортопедия	7,90	11,1	87,69	75,41	12,28
Урология (в т.ч. детская урология- андрология)	5,05	8,9	44,95	41,50	3,45
Хирургия (комбустиология)	0,35	13,5	4,73	3,47	1,26
Торакальная хирургия	0,40	13,3	5,32	4,95	0,37

Хирургия (в т.ч. абдоминальная хирургия, трансплантация органов и (или) тканей, трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, пластическая хирургия)	21,25	8,9	189,13	170,21	18,91
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	1,10	7,7	8,47	6,87	1,60
Эндокринология	1,90	11,6	22,04	17,63	4,41
Всего по базовой программе ОМС	172,35	9,2	1 593,51	1 327,64	265,86
в том числе для федеральных медицинских организаций третьего уровня <*****>	1,20				
Психиатрия	5,30	66,2	350,86	329,12	21,74
Психиатрия-наркология	5,50	14,5	79,75	78,15	1,60
Фтизиатрия	1,70	92,9	157,93	140,56	17,37
Дерматовенерология (венерологические койки)	0,60	15,0	9,00	7,80	1,20
Прочие профили, незастрахованные лица	2,90	8,0	23,20		
Всего за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации	16,00	38,8	620,74	555,63	41,91
Всего по специализированной медицинской помощи в стационарных условиях	188,35	11,8	2 214,25	1 883,27	307,77

<\*> Включая объем специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилям «Скорая медицинская помощь», «Анестезиология и реаниматология».

<\*> В соответствии с приказом Минздрава России от 17 мая 2012 г. №: 555н «Об утверждении коечного фонда по профилям медицинской помощи».

<\*\*\*> Включая объем специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилю «Токсикология».

<\*\*\*\*\*> В среднем по Российской Федерации.

2. В соответствии с письмом МЗ и СР РФ от 01.09.2011 г. «Ответы на вопросы, поступившие из субъектов РФ, по формированию программы модернизации здравоохранения в субъекте РФ» определено:

По материалам раздела сайта Минздравсоцразвития России «Региональные программы модернизации здравоохранения на 2011 - 2012 гг.» (<http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/med-ins/5>).

Вопрос: «Можно ли при использовании федеральных стандартов оказания медицинской помощи использовать субъектом Российской Федерации сложившийся норматив длительности стационарного лечения в регионе?»

Ответ: «**Средние сроки лечения определяются федеральными стандартами оказания медицинской помощи, в случае их отсутствия определяются субъектами Российской Федерации.**».

## Приложение 6

### Примерный порядок оценки обоснованности госпитализации

(Извлечение из Сборника информационных материалов по вопросам совершенствования организации защиты прав застрахованных, М.: ФФОМС, 2015).

#### ***Цели и задачи оценки.***

Оценка обоснованности госпитализации осуществляется в целях повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования.

Целью оценки является обеспечение единых подходов к формированию системы оценки обоснованности госпитализации в медицинские организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях (круглосуточного наблюдения), работающих в сфере обязательного медицинского страхования (далее - медицинские организации), включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Основные задачи оценки обоснованности госпитализации:

стимулирование повышения качества и эффективности работы медицинских организаций;

повышение информированности потребителей о порядке предоставления медицинской организацией медицинских услуг;

повышение уровня удовлетворенности пациентов.

#### ***Организация оценки обоснованности госпитализации.***

Оценка - выявление при проведении экспертиз качества медицинской помощи соответствия состояния больного определенным критериям, характерным для круглосуточной госпитализации, а также соответствие процедур и манипуляций, проводимых в стационаре, объему и уровню сложности, принятом в современном стационарном лечении.



Оценка обоснованности госпитализации проводится в медицинских организациях (далее - МО), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Организация проведения оценки обоснованности госпитализации в субъекте Российской Федерации осуществляется территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями по результатам экспертиз качества медицинской помощи.

Проведение оценки обоснованности госпитализации рекомендуется осуществлять последовательно в 4 этапа:

***Этап I. Организационный:***

- уточнение (дополнение) при необходимости перечней параметров и показатели обоснованности госпитализации медицинских организаций в зависимости от вида медицинской помощи, типа и уровня МО, профиля отделения подлежащих экспертизе;

- определение метода сбора первичной информации (ретроспективный или проспективный анализ, использование результатов внутреннего или ведомственного контроля).

***Этап II. Подготовительный:***

- анализ нормативных правовых и иных актов, регулирующих деятельность медицинской организации, с целью определения или уточнения, учета динамики нормативно устанавливаемых значений оцениваемых параметров и показателей деятельности медицинской организации;

- формирование вида статистической выборки (случайной, целевой, тематической) для проведения экспертизы.

***Этап III. Сбор первичной информации:***

- сбор первичных данных и их обработка в соответствии с разработанной методикой («Протокол ретроспективной оценки обоснованности госпитализаций»);

- формирование итоговых массивов данных, заполнение итоговой «Учетной таблицы обоснованности госпитализации в профильные отделения».

***Этап IV. Анализ и оформление результатов.*** Результаты оценки обоснованности госпитализации, проведенной в рамках плановой тематической или целевой экспертизы качества медицинской помощи, организованной страховой медицинской организацией и/или территориальным фондом ОМС, оформляются соответствующим актом экспертизы качества медицинской помощи в порядке, установленном приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее - Порядок): нарушения по коду 3.7. Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи): «госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара».

Кроме того, эксперт качества медицинской помощи изучает всю представленную МО медицинскую документацию и заполняет «Протокол ретроспективной оценки обоснованности госпитализаций» (Приложение 1) и «Карту изучения причин необоснованной госпитализации» (Приложение 2).

Дополнительно по результатам экспертиз качества медицинской помощи заполняется «Учетная таблица обоснованности госпитализаций в стационар» (Приложение 3), в которую включаются обобщенные данные, полученные на указанных выше этапах.

Рисунок 1. Алгоритм ретроспективной оценки обоснованности госпитализации в системе обязательного медицинского страхования.

### 3. Реализация проведения оценки обоснованности госпитализации.

По итогам экспертизы принимаются управленческие и финансовые решения в рамках действующего нормативного поля.

На основе проведенной оценки медицинскими организациями разрабатываются и утверждаются планы мероприятий по улучшению качества работы, которые могут быть размещены на официальных сайтах в сети Интернет.

Во исполнение пункта 59 Порядка территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основе анализа деятельности субъектов контроля разрабатывает предложения, способствующие повышению качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов обязательного медицинского страхования и информирует орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения и территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

## Приложение 1

### «Протокол ретроспективной оценки обоснованности госпитализаций» для использования в системе обязательного медицинского страхования

№	Группы критериев	Наличие критерии	Условия
<b>1.</b>	<b>Критерии, характеризующее состояние пациента</b>		
1.1	Внезапная утрата зрения или слуха (в течение 48 часов)		
1.2	Внезапный паралич (в течение 48 часов)		
1.3	Выраженное истощение		
1.4	Выраженный кислотно-щелочной или электролитный дисбаланс ( $\text{Na}^+$ <123 или >156 мEq/L, $\text{K}^+$ <2,5 или >6 мEq/L, pH <7,3 или >7,45, $\text{HCO}_2^-$ <20 или >36 мEq/L)		

1.5	Желудочковая фибрилляция, жизнеугрожающая аритмия или ЭКГ-признаки острой ишемии, зафиксированные в медицинской документации		
1.6	Критическая декомпенсация функции при наличии хронического заболевания		
1.7	Кома или острое нарушение сознания (не из-за употребления алкоголя), спутанность, потеря, дезориентация		
1.8	Лихорадка выше 38,0 градусов Цельсия более 5 дней		
1.9	Нарастающая острая неврологическая недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт)		
1.10	Невозможность самостоятельного опорожнения кишечника, не связанная с неврологическим заболеванием		
1.11	Нестабильная сопутствующая патология, развившаяся или выявленная во время госпитализации		
1.12	Острые гематологические расстройства (выраженная нейтропения, анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз, эритроцитоз или тромбоцитоз с симптоматикой)		
1.13	Острое кровотечение		
1.14	Острое состояние или состояние, которое не может быть купировано амбулаторно		
1.15	Опасная инфекция (эпидемиологические показания). Пациент представляет опасность для здоровья и жизни окружающих по некой причине		
1.16	Осложнения беременности и родов		
1.17	Систолическое давление более 200 или менее 90 мм ртутного столба, диастолическое - 120 и 60 соответственно; дети - возрастные нормы		
1.18	Расхождение краев раны или эвентрация		
1.19	Рефрактерная гипоксемия с SpO <sub>2</sub> менее 90% (за исключением хронических состояний)		
1.20	ЧСС более 140 или менее 50 ударов в минуту; у детей - возрастные нормы		
2.	<b>Критерии, характеризующие условия ухода и режим пребывания исключительно в стационаре</b>		

2.1	Внутримышечные или подкожные инъекции не реже 2 раз в сутки (в т.ч. антибиотики не реже 3 раз)		
2.2	Длительный мониторинг физиологических параметров - минимум по 30 минут, минимум каждые 4 часа (включая телеметрию или прикроватный монитор)		
2.3	Необходимость установления окончательного диагноза в связи с не типичностью течения заболевания		
2.4	Контроль питания, в т.ч. при задержке развития у детей; любое обследование, требующее строго контроля диеты		
2.5	Крупная послеоперационная рана или дренаж; сложный уход за раной		
2.6	Медсестринский мониторинг не менее 3 раз в день по назначению врача		
2.7	Парентеральная терапия - периодическое или постоянное внутривенное введение любых медикаментозных препаратов		
2.8	Респираторная терапия - периодическая или постоянная дыхательная поддержка не менее 3 раз в день		
2.9	Специальная медсестринская помощь/уход		
<b>3.</b>	<b>Критерии, характеризующие медицинские услуги</b>		
3.1	Интенсивная терапия		
3.2	Необходимость частого врачебного контроля (не менее 3 раз за сутки) при наличии соответствующих записей в медицинской документации		
3.3	Послеоперационное пребывание по стандартам для разных видов операций		
3.4	Проведение консилиума в данный день		
3.5	Трансфузия из-за кровопотери, гемотрансфузия		
3.6	Химиотерапия или медикаментозная терапия, требующая длительного мониторинга токсических реакций		

3.7	Хирургическая операция/инвазивная процедура в день поступления		
3.8	следующий день с предоперационной консультацией или обследованием (не касается отложенных случаев, вне зависимости от причины)		
<b>4.</b>	<b>Иные критерии</b>		
4.1	Невозможность проведения лечебных и/или диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях (проживание пациента на значительном удалении, сложность ухода, наличие химиорезистентности и т.д.)		
4.2	Отсутствие эффекта от проводимой терапии в амбулаторно-поликлинических условиях, приводящее к угрозе ухудшения состояния здоровья		
4.3	Отсутствие эффектов от повторных курсов лечения, при эффективности других методов лечения, в том числе хирургического метода лечения		
4.4	Высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующего заболевания		

Условия:

1) достаточно наличия одного критерия для обоснованности госпитализации в круглосуточный стационар при верификации прав оказывать данный вид медицинской помощи / услуги в данном подразделении медицинской организации (соответствие структуры коечного фонда имеющимся лицензиям, сертификатам и т.д.);

2) достаточно наличия одного критерия для обоснованности госпитализации в круглосуточный стационар при верификации соответствия оказанных медицинских услуг действующим медико-экономическим стандартам и клиническим протоколам;

3) достаточно наличия одного критерия для обоснованности госпитализации в круглосуточный стационар при верификации заполнения медицинской документации (заклучения консилиумов, клинические разработки, дневники, листы назначений, наркозные листы и т.д.);

4) достаточно наличия одного критерия для обоснованности госпитализации в круглосуточный стационар при наличии специальных записей в медицинской документации и подтвержденных информационных сообщений в социальные и силовые структуры.

**«ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА»:** Клинические рекомендации (2015) Российского общества патологоанатомов, Профильной комиссии по специальности «Патологическая анатомия» Минздрава России, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт морфологии человека».

Клинические рекомендации обсуждены и утверждены на VIII Пленуме Российского общества патологоанатомов (г. Петрозаводск, 22-23 мая 2015 г.).

**Показания к применению:** Унифицированные правила формулировки заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти в соответствие с требованиями действующего законодательства РФ и МКБ-10 на всей территории страны необходимы для обеспечения межрегиональной и международной сопоставимости статистических данных о заболеваемости и причинах смерти населения.

Рекомендации являются результатом консенсуса между клиницистами, патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами и направлены на повышение качества формулировки патологоанатомического диагноза и оформления медицинского свидетельства о смерти с целью совершенствования национальной статистики заболеваемости и причин смерти населения. Цель рекомендаций – внедрить в практику унифицированные правила формулировки патологоанатомического диагноза и оформления медицинских свидетельств о смерти в соответствии с положениями Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и требованиями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10). Правила распространяются на заключительные клинические и судебно-медицинские диагнозы в связи с лежащими в их основе общими требованиями к формулировке и необходимостью их сличения (сопоставления) при проведении клинико-экспертной работы. Приведены примеры формулировки патологоанатомических диагнозов и оформления медицинских свидетельств о смерти.

### **Основные принципы формулировки диагноза**

**Диагноз** (греч. *διάγνωσις* – распознать, различить, точно взвесить, составить мнение) в энциклопедическом словаре медицинских терминов определен как медицинское заключение о состоянии здоровья, об имеющемся заболевании, выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней, обозначающих название болезней, их форм, вариантов течения, и основанное на всестороннем систематическом изучении пациента [2, 15].

Согласно одному из наиболее полных определений, *диагноз* – это краткое врачебное заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней;

содержанием диагноза могут быть также особые физиологические состояния организма (беременность, климакс, состояние после разрешения патологического процесса и др.), заключение об эпидемическом очаге [4, 9, 12].

*Диагноз должен быть* [4, 9, 12]:

- *нозологическим* (каждая рубрика должна начинаться с нозологической формы [нозологической единицы], если это невозможно – синдрома);

- *соответствующим международной номенклатуре и классификациям болезней* (Международной номенклатуре болезней и МКБ-10, рекомендациям ВОЗ [МКБ -10, том 2], а также добавленным рубрикам в соответствии с обновлениями ВОЗ 1996-2014 гг. [Письмо Минздрава России от 05.12.2014 г. №13-2/1664]);

- *развернутым*, содержать дополнительную (интранозологическую) характеристику патологических процессов (клинико-анатомическую форму страдания, тип течения, степень активности, стадию, функциональные нарушения), включать все известные в данном конкретном случае морфологические, клинико-лабораторные и другие данные;

- *этиологическим и патогенетическим* (если это не противоречит медико-социальным требованиям, имеющим приоритет [4, 9, 12]);

- *структурно оформленным - рубрифицированным* (разделенным на унифицированные рубрики);

- *фактически и логически обоснованным* (достоверным);

- *своевременным и динамичным* (в большей мере это касается заключительного клинического диагноза).

**Основные требования к формулировке заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов являются едиными.** Это обусловлено не только сходными правилами формулировки, но и необходимостью их сличения (сопоставления) при проведении клинико-экспертной работы. **Соблюдение этих требований должно быть неукоснительным для врачей всех специальностей и во всех медицинских организациях.**

**Заболевание** определяется как возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма [14, статья 2, часть 16].

**Состояние** определяется как изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи [14, статья 2, часть 17].

Ведущим принципом формулирования диагноза в медицине является нозологический. Термины и определения в соответствии с отраслевым стандартом ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001 [11]:

1) **нозологическая форма (единица)** определяется как совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и

коррекции состояния.

2) **синдром** – это состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.

Диагноз является интегральным выражением представления врача-специалиста о состоянии здоровья пациента и об имеющемся заболевании (травме, состоянии) на основании данных, полученных в результате *диагностики*, представляющей собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий [14, статья 2, часть 7].

Исходя из вышеизложенных положений федерального законодательства, диагноз наделен разнообразными функциями:

1) *медицинской*: диагноз является обоснованием к выбору методов лечения и профилактических мероприятий, а также для оценки прогноза развития заболевания [14];

2) *социальной*: диагноз является обоснованием для медицинской экспертизы (экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза, военно-врачебная экспертиза, судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза, экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией, экспертиза качества медицинской помощи) [14, статья 58];

3) *экономической*: диагноз является основой для нормативного регулирования здравоохранения в рамках порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи [14, статья 37] и клинических рекомендаций (протоколов лечения) [14, статья 76, часть 2].

4) *статистической*: диагноз является источником государственной статистики заболеваемости и причин смерти населения [14, статья 80, часть 7; статья 81, часть 4, пункт 3].

Принимая во внимание законодательно установленный приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи [14, статья 6], ни одна из функций диагноза *не может быть реализуема за счет создания условий, могущих обеспечить снижение качества оказания медицинской помощи*. И потому диагноз всегда должен представлять собой полноценное медицинское заключение о состоянии здоровья и об имеющемся заболевании (состоянии). Медицинская и социальная функции диагноза приоритетны по отношению к экономической и статистической. В связи с этим недопустимо любое выхолащивание и упрощение диагноза, мотивируемое необходимостью подогнать его под стандартизованные



формулировки, схемы или правила.

В российском здравоохранении традиционно принята общая структура диагноза, включающая следующие составные части, или рубрики:

1. **Основное заболевание** – заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти [14, статья 2, часть 18];

2. **Сопутствующее заболевание** – заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти [14, статья 2, часть 19]. Сопутствующие заболевания могут быть представлены одной или несколькими нозологическими единицами (реже – синдромами). По поводу этих заболеваний могли производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия. *Сопутствующие заболевания не могут иметь смертельных осложнений.* [4, 9, 12].

*Следует обратить внимание, что понятия основное заболевание и сопутствующее заболевание определены законодательно, и не подлежат модификациям при дальнейшем обсуждении этих терминов.*

Из законодательно установленного определения основного заболевания следует наличие в структуре диагноза рубрики «*Осложнения основного заболевания*», которое определяет первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.

**Осложнения основного заболевания** – это нозологические единицы, травмы, синдромы и симптомы, патологические процессы, которые патогенетически (прямо или косвенно) связаны с основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями. Осложнение основного заболевания определяют также как патологический процесс, патогенетически и/или этиологически связанный с основным заболеванием, утяжеляющий его течение и, нередко, являющийся непосредственной причиной смерти. Осложнение основного заболевания – это присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса, нарушения целостности органа или его стенки, кровотечения, острой или хронической недостаточности функции органа или системы органов [4, 9, 12].

Проявления основного заболевания стереотипны, включены в его синдромокомплекс, а осложнения – индивидуальны. Граница между понятиями «проявление» и «осложнение» основного заболевания не всегда четко определена. Например, синдром портальной гипертензии при циррозе печени или легочное сердце при ХОБЛ более логично считать проявлениями основного заболевания, однако допускается перенос их в рубрику «Осложнения основного заболевания». Перечислять осложнения целесообразно в патогенетической или временной последовательности [4, 9, 12].

Среди всей группы осложнений основного заболевания выделяют одно

важнейшее – **смертельное осложнение**. Выделение более одного смертельного осложнения делает невозможным их достоверный анализ и статистический учет. Смертельное осложнение допустимо указывать в начале рубрики «Осложнения основного заболевания», нарушая их патогенетическую или временную последовательность [4, 9, 12].

*Исходя из вышеуказанных положений, общая структура диагноза должна быть представлена следующими рубриками:*

- 1. Основное заболевание.**
- 2. Осложнения основного заболевания.**
- 3. Сопутствующие заболевания.**

Такая рубрификация диагноза была впервые утверждена приказом Минздрава СССР от 3 января 1952 г. № 4 и без изменений сохранилась до наших дней в бланках медицинских карт [4, 9, 12].

*Нерубрифицированные заключительный клинический, патологоанатомический или судебно-медицинский диагнозы непригодны для кодирования и статистического анализа, не подлежат сопоставлению.* Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз, независимо от его содержания, расценивается как неверно оформленный [4, 9, 12].

Даже при такой простейшей конструкции диагноза могут возникнуть трудности при выборе основного и сопутствующих заболеваний (состояний). Потому экспертами ВОЗ принят ряд правил выбора заболеваний (состояний), которые используются при анализе заболеваемости и смертности [6].

Так, за состояние (заболевание), которое следует использовать для анализа заболеваемости по единичной причине, рекомендовано принимать такое, по поводу которого проводилось лечение или обследование *во время соответствующего эпизода обращения* за медицинской помощью. При этом как основное определяется состояние (заболевание, травма), диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого, главным образом, проводилось обследование и лечение пациента. При наличии более одного такого состояния (заболевания) в качестве основного выбирают то, на долю которого пришлось *наибольшая часть использованных ресурсов* [6, с. 107].

Пример 1

#### Клинический диагноз.

*Основное заболевание.* Пневмония стафилококковая (бактериологическое исследование, дата) в VI-X сегментах правого легкого (J15.2).

*Осложнения основного заболевания.* Дыхательная недостаточность II. Недостаточность кровообращения III, некардиогенный отек легкого.

*Сопутствующие заболевания.* Постинфарктный кардиосклероз.

Для *этапных клинических диагнозов* определение основного заболевания шире: основным является то заболевание (травма, синдром, патологический процесс), которое явилось причиной обращения к врачу, причиной госпитализации и лечебно-диагностических мероприятий. *В связи с этим в процессе лечения*

больного диагноз основного заболевания может меняться [4, 9, 12].

**Хирургические операции и лечебно-диагностические манипуляции** (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются вместе с патологическими процессами (в тех же рубриках диагноза), по поводу которых они производились.

Не следует употреблять словосочетание «Состояние после ... (операции и др.)», а должно быть указано полное наименование (из медицинской карты больного) той или иной операции, медицинской манипуляции или процедуры и дата их проведения.

Необходимо рассматривать оперативные вмешательства как прямые последствия хирургического заболевания, и, в соответствии с требованиями МКБ-10, считать послеоперационными все осложнения, возникшие в течение 4-х недель после хирургического вмешательства [4, 9, 12].

**Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия** (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются с красной строки отдельным абзацем (отдельной подрубрикой) после рубрики «Осложнения основного заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания». Осложнения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, патогенетически не связанные с основным заболеванием и его осложнениями – это особый вид ятрогенных патологических процессов и указываются в этой же подрубрике диагноза [4, 9, 12].

Пример 2

#### Патологоанатомический диагноз

**Основное заболевание:** Острый трансмуральный инфаркт миокарда (тип 1) в области заднебоковой стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки (давностью около 8 суток, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 70% устья левой артерии, обтурирующий красный тромб длиной ... и нестабильная, с разрывом покрышки атеросклеротическая бляшка левой нисходящей артерии) (I21.0).

**Осложнения основного заболевания:** Фибрилляция желудочков сердца (клинически). Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

**Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия:** ИВЛ (...суток), операция трахеостомии (дата), пункция и катетеризация левой подключичной вены (дата). Гематома мягких тканей в области левой подключичной ямки (размеры), пристеночный красный тромб в левой подключичной вене.

**Сопутствующие заболевания:** Отдаленные последствия нарушения мозгового кровообращения (год): бурая киста (диаметр) в подкорковых ядрах левого полушария (I69.4). Атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 40% левой средней мозговой артерии), аорты (3-я степень, IV стадия). Субсерозная фибромиома матки.

Для анализа причин смерти экспертами ВОЗ введено понятие **первоначальной причины смерти**, которое определяется как болезнь (травма), вызвавшая цепь

болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, или обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму [7, с. 34]. **Смертельное осложнение, определяющее развитие терминального состояния и механизма смерти (но не элемент самого механизма смерти) определяется как непосредственная причина смерти** [6, с. 35].

Таким образом, понятие первоначальной причины смерти является аналогом понятия *основного заболевания*, а понятие непосредственной причины смерти – аналогом *смертельного осложнения основного заболевания*.

Сопутствующие заболевания, поскольку они не способствуют смерти, не имеют причинно-следственной связи с основным заболеванием, не могут быть ассоциированы с причиной смерти [14, статья 2, часть 19], в статистике причин смерти *не используются*, и потому в медицинское свидетельство о смерти *не выносятся*.

Пример 3

Патологоанатомический диагноз

*Основное заболевание.* Пневмония: пневмококковая (*St. pneumoniae* – бактериологическое исследование, дата), долевая, с поражением нижней доли правого легкого и правосторонним фибринозным плевритом (J13).

*Осложнения основного заболевания.* Фибринозный перикардит. Отек легких.

*Сопутствующие заболевания.* Постинфарктный кардиосклероз. Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Хронический индуриативный панкреатит в стадии ремиссии. Лейомиома тела матки.

Пример 4

Патологоанатомический диагноз

*Основное заболевание:* Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно устья правой артерии до 80%) (I25.1).

*Осложнения основного заболевания:* Миогенная дилатация полостей сердца. Хроническое общее венозное полнокровие: бурая индурация легких, мускатная печень, цианотическая индурация почек, селезенки. Отек легких.

*Сопутствующие заболевания:* Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия), артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно передней и средней правых мозговых артерий до 30%). Старческая эмфизема легких.

Правилами ВОЗ определено, что ограничение анализа по единичному состоянию для каждого эпизода влечет за собой потерю части имеющейся информации. Потому рекомендуется по возможности проводить кодирование и анализ заболеваемости и смертности по множественным причинам. Множественность причин смерти определяется как **коморбидность** (термин предложен A.R.Feinstein в 1970 г. [16]). Особо подчеркивается, что поскольку международных правил на этот счет не существует, такой анализ следует делать в соответствии с *местными правилами* [6, с. 107].

В порядке реализации этой рекомендации ВОЗ полезен российский опыт

разработки теории диагноза, который должен быть принят в качестве основы для разработки *местных (национальных) правил* анализа заболеваемости и смертности по множественным причинам.

В 1971 г. Г. Г. Автандиловым с целью учета и анализа смертности по множественным причинам было предложено понятие *комбинированное основное заболевание* на основе выделения моно-, би- и мультикаузального типов диагнозов (Таблица 1) [1, 4].

Таблица 1

Варианты структуры диагноза [1, 4]

А. Монокаузальный	Б. Бикаузальный	В. Мультикаузальный
Основное заболевание	Комбинированное основное заболевание: – два конкурирующих заболевания; – два сочетанных заболевания; – основное и фоновое заболевание	Полипатия а) этиологически и патогенетически связанные несколько болезней и состояний (семейство болезней); б) случайные сочетания нескольких заболеваний и состояний (ассоциация болезней)
Осложнения	Осложнения	Осложнения
Сопутствующие заболевания	Сопутствующие заболевания	Сопутствующие заболевания

Впоследствии было уточнено, что для практической работы не следует формулировать диагноз по мультикаузальному принципу («полипатия») из-за особенностей статистической обработки медицинской информации и с целью соблюдения причинно-следственных (этиологических и патогенетических) принципов построения диагноза. Кроме того, допускалось расширение комбинированного основного заболевания до трех нозологических единиц, например, двух конкурирующих или сочетанных и фонового заболевания [4, 9, 12].

Комбинированное основное заболевание, представленное конкурирующими или сочетанными, или основным и фоновым заболеваниями нашло широкое применение. Были разработаны правила выделения нозологической единицы, выставляемой на первое место в комбинированном основном заболевании, как основной единицы учета при статистическом анализе заболеваемости и первоначальной причины смерти при летальном исходе.

Однако подмена при коморбидности рубрики «Основное заболевание» понятием «комбинированное основное заболевание» нарушает требования федерального

законодательства и МКБ-10, а также усложняет выбор первоначальной причины смерти.

В МКБ-10 коморбидные заболевания (состояния) определяются как *прочие важные заболевания (состояния), способствовавшие смерти* [6, стр. 35]. В конструкции диагноза такие коморбидные заболевания (состояния) целесообразно указывать как конкурирующие, сочетанные и/или фоновые заболевания (состояния) *в дополнительной рубрике после рубрики основное заболевание*. Они должны иметь *общие осложнения* с основным заболеванием, так как они совместно вызывают цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти.

Исходя из этих положений, структура диагноза при коморбидности должна быть представлена следующими рубриками:

**1. Основное заболевание.**

**2. Конкурирующие, сочетанные, фоновые заболевания (коморбидные заболевания – при наличии)**

**3. Осложнения основного (и коморбидных – при наличии) заболеваний.**

**4. Сопутствующие заболевания.**

*Конкурирующее заболевание* определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдал умерший и каждая из них в отдельности несомненно могла привести к смерти [4, 9, 12].

*Сочетанное заболевание* определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдал умерший и, которые, находясь в различных патогенетических взаимоотношениях и отягощая друг друга, привели к смерти, причем каждое из них в отдельности не вызвало бы летального исхода [4, 9, 12].

*Фоновое заболевание* определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которая явилась одной из причин развития другого самостоятельного заболевания (состояния), отягощающее его течение и способствующее возникновению общих смертельных осложнений, приведших к летальному исходу. При ятрогенном основном заболевании фоновым становится то, по поводу которого производилось медицинское мероприятие [4, 9, 12].

В соответствии с правилами ВОЗ, в качестве первоначальной причины смерти должно учитываться только одно из этих состояний, выбранное в соответствии с таблицами рангов, рекомендованными ВОЗ [6, с. 69-72]. В диагнозе это заболевание (состояние) указывается в рубрике «Основное заболевание» и вписывается в часть I медицинского свидетельства о смерти. Все прочие заболевания (состояния), связанные с причиной смерти (коморбидные заболевания - конкурирующие, сочетанные и фоновые), в соответствии с рекомендациями о необходимости анализа по множественным причинам, записываются в следующую за ним рубрику «Коморбидные заболевания» и должны быть отражены в части II медицинского свидетельства о смерти как прочие важные состояния, способствовавшие смерти.

В рубрике «Коморбидные заболевания» *не следует указывать более двух-трех нозологических единиц* (конкурирующих, сочетанных и фоновых заболеваний),

превращая диагноз, фактически, в полипатию, что свидетельствует, обычно, о недостаточно глубоком анализе причин летального исхода и малоприспособленности для статистического учета.

*При коморбидности в случае летального исхода, как и в заключительном клиническом диагнозе, при прочих равных условиях, предпочтение имеет и в рубрику «Основное заболевание» в диагнозе выставляется [4, 9, 12]:*

1) нозологическая форма, имеющая наибольшую вероятность быть причиной смерти (танатогенез которой был ведущим);

2) нозологическая форма, более тяжелая по характеру, осложнениям, та, которая имеет более высокую вероятность по частоте летальных исходов;

3) в случаях, когда применение пп.1-2 не позволяет выявить приоритет одной из нозологических единиц, первой указывается та, которая:

- была более значима в социальном и санитарно-эпидемиологическом аспектах (инфекционные болезни и др.);

- потребовала больших экономических затрат при проведении лечебно-диагностических мероприятий, соответствовала профилю отделения или медицинского учреждения, где проводились лечебно-диагностические мероприятия, если степень и стадия этого заболевания соответствовали тяжести и лечебные мероприятия проводились по показаниям;

- была выставлена первой в заключительном клиническом диагнозе (если формулируется патологоанатомический или судебно-медицинский диагноз).

*Не допускается [4, 9, 12]:*

- указывать в рубрике «Основное заболевание» те нозологические единицы, которые были диагностированы на более ранних этапах лечебно-диагностического процесса, но не оказали влияния на текущий эпизод лечебно-диагностического процесса (они записываются в рубрику «Сопутствующие заболевания»);

- в рубриках «Основное заболевание», «Коморбидные заболевания» и «Сопутствующие заболевания» указывать только групповые (родовые) понятия, например, ишемическая болезнь сердца или цереброваскулярные заболевания, без последующего уточнения конкретной нозологической единицы (например, «острый инфаркт миокарда», «постинфарктный кардиосклероз», «ишемический инфаркт головного мозга» и т.д.). В патологоанатомических и судебно-медицинских диагнозах вообще не следует указывать родовые понятия, а требуется начинать каждую рубрику диагноза с конкретной нозологической единицы (если это невозможно – с синдрома и др.);

- употреблять в любой рубрике диагноза термины «атеросклероз», «общий атеросклероз», «генерализованный атеросклероз», «атеросклероз аорты и крупных артерий» без уточнения поражения конкретных артерий. Только атеросклероз аорты, почечных артерий, артерий нижних конечностей могут быть указаны в диагнозе при наличии связанных с ними смертельных осложнений (разрыв аневризмы, атеросклеротическая гангрена конечности и др. - в МКБ-10 имеются соответствующие коды);

- представлять в диагнозе атеросклероз (артерий, аорты) как фоновое заболевание для ишемических поражений сердца, головного мозга, кишечника



и др., так как эти органические поражения выделены как самостоятельные нозологические единицы. Атеросклероз артерий этих органов указывается в соответствующей рубрике диагноза в качестве проявления конкретной нозологической единицы. Атеросклероз при разных формах артериальной гипертензии или сахарного диабета может быть проявлением этих болезней (макроангиопатия). В таких случаях атеросклероз аорты и артерий может быть указан как проявление артериальной гипертензии и сахарного диабета, наряду с микроангиопатией;

- в любой рубрике диагноза употреблять некорректные и неточные термины: «коронаросклероз», «коронаркардиосклероз», «церебросклероз», «инфаркт-пневмония» и им подобные.

- употреблять в диагнозе сокращения, за исключением традиционных и общепринятых (ИБС, ХОБЛ, ТЭЛА и некоторые другие), хотя и это нежелательно.

Таким образом, структура диагноза должна включать рубрики: «Основное заболевание», «Осложнения основного заболевания» и «Сопутствующие заболевания».

В рубрике «Основное заболевание» указывается только то заболевание (состояние), которое стало поводом для проведения лечебно-диагностических мероприятий во время последнего эпизода оказания медицинской помощи, а при летальном исходе - само по себе или через свои осложнения могло привести к смерти. *Это заболевание (состояние) указывается и кодируется в части I медицинского свидетельства о смерти в качестве первоначальной причины смерти.*

*В соответствующих пунктах части I свидетельства о смерти записываются непосредственная причина смерти (смертельное осложнение) и т.н. «промежуточные состояния», которые выбираются из раздела «Осложнения основного заболевания», но не кодируются.*

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием времени проведения и др.), а также обусловленные ими осложнения, указываются отдельной подрубрикой после рубрики «Осложнения основного заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания».

При коморбидности, прочие важные заболевания (состояния), ставшие поводом для оказания медицинской помощи, а при летальном исходе способствовавшие смерти, определены как конкурирующие, сочетанные и/или фоновые заболевания. *Они указываются в диагнозе в дополнительной рубрике после рубрики «Основное заболевание» и вносятся, соответственно, в часть II медицинского свидетельства о смерти с соответствующими кодами по МКБ-10.*

Сопутствующие заболевания (состояния) в медицинское свидетельство о смерти не выносятся и не кодируются, как не имевшие причинно-следственной связи с основным заболеванием, а при летальном исходе не повлиявшие на наступление летального исхода.

Пример 5

Патологоанатомический диагноз

*Основное заболевание:* Острый трансмуральный инфаркт миокарда (тип 1)



передней и боковой стенок левого желудочка (давность около 3 суток, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 40% левой артерии, красный обтурирующий тромб длиной ... см. и нестабильная, с разрывом покрышки атеросклеротическая бляшка левой нисходящей артерии) (I21.0).

*Сочетанное заболевание:* Ишемический инфаркт лобной доли правого полушария головного мозга (атеротромботический, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (стеноз до 50%, красный обтурирующий тромб длиной 1,5 см и нестабильные атеросклеротические бляшки с кровоизлияниями преимущественно правой средней мозговой артерии) (I63.5).

*Фоновое заболевание:* Почечная артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого – 0,3 см). Хронический двусторонний пиелонефрит в фазе ремиссии, пиелонефритический нефросклероз (масса обеих почек - ... г.) (I15.1).

*Осложнения основного заболевания:* Острое общее венозное полнокровие. Жидкая кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов. Некротический нефроз. Отек легких, отек головного мозга.

*Сопутствующие заболевания:* Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия). Старческая эмфизема легких.

#### Литература

1. Автандилов Г. Г. Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти в работе патологоанатомов. Архив патологии. 1971; с 66–71.
2. Большая медицинская энциклопедия. Под ред. Петровского Б.В. М.: Советская энциклопедия; 1977.
3. Даль М.К. Формулировка патологоанатомического и клинического диагнозов. Патологоанатомическая документация. - Киев: Медгиз, 1958
4. Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. 2-е изд., перераб. и доп.– М.: МИА, 2011.
5. Захарьин Г.А. Клинические лекции и избранные статьи. - М., 1909.
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Официальное русское издание. В 3-х т. ВОЗ. Женева: ВОЗ;1995.
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: Обновления 1998-2012. <http://www.who.int/classifications/icd/ icd10updates/en/index.html>.
8. Отраслевой стандарт «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001, введенный в действие приказом МЗ РФ от 22.01.01 г. № 12.
9. Патологическая анатомия. Национальное руководство. Под ред. Пальцева М.А., Кактурского Л.В., Зайратьянца О.В. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011.
10. Приказ МЗ СССР от 04.04.1983 г. № 375 «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране».
11. Приказ Минздрава России от 22 января 2001 г. № 12 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении. Отраслевой стандарт ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001».
12. Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении». Выпуск 1. Под ред. Р.У. Хабриева, М.А. Пальцева. — М.: Медицина для всех, 2007.
13. Смольяников А.В., Автандилов Г.Г., Уранова Е.В. Принципы составления патологоанатомического диагноза. М.: ЦОЛИУВ.
14. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2014, № 30, ст. 4257; № 49, ст. 6927; 2015, № 10, ст. 1425; № 29, ст. 4397)

15. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Под ред. акад. Петровского Б.В. М.: Советская энциклопедия; 1982.

16. Feinstein A. R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. Journal Chronic Disease. 1970;23(7):455–468.

## Приложение 8

**«Формулировка патологоанатомического диагноза при ишемической болезни сердца (класс IX «болезни системы кровообращения» МКБ-10)»: Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов, Профильной комиссия по специальности «Патологическая анатомия» Минздрава России, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт морфологии человека».**

Клинические рекомендации обсуждены и утверждены на VIII Пленуме Российского общества патологоанатомов (г. Петрозаводск, 22-23 мая 2015 г.).

### **Показания к применению:**

Унифицированные правила формулировки заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти при ишемической болезни сердца в соответствие с требованиями действующего законодательства РФ и МКБ-10 на всей территории страны необходимы для обеспечения межрегиональной и международной сопоставимости статистических данных о заболеваемости и причинах смерти населения.

Рекомендации являются результатом консенсуса между клиницистами, патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами и направлены на повышение качества диагностики нозологических единиц, входящих в групповое понятие «ишемическая болезнь сердца» (ИБС), и их статистического учета среди причин смертности населения. Цель рекомендаций – внедрить в практику унифицированные правила формулировки патологоанатомического диагноза и оформления медицинских свидетельств о смерти при ИБС в соответствии с положениями Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и требованиями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10). Правила распространяются на заключительные клинические и судебно-медицинские диагнозы в связи с лежащими в их основе общими требованиями к формулировке и необходимостью их сличения (сопоставления) при проведении клинико-экспертной работы. Приведены примеры построения (формулировки) патологоанатомических диагнозов и оформления медицинских свидетельств о смерти.

### **Ишемическая болезнь сердца**

**ИБС (или коронарная болезнь сердца)** — *групповое (родовое) понятие, включающее патологические процессы (нозологические формы), возникающие вследствие острой или хронической ишемии миокарда (несоответствия уровня снабжения оксигенированной кровью уровню потребности в ней сердечной*

*мышцы), обусловленной спазмом, сужением или обструкцией коронарных артерий при их атеросклерозе.*

Как самостоятельные нозологические формы в диагнозе не могут быть выставлены гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии с вызвавшими их заболеваниями, если диагностированы нозологические единицы из группы ИБС (также, как и из групп цереброваскулярных заболеваний, ишемических поражений кишечника, конечностей и других магистральных артерий) [9-12].

Класс IX включает ряд терминов, таких, как «гипертензивная болезнь», «атеросклеротическая болезнь сердца», «перенесенный в прошлом инфаркт миокарда» и др. Для них имеются *отечественные аналоги*: «гипертоническая болезнь» или «артериальная гипертензия», «атеросклеротический кардиосклероз» или «диффузный мелкоочаговый кардиосклероз», «постинфарктный кардиосклероз» или «крупноочаговый кардиосклероз». *При формулировке диагноза допустимо использовать термины, принятые в отечественных классификациях, а для оформления медицинского свидетельства о смерти – их аналоги из МКБ-10 с соответствующими кодами.*

*Не используются в диагнозах*, так как представляют собой групповые и/или неуточненные патологические состояния при ИБС (даны в МКБ-10 не для их применения в развернутом диагнозе): острая ишемическая болезнь сердца неуточненная (I24.9), атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная (I25.0), хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная (I25.9) [9-12].

*Не могут фигурировать в качестве основного заболевания* патологические процессы, которые представляют собой осложнения или проявления ИБС и некоторых других нозологических форм (синдромы, симптомы): текущие осложнения острого инфаркта миокарда (I23.0—I23.8), сердечная недостаточность (I50), варианты аритмий (I44 - I49), кроме врожденных нарушений ритма и проводимости, приводящих к фатальной асистолии, большая часть патологических процессов из группы «осложнения и неточно обозначенные болезни сердца» (I51), острая (но не хроническая) аневризма сердца, легочная эмболия (тромбоэмболия легочной артерии, кроме акушерской практики для которой в МКБ-10 имеется специальный класс XV «Беременность, роды и послеродовый период» и соответствующие коды), легочное сердце (острое или хроническое), легочная гипертензия (кроме первичной, идиопатической, которая является нозологической формой), флеботромбоз (но не тромбоз флебит) и др. [9-12].

*В качестве нозологической единицы — основного заболевания при летальных исходах (первоначальной причины смерти) не используются* следующие патологические процессы, имеющиеся в группе ИБС в классе IX МКБ-10: коронарный тромбоз, не приводящий к инфаркту миокарда (I24.0), нарушения системы кровообращения после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках (I97) [9-12].

*При любом упоминании в рубриках клинического диагноза атеросклероза*

коронарных артерий целесообразно (если проводились соответствующие исследования сосудов, например, ангиография), а в патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозах — необходимо указать [9-12]:

- локализацию и степень максимального стеноза конкретных артерий (в %),
- локализацию и особенности (вариант осложнения) нестабильных («легкоранимых») атеросклеротических бляшек.

Дополнительно целесообразно также указать стадию атеросклероза и его степень (площадь поражения). Выделяют 4 стадии атеросклероза: I - липидные пятна, II — липидные пятна и фиброзные бляшки, III — липидные пятна, фиброзные бляшки и «осложненные поражения» (кровоизлияния в фиброзные бляшки, атероматоз, их изъязвления, тромботические осложнения), IV — наличие атерокальциноза наряду с предшествующими изменениями. Различают 3 степени тяжести атеросклероза аорты и артерий: умеренную, поражение до 25% площади интимы, выраженную, площадь поражения от 25% до 50%, резко выраженную, площадь поражения более 50% [9, 12].

Недопустимо подменять термин «атеросклероз» терминами «кальциноз» или «склероз» артерии, так как такие поражения могут быть обусловлены не только атеросклерозом, но и васкулитом или наследственными заболеваниями [9, 12].

*Нозологические единицы из группы ИБС исключают, если выявленные повреждения миокарда (синдром стенокардии, ИМ, кардиосклероз) обусловлены не атеросклерозом коронарных артерий, а другими причинами (коронарогенные и некоронарогенные некрозы и их исходы) [9-12].* В таких случаях поражение миокарда указывают в диагнозе в рубрике «Осложнения основного заболевания», или, когда это диктует логика построения диагноза, в составе проявлений основного заболевания.

*При формулировке диагноза следует выбрать одну из нозологических форм, входящих в состав ИБС.* Недопустимо одновременно указывать несколько таких единиц в разных рубриках диагноза, например, ИМ в рубрике «Основное заболевание», а постинфарктный кардиосклероз – «Сопутствующее заболевание», или постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз даже в одной рубрике.

Современная клиническая классификация ИБС не во всем соответствует морфологической и МКБ-10 [9-12]:

1. Острые формы ИБС:

1.1. Острая (внезапная) коронарная смерть;

1.2. Острый коронарный синдром:

1.2.1. Нестабильная стенокардия;

1.2.2. ИМ без подъема сегмента ST (non-ST-elevation myocardial infarction - NSTEMI);

1.2.3. ИМ с подъемом сегмента ST (ST-elevation myocardial infarction - STEMI).

2. Хронические формы ИБС:

2.1. Стенокардия (кроме нестабильной);

2.2. Атеросклеротический (диффузный мелкоочаговый) кардиосклероз;

2.3. Ишемическая кардиомиопатия;

2.4. Крупноочаговый (постинфарктный) кардиосклероз;

2.5. Хроническая аневризма сердца;

2.6. Другие редкие формы (безболевая ишемия миокарда и др.).

*Исключен из употребления и отсутствует в классификациях и МКБ-10 термин «очаговая дистрофия миокарда» («острая очаговая ишемическая дистрофия миокарда»), предложенный А.Л. Мясниковым (1965). В диагнозе вместо этого термина следует указывать ИМ (как его ишемическую стадию), причем не всегда в составе ИБС [9, 12].*

*Стенокардия — группа выделяемых клинически нозологических единиц, включенных в МКБ-10 (I20.0—I20.9). Ее морфологическим субстратом могут быть разнообразные острые и хронические изменения миокарда. В заключительном клиническом, патологоанатомическом и судебно-медицинском диагнозах не употребляется [9, 12].*

*Ишемическая кардиомиопатия (код I25.5) — крайнее проявление длительной хронической ишемии миокарда с его диффузным поражением (тяжелого диффузного атеросклеротического кардиосклероза, сходного с дилатационной кардиомиопатией). Диагноз ишемической кардиомиопатии устанавливается при выраженной дилатации полости левого желудочка с нарушением систолической функции (фракция выброса 35% и ниже). Применение этого диагноза целесообразно только в специализированных кардиологических медицинских учреждениях [9, 12].*

*Диагноз «хроническая аневризма сердца» (в МКБ-10 — «аневризма сердца» с кодом I25.3) не требует дополнительного указания на наличие постинфарктного кардиосклероза, если он ограничен пределами стенок аневризмы. Диагноз «постинфарктный (крупноочаговый) кардиосклероз» не требует дополнительного указания на наличие атеросклеротического (диффузного мелкоочагового) кардиосклероза.*

*Безболевая ишемия миокарда (бессимптомная ишемия, код I25.6) диагностируется у больного при выявлении на ЭКГ эпизодов ишемии миокарда, но при отсутствии приступов стенокардии. Как и стенокардия, безболевая ишемия миокарда не может фигурировать в заключительном клиническом, патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозах.*

*Синдром X в клиническом диагнозе устанавливается больному, у которого при наличии приступов стенокардии не выявляется поражение коронарных артерий (ангиографически и т.д.), отсутствуют признаки вазоспазма, а также исключены другие причины синдрома стенокардии, не входящего в группу ИБС. «Оглушенный» (stunned) миокард — дисфункция левого желудочка сердца после эпизодов острой ишемии без некрозов миокарда (в т.ч., после реваскуляризации миокарда). «Гибернирующий», «уснувший» (hibernating) миокард — результат длительного снижения коронарной перфузии при сохранении жизнеспособности миокарда (но с выраженной его дисфункцией). В диагнозе термины «синдром X», «оглушенный» и «гибернирующий» миокард не используются, к ним нет кодов МКБ-10.*

*Следует избегать неоправданной гипердиагностики атеросклеротического (диффузного мелкоочагового) или постинфарктного (крупноочагового)*

*кардиосклероза как основного или конкурирующего, или сочетанного заболевания.* Так, нередко этот диагноз ошибочно устанавливается при недостаточно профессионально проведенном вскрытии и поверхностном анализе танатогенеза, особенно в наблюдениях остро наступившей смерти, когда истинной первоначальной причиной летального исхода является острая (внезапная) коронарная смерть. Важно также дифференцировать бурую атрофию миокарда (с выраженным периваскулярным склерозом и миофиброзом) при различных тяжелых заболеваниях и у умерших старческого возраста, и диффузный мелкоочаговый кардиосклероз как форму ИБС. Нередко нозологические единицы из группы хронических ИБС, не играющие существенной роли в танатогенезе, неверно записывают как конкурирующие или сочетанные заболевания. Они должны быть указаны в рубрике «Сопутствующие заболевания».

### **Острый коронарный синдром**

В настоящее время *ОКС – это групповое клиническое понятие в составе ИБС, которое объединяет различные проявления острой ишемии миокарда, обусловленные **осложненной нестабильной атеросклеротической бляшкой коронарной артерии сердца*** [4, 9, 19-21]. Введение в практику понятия ОКС привело к исключению из употребления термина «острая коронарная недостаточность», который пока фигурирует в МКБ-10 в группе «прочие острые формы ИБС» с общим кодом I24.8 [5, 11, 21, 22]. Такие термины, как «предынфарктное состояние» и «острая коронарная недостаточность» в диагнозе не используются.

*В ОКС включают следующие нозологические формы* [4, 20-22]:

- нестабильную стенокардию;
- инфаркт миокарда (ИМ) без подъема сегмента ST (non-ST-elevation myocardial infarction - NSTEMI);
- ИМ с подъемом сегмента ST (ST-elevation myocardial infarction - STEMI).

Они могут завершиться острой (внезапной) коронарной (сердечной) смертью, которая в некоторых классификациях включена в состав ОКС. Следует, однако, иметь в виду, что острая коронарная, а, тем более, сердечная смерть не ограничена ОКС, также, как и ИМ. Ранее использовавшийся в клинике признак в виде появления на ЭКГ патологического зубца Q не является более критерием для диагностики и классификации ОКС [20]. *ОКС, как групповое понятие, причем отсутствующее в МКБ-10, не может фигурировать в диагнозе.* Это предварительный диагноз, «логистическое» понятие, указывающее на необходимость проведения определенных экстренных лечебно-диагностических мероприятий. *При летальном исходе не может быть указана в диагнозе и нестабильная стенокардия. В заключительном клиническом, патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозах должны быть записаны, в зависимости от конкретной ситуации либо острая (внезапная) коронарная смерть (код по МКБ-10 - I24.8), либо ИМ (коды по МКБ-10 - I21.- и I22.-). В патологоанатомическом и судебно-медицинском диагнозах изменения сегмента ST при ИМ указывают только при наличии соответствующих данных в заключительном клиническом диагнозе, со ссылкой «по данным карты стационарного или амбулаторного*



большого», «по данным истории болезни») [4, 5, 11, 20-22].

*Причина развития ОКС – это остро развившиеся частичная (при нестабильной стенокардии и ИМ без подъема сегмента ST) или полная окклюзия (при ИМ с подъемом сегмента ST) коронарной артерии сердца тромбом при осложненной нестабильной атеросклеротической бляшке.* Осложнения нестабильной атеросклеротической бляшки включают в себя кровоизлияние в бляшку, эрозию или разрыв, расслоение ее покрышки, тромб, тромбо- или атероэмболию дистальных отделов той же артерии [19-23]. Клинические критерии диагностики причин ОКС в плане поражения коронарных артерий сердца ограничены понятиями «осложненная нестабильная атеросклеротическая бляшка» или «атеротромбоз», которые нередко используются как синонимы. Однако следует уточнить, что повреждение эндотелия с развитием тромбоза коронарной артерии может наблюдаться и при атеросклеротических бляшках, не отвечающих морфологическим критериям их нестабильности. В связи с этим, с общепатологических позиций, более корректно говорить об «осложненной атеросклеротической бляшке» [20-22].

*Осложненная (чаще нестабильная) атеросклеротическая бляшка коронарной артерии сердца – обязательный морфологический критерий диагностики нозологических форм, включенных в ОКС.* Важно отметить, что стеноз коронарных артерий атеросклеротическими бляшками до развития их осложнений у 50% больных выражен незначительно и составляет менее 40%. Из-за аутотромболизиса или тромболитической терапии на вскрытии могут уже не обнаруживаться диагностированные при жизни (ангиографически и т.д.) тромбы коронарных артерий сердца. Даже без тромболитической терапии через 24 часа тромбы сохраняются только у 30% больных [3, 4]. Поэтому на вскрытии принципиальное значение имеет обнаружение осложненной нестабильной атеросклеротической бляшки, даже без тромбоза коронарной артерии.

*Определения понятий ОКС и ИМ типа 1 (см ниже) диктуют требования к исследованию коронарных артерий сердца на аутопсии: обязательно следует простригать коронарные артерии продольно, ограничение только поперечными срезами недопустимо [20-24].* Целесообразно использовать метод вскрытия сердца по Г.Г. Автандилову [20-24]. *В патологоанатомическом и судебно-медицинском диагнозах обязательно указывать локализацию, вид (стабильная, нестабильная) и характер осложнений атеросклеротических бляшек, степень стеноза конкретных артерий, а описание стадии и степени (площади) атеросклеротического поражения артерий является факультативным.*

Так, например, недопустима запись: «Острый ИМ (локализация, давность, размеры). Атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз до 30%, тромбоз левой коронарной артерии)». Примером рекомендуемой записи может быть следующая формулировка: «Острый ИМ (локализация, давность, размеры). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (осложненная нестабильная атеросклеротическая бляшка с разрывом покрышки, красный обтурирующий тромб длиной 1 см левой коронарной артерии на расстоянии 1,5 см от ее устья; атеросклеротические бляшки, стенозирующие

просвет преимущественно левой огибающей артерии до 40%)».

Для патологоанатомической диагностики нозологических форм в составе ОКС необходима морфологическая верификация очаговой ишемии миокарда. Хотя необратимые некротические изменения кардиомиоцитов развиваются уже через 20-40 мин ишемии, на скорость развития некроза влияют состояние коллатералей и микроциркуляторного русла, а также самих кардиомиоцитов и индивидуальная чувствительность к гипоксии. Кроме того, макро- и микроскопические морфологические признаки некроза, не требующие применения специальных методов диагностики, появляются не ранее, чем через 4-6 часов (до 12 часов) [20-23].

*При подозрении на ишемию миокарда любого генеза, обязательно проведение макроскопической пробы, например, с нитросиним тетразолием или теллуридом калия.* Гистологическая диагностика ишемии миокарда менее специфична и более трудоемка, зависит от правильного выбора подозрительного на ишемию участка миокарда и методов исследования. Более достоверна поляризационная микроскопия, которая может, в определенной мере, заменить макроскопическую пробу.

Следует иметь в виду, что положительные результаты макроскопических проб или относительно специфические гистологические изменения появляются примерно через 30 мин от начала развития острой ишемии миокарда. Они также не является критерием квалификации очага ишемии или некроза как нозологической формы поражения миокарда из группы ИБС.

### **Острая (внезапная) коронарная смерть**

*Под термином «острая (внезапная) коронарная смерть» в клинике подразумевают внезапную смерть в течение одного часа (по другим дефинициям – от 6 до 12 час.) с момента возникновения первых симптомов (признаков) ишемии миокарда при ИБС.* В МКБ-10 она входит в группу «прочие острые формы ИБС» (код I24.8) [5, 6, 9, 20, 21]. Патологоанатомический или судебно-медицинский диагноз острой (внезапной) коронарной смерти устанавливают *методом исключения других причин смерти на основании клинико-морфологического анализа.* Необходимо исключить очаговую ишемию миокарда. В случаях, когда имеются клинико-лабораторные данные об ОКС или ИМ, а на вскрытии выявляются осложненная атеросклеротическая бляшка коронарных артерий и очаговая ишемия миокарда, диагностируют ИМ типа I, его ишемическую стадию. Если на вскрытии обнаруживают не связанную с ИБС коронарогенную или некоронарогенную очаговую ишемию миокарда, диагностируют вызвавшие ее заболевания, которые и становятся основным заболеванием.

*Понятие «острая (внезапная) сердечная смерть» определяют как внезапную «кардиальную» смерть (первичную остановку кровообращения), неожиданную по характеру и времени возникновения, даже в случае установленного ранее заболевания сердца, первым проявлением которой служит потеря сознания в пределах одного часа (по другим дефинициям – от 6 до 12 час.) с момента возникновения первых симптомов.* Чаще она обусловлена летальными аритмиями (желудочковой тахикардией, переходящей в фибрилляцию желудочков, первичной



фибрилляцией желудочков, брадиаритмиями с асистолией). В клинике термины «острая сердечная смерть» и «острая коронарная смерть» нередко употребляются как синонимы, причем острая (внезапная) сердечная смерть - как более широкое понятие, клинический синдром при любых поражениях сердца. Однако в МКБ-10 термин «острая (внезапная) сердечная смерть» исключает острую коронарную смерть и наличие ИБС [5, 6, 9, 20, 21]. Диагноз «острая (внезапная) сердечная смерть» (код МКБ-10 - I46.1) – «диагноз исключения», допускается после абсолютного исключения насильственного характера смерти, острой коронарной смерти, каких-либо заболеваний сердца и других нозологических форм, когда характер патологического процесса и соответствующего морфологического субстрата, лежащего в основе поражения сердца, установить не удастся [9, 20, 21].

### **Инфаркт миокарда (ИМ)**

*ИМ – это коронарогенный (ишемический) некроз миокарда, который может быть как нозологической формой в составе ИБС, так и проявлением или осложнением различных заболеваний или травм, сопровождающихся нарушениями коронарной перфузии (коронарииты, тромбозы и тромбозмболии коронарных артерий, их аномалии развития и т.д.) [4, 9, 19, 20, 21].*

Современные дефиниция, критерии клинической диагностики и классификация ИМ, получившие название «**Третье универсальное определение инфаркта миокарда**» явились результатом 3-го международного консенсуса, достигнутого в 2012 г. между Европейским Обществом Кардиологов, Фондом Американского Колледжа Кардиологов, Американской Ассоциации Сердца и Всемирной Федерации Сердца (Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction) [4]. Они основаны на уточненных положениях, впервые изложенных в материалах 2-го международного консенсуса в 2007 г. (Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task for the Redefinition of Myocardial Infarction, 2007) [3]. Сохранены некоторые дефиниции, представленные в МКБ-10.

**Острым считается ИМ** давностью 28 сут. и менее.

**Рецидивирующим следует называть ИМ** при повторении ишемического приступа более, чем через 3 сут. и менее, чем через 28 сут. после предыдущего.

**Повторным ИМ** признается при его развитии через 28 сут. после первичного. И рецидивирующий, и повторный ИМ в МКБ-10 имеют общий код (I22), четвертый знак которого зависит от локализации очага некроза.

В соответствие с «Третьим универсальным определением» [4], *«термин острый ИМ следует использовать при доказанных признаках некроза миокарда, развившегося вследствие его затянувшейся острой ишемии».* Классификация ИМ включает 5 его типов. Типы ИМ целесообразно указывать в диагнозе, хотя они не имеют специальных кодов в МКБ-10 [4, 20, 21].

**Спонтанный ИМ (ИМ тип 1)** обусловлен разрывом, изъязвлением или расслоением нестабильной атеросклеротической бляшки с развитием интракоронарного тромбоза в одной или более коронарных артериях, приводящего к уменьшению перфузии миокарда с последующим некрозом кардиомиоцитов [4]. Как уже указывалось в разделе «острый коронарный синдром», в связи с тромболизисом (спонтанным или индуцированным) на вскрытии интракоронарный тромб может

быть не обнаружен. С другой стороны, тромбоз коронарной артерии может развиваться и при повреждении стабильной атеросклеротической бляшки. Кроме того, ИМ типа 1 может развиваться при атерокальцинозе коронарных артерий сердца, вследствие плазморрагии и растрескивания петрификатов, приводящих к быстрому увеличению степени стеноза артерии и/или тромбозу.

*ИМ типа 1 входит в групповое понятие ОКС и всегда является нозологической формой в составе ИБС, поэтому в диагнозе указывается в рубрике «Основное заболевание» или конкурирующее, или сочетанное заболевание.*

Пример

*Основное заболевание:* **Острый трансмуральный инфаркт миокарда (тип 1)** переднебоковой стенки и верхушки левого желудочка (давностью около 4 суток, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 50% левой и нестабильная, с кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка левой нисходящей артерии) (I21.0).

*Фоновое заболевание:* Почечная артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого — 0,3 см). Хронический двусторонний пиелонефрит в фазе ремиссии, пиелонефритический нефросклероз (масса обеих почек - ... г.) (I15.1).

*Допустим также вариант:* 2. *Фоновое заболевание:* Хронический двусторонний пиелонефрит в фазе ремиссии, пиелонефритический нефросклероз (масса обеих почек - ... г.). Почечная артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого — 0,3 см).

*Осложнения основного заболевания:* Миомаляция и разрыв передней стенки левого желудочка сердца. Гемотампонада перикарда (объем излившейся крови, мл). Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

*Сопутствующие заболевания:* Язвенная болезнь желудка, стадия ремиссии: хроническая каллезная эпителизированная язва (диаметр язвенного дефекта) тела желудка в области его малой кривизны. Хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

Пример

*Основное заболевание:* **Повторный крупноочаговый инфаркт миокарда (тип 1)** заднебоковой стенки левого желудочка с переходом на заднюю стенку правого желудочка (давностью около 3 суток, размеры очага некроза), крупноочаговый кардиосклероз боковой стенки левого желудочка (размеры рубца). Эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 360 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см, правого — 0,3 см). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, II стадия, нестабильная с кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка нисходящей ветви левой артерии, стеноз до 60% устья левой артерии) (I21.2).

*Фоновое заболевание:* Сахарный диабет 2-го типа, в стадии декомпенсации (глюкоза крови - ..., дата). Диабетическая макро- и микроангиопатия: атеросклероз аорты (3-я степень, III стадия), артерий головного мозга (3-я степень, II стадия, стеноз артерий основания головного мозга до 25%), диабетическая ретинопатия

(по данным истории болезни), диабетический нефросклероз (артериальная гипертензия — клинически) (E11.7).

*Осложнения основного заболевания:* Острое общее венозное полнокровие. Отек легких.

Пример

*Основное заболевание:* **Рецидивирующий инфаркт миокарда (тип 1):** свежие (давностью около 3 суток – или «от ... дата») и организующиеся очаги некроза (давностью около 25 суток) в области задней стенки и задней сосочковой мышцы левого желудочка и межжелудочковой перегородки (размеры очагов некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, нестабильная с кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка левой огибающей артерии, стеноз ветвей левой артерии до 60%) (I22.1).

*Фоновое заболевание:* Реноваскулярная артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 360 г, толщина стенки левого желудочка 1,9 см, правого — 0,2 см). Стенозирующий атеросклероз почечных артерий (3-я степень, III стадия, обтурирующий организованный тромб левой и стеноз до 25% правой артерий). Первично сморщенная левая почка (масса 25 г), атероартериолосклеротический нефросклероз правой почки (I15.0).

*Допустим также вариант:* 2. *Фоновое заболевание:* Стенозирующий атеросклероз почечных артерий (3-я степень, III стадия, обтурирующий организованный тромб левой и стеноз до 25% правой артерий). Первично сморщенная левая почка (масса 25 г), атероартериолосклеротический нефросклероз правой почки. Реноваскулярная артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 360 г, толщина стенки левого желудочка 1,9 см, правого — 0,2 см).

*Осложнения основного заболевания:* Отрыв задней сосочковой мышцы левого желудочка. Кардиогенный шок (клинически), жидкая темная кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов. Точечные кровоизлияния под плеврой и эпикардом. Острое общее венозное полнокровие. Респираторный дистресс-синдром.

*Сопутствующие заболевания:* Атеросклеротическая деменция (вид, другая характеристика — клинически), стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой средней мозговой артерии до 50%), умеренно выраженные атрофия больших полушарий головного мозга и внутренняя гидроцефалия. Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Пример

*Основное заболевание:* Ишемический инфаркт головного мозга (атеротромботический) в области подкорковых ядер правого полушария головного мозга (размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (3-я степень, III стадия, стеноз преимущественно передней и средней левой мозговых артерий до 30%, красный обтурирующий тромб и нестабильная, с кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка левой средней мозговой артерии) (I63.3).

*Конкурирующее заболевание:* **Острый субэндокардиальный инфаркт**

**миокарда (тип 1)** задней стенки левого желудочка (давностью около 15 суток, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз до 50% и нестабильные, с кровоизлияниями атеросклеротические бляшки огибающей ветви левой коронарной артерии) (I21.4).

*Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 430 г, толщина стенки левого желудочка 1,8 см, правого — 0,3 см), артериолосклеротический нефросклероз (I10).

*Осложнения основного заболевания:* Двусторонняя очаговая пневмония в средней и нижней долях правого легкого (этиология). Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

**ИМ, вторичный по отношению к ишемическому дисбалансу (ИМ типа 2)** развивается в случае, когда другое состояние, помимо ИБС, приводит к дисбалансу между потребностью в кислороде и/или его доставкой (эндотелиальная дисфункция, коронарспазм, эмболия, тахи/брадиаритмии, анемия, дыхательная недостаточность, гипотензия или гипертензия с или без гипертрофии миокарда). Осложненные нестабильные атеросклеротические бляшки или атеротромбоз на аутопсии отсутствуют [4].

*ИМ типа 2 в большинстве случаев не является нозологической формой в составе ИБС и в диагнозе его следует указывать в рубрике «Осложнения основного заболевания».* Ведущее значение в его патогенезе (и диагностике) имеет коморбидность: наличие, помимо атеросклероза коронарных артерий и ИБС, сочетанных заболеваний и/или их осложнений, которые способствуют развитию ишемического дисбаланса миокарда. Такими сочетанными заболеваниями могут быть болезни легких, онкологические заболевания и т.д. Даже при тяжелом синдроме хронической сердечно-сосудистой недостаточности у умершего с атеросклеротическим или постинфарктным кардиосклерозом при ИБС, очаги ишемии или некроза миокарда (при постинфарктном кардиосклерозе обычно по периферии рубцов) следует расценивать как осложнение основного заболевания, а не повторный ИМ в составе ИБС. Повторный ИМ диагностируют при обнаружении признаков ИМ типа 1.

Формулировка диагноза основана на результатах клинико-морфологического анализа. Не существует специфических критериев, которые позволили бы морфологически дифференцировать небольшой по размерам ИМ при ИБС от крупноочаговых некрозов миокарда гипоксического и смешанного генеза, которые могут развиваться у больных, например, при тяжелой анемии и наличии атеросклероза (но не атеротромбоза, как при ИМ типа 1) коронарных артерий сердца. В таких наблюдениях в патологоанатомическом диагнозе в рубрике «Осложнения основного заболевания» более целесообразно использовать термин ИМ тип 2, а не «некроз миокарда», хотя в его патогенезе большую роль играет некоронарогенный гипоксический фактор.

Пример

*Основное заболевание:* ХОБЛ: хронический обструктивный гнойный бронхит в стадии обострения. Очаговая пневмония в III—IX сегментах обоих легких

(этиология). Диффузный сетчатый пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких. Вторичная легочная гипертензия. Легочное сердце (толщина стенок правого желудочка сердца – 0,5 см, ЖИ – 0,8) (J44.0).

*Сочетанное заболевание:* Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой огибающей артерии до 40%) (I25.8).

*Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см), артериолосклеротический нефросклероз (I10).

*Осложнения основного заболевания:* Острое общее венозное полнокровие. Инфаркт миокарда типа 2 в области задней стенки левого желудочка и верхушки сердца. Бурая индурация легких, мускатная печень, цианотическая индурация почек, селезенки. Отек легких и головного мозга.

Пример

*Основное заболевание:* Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой огибающей артерии до 40%) (I25.8).

*Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см, правого 0,2 см), артериолосклеротический нефросклероз (I10).

*Осложнения основного заболевания:* Хроническое общее венозное полнокровие: бурая индурация легких, мускатная печень, цианотическая индурация почек, селезенки. **Субэндокардиальные очаги некроза миокарда (инфаркт миокарда тип 2)** в области задней стенки левого желудочка. Отек легких и головного мозга.

*В редких случаях, ИМ типа 2 может быть квалифицирован как форма ИБС и выставлен в рубрике «Основное заболевание» при отсутствии каких-либо заболеваний и их осложнений, вызывающих гипоксические или метаболические повреждения миокарда (отсутствие коморбидности) и наличии атеросклероза коронарных артерий сердца со стенозом их просвета более чем на 50%. Таким примером может служить циркулярный субэндокардиальный ИМ, развившийся при атеросклеротическом поражении 2-х или 3-х коронарных артерий сердца без осложненной бляшки или атеротромбоза.*

Пример

*Основное заболевание:* **Острый инфаркт миокарда (тип 2)** заднебоковой стенки левого желудочка с переходом на заднюю стенку правого желудочка (давностью около 2-х суток, размеры очага некроза), Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, III стадия, стеноз преимущественно левой огибающей артерии до 70%) (I21.2).

*Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см, правого 0,2 см), артериолосклеротический нефросклероз (I10).

*Осложнения основного заболевания:* Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

**ИМ типа 3 (ИМ, приведший к смерти, когда показатели кардиоспецифических биомаркеров недоступны)** – это сердечная смерть с симптомами, подозрительными на ишемию миокарда и, предположительно, новыми ишемическими изменениями на ЭКГ или новой блокадой левой ножки пучка Гиса, в случае, если смерть наступила до взятия образцов крови, или до того, как уровень кардиоспецифических биомаркеров должен повыситься, или в тех редких ситуациях, когда они не исследованы [4].

*ИМ типа 3 – это клиническое понятие. На аутопсии могут быть диагностированы острая коронарная смерть, ИМ типов 1 или 2, а также другие коронарогенные или некоронарогенные некрозы миокарда различного патогенеза. В зависимости от этого, такой вид некроза миокарда может фигурировать в различных рубриках диагноза.*

**ИМ типа 4а – это ИМ, ассоциированный с чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ), или ЧКВ-ассоциированный ИМ** [4].

**ИМ типа 4б – это ИМ, ассоциированный с тромбозом стента коронарной артерии сердца** [4].

**ИМ типа 5 – это ИМ, ассоциированный с операцией аортокоронарного шунтирования (АКШ), или АКШ-ассоциированный ИМ** [4].

*ИМ типов 4 а, 4 б и 5 являются нозологическими формами в составе ИБС, развиваются как осложнение различных видов чрескожных коронарных вмешательств или операции АКШ, проведенных по поводу атеросклеротического поражения коронарных артерий сердца у больных ИБС. В диагнозе эти типы ИМ указывают как основное заболевание, а изменения коронарных артерий сердца и вид вмешательства – как его проявление, если нет причин формулировать диагноз как при ятрогенной патологии.*

Таким образом, в заключительном клиническом, патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозах ИМ может быть представлен как основное заболевание (или как конкурирующее или сочетанное заболевание), только при его квалификации как нозологической формы из группы ИБС. Все прочие виды некрозов миокарда (в том числе, по-видимому, и большинство ИМ типа 2) являются проявлением или осложнением различных заболеваний, травм или патологических состояний [5, 9].

*Некрозы миокарда – это гетерогенная по этиологии, патогенезу и морфогенезу, а также по объему поражения, клиническим проявлениям и прогнозу группа очаговых необратимых повреждений миокарда. С позиций общей патологии некрозы миокарда принято разделять на коронарогенные (ишемические, или ИМ [термин «ИМ» не равнозначен его нозологической форме в составе ИБС]) и некоронарогенные (гипоксические, метаболические и др.) [20-23]. Согласно клиническим критериям, в соответствии с «Третьим международным консенсусом» [4], выделяют повреждения миокарда (преимущественно, некоронарогенные) и ИМ. В связи с внедрением в клиническую практику высокочувствительных тестов определения уровня в крови кардиоспецифических биомаркеров (особенно,*



сердечного тропонина I или T) необходимо учитывать, что они могут повышаться при минимальных коронарогенных и некоронарогенных повреждениях миокарда (Табл. 1).

Таблица 1

**Повреждения миокарда, сопровождающиеся повышением уровня  
сердечного тропонина [4]**

***Повреждение, вызванное первичной ишемией миокарда:***

- Разрыв нестабильной атеросклеротической бляшки коронарной артерии сердца;
- Интракоронарный тромбоз.

***Повреждение вторичное по отношению к ишемическому дисбалансу в миокарде:***

- Тахи-/брадиаритмии;
- Расслаивающая аневризма, разрыв аневризмы аорты или тяжелое поражение аортального клапана;
- Гипертрофическая кардиомиопатия;
- Кардиогенный, гиповолемический или септический шок;
- Тяжелая дыхательная недостаточность;
- Тяжелая анемия;
- Артериальная гипертензия с или без гипертрофии миокарда;
- Спазм коронарных артерий;
- Тромбоэмболия коронарных артерий сердца или коронариит;
- Эндотелиальная дисфункция с поражением коронарных артерий сердца без гемодинамически значимого стеноза.

***Поражения, не связанные с ишемией миокарда:***

- Ушиб миокарда, операции на сердце, радиочастотная абляция; кардиостимуляция и дефибрилляция;
- Рабдомиолиз с вовлечением миокарда;
- Миокардит;
- Влияние кардиотоксичных препаратов (например, антрациклинов, герцептина).

***Мультифакторное или неясного генеза повреждение миокарда:***

- Сердечная недостаточность;
- Стрессорная кардиомиопатия (такоцубо);
- Массивная ТЭЛА или тяжелая легочная гипертензия;
- Сепсис и терминальное состояние пациента;
- Почечная недостаточность;
- Тяжелая неврологическая патология (инсульт, субарахноидальное кровоизлияние);
- Инфильтративные болезни (например, амилоидоз, саркоидоз);
- Физическое перенапряжение.

Патогенез некрозов миокарда часто смешанный, поэтому выделение их коронарогенных и некоронарогенных видов нередко достаточно условно.

Например, патогенез некрозов миокарда при сахарном диабете связан как с ишемическими, так и микроциркуляторными нарушениями, метаболическими, гипоксическими и нейрогенными факторами [23].

*Коронарогенные (ишемические) некрозы миокарда* развиваются вследствие нарушения кровоснабжения миокарда, связанного с поражением коронарных артерий сердца. Основные причины развития ишемических некрозов, не входящих в группу ИБС, следующие [9, 20-27]:

- (тромбо) васкулиты (коронариты) и склероз коронарных артерий (ревматические болезни, системные васкулиты, инфекционные и аллергические заболевания и т.д.);

- васкулопатии - утолщение интимы и меди коронарных артерий при метаболических нарушениях, пролиферации их интимы (гомоцистеинурия, синдром Гурлер, болезнь Фабри, амилоидоз, ювенильный кальциноз артерий и т.д.);

- миокардиты различной этиологии;

- тромбоемболия коронарных артерий (при эндокардитах, тромбах левых отделов сердца, парадоксальной тромбоемболии);

- травматические повреждения сердца и его сосудов;

- первичная опухоль сердца или метастазы других опухолей в миокард (тканевая эмболия);

- врожденные аномалии развития сердца и коронарных артерий сердца, неатеросклеротические аневризмы с тромбозом или разрывом;

- системные заболевания с развитием сужения коронарных артерий различного генеза, но не атеросклеротического характера;

- диспропорции между потребностью миокарда в кислороде и его поступлением (аортальный стеноз, аортальная недостаточность, тиреотоксикоз и т.д.);

- врожденные и приобретенные коагулопатии с гиперкоагуляцией (тромбозы и тромбоемболии: ДВС-синдром, паранеопластический синдром, антифосфолипидный синдром, эритремия, тромбоцитоз, сгущение крови и т.д.);

- нарушение структурной геометрии сердца с локальным выраженным снижением коронарного кровотока при кардиомиопатиях, гипертрофии миокарда любого генеза;

- употребление наркотиков (например, кокаин-ассоциированный ИМ и т.д.).

В частности, врожденную аневризму коронарной артерии сердца с разрывом (код Q24.5 по МКБ-10) и развитием гемотампонады сердца не следует относить к заболеваниям из группы ИБС. В диагнозе допускается как употребление термина «ИМ», что более соответствует их общепатологической сущности, так и «некроз миокарда».

*Некоронарогенные некрозы* развиваются при сохранении коронарного кровотока вследствие [9, 20-27]:

- гипоксии (абсолютной или относительной, при повышенной потребности миокарда в кислороде), характерной для многих заболеваний и их осложнений;

- воздействия кардиотропных токсических веществ, как экзогенных, включая лекарственные средства (сердечные гликозиды, трициклические антидепрессанты,



антибиотики, цитостатики, глюкокортикоиды, химиопрепараты и др.), так и эндогенных;

- разнообразных метаболических и электролитных нарушений (при патологии обмена веществ, органной недостаточности и т.д.);

- дисгормональных нарушений (при сахарном диабете, гипо- и гипертиреозе, гиперпаратиреозе, акромегалии);

- нейрогенных нарушений, например, при церебро-кардиальном синдроме у больных с тяжелыми поражениями головного мозга (ишемическими инфарктами, травматическими и нетравматическими гематомами), которым свойственно и нарушение кровоснабжения миокарда (коронарогенный, ишемический компонент);

- инфекционно-воспалительных и иммунных (аутоиммунных, иммуно-комплексных) поражений миокарда и нередко сосудов сердца, т.е. с коронарогенным, ишемическим компонентом (инфекционные заболевания, сепсис, ревматические и аутоиммунные болезни, миокардиты).

Относительная гипоксия возникает при различных аритмиях, гипертрофии миокарда, артериальной гипо- и гипертензии, легочной гипертензии, пороках сердца, а также многих других состояниях, включая хирургические вмешательства и травмы [1, 8, 11-13].

Некоронарогенные некрозы миокарда могут наблюдаться при кардиомиопатиях, тяжелых заболеваниях с сердечной, почечной, печеночной, легочной или полиорганной недостаточностью, тяжелых анемиях, сепсисе и шоке любого генеза, а также в послеоперационном периоде, терминальном состоянии и при реанимационной болезни [9, 20-27].

*При развитии некрозов миокарда в первые 4 недели после оперативного вмешательства и отсутствии осложненных нестабильных атеросклеротических бляшек в коронарных артериях сердца (атеротромбоза) их следует расценивать как осложнение и указывать в рубрике «Осложнения основного заболевания». Исключение составляет обнаружение морфологических признаков ИМ типа 1.*

Таким образом, единственным специфическим морфологическим диагностическим критерием ИМ как нозологической формы в составе ИБС является осложненная, преимущественно, нестабильная атеросклеротическая бляшка коронарной артерии сердца. В других случаях квалификация некроза миокарда должна быть результатом клинико-морфологического анализа.

*При дифференциальной диагностике коронарогенных и некоронарогенных некрозов с ИМ как нозологической формой в составе ИБС необходимо учитывать следующие клинико-морфологические критерии [9, 20-23]:*

- анамнестические и клинико-лабораторные данные (если имеются, причем ИБС в анамнезе и/или незначительное повышение уровня сердечного тропонина не могут быть критериями диагностики ИМ из группы ИБС);

- наличие заболеваний и их осложнений, которые могут быть причиной развития тех или иных видов некроза миокарда (коморбидность в большей степени характерна для ИМ типа 2);

- изменения коронарных и интрамуральных артерий сердца (но наличие

стенозирующего атеросклероза без осложненной атеросклеротической бляшки или атеротромбоза не может быть критерием диагностики ИМ из группы ИБС);

- морфологические (макро- и микроскопические) особенности сердца и его клапанного аппарата (изменения структурной геометрии сердца, поражения клапанов и т.д.);

- число, размеры, локализация и гистологические особенности очагов некроза (некоронарогенные некрозы миокарда обычно множественные, небольших размеров, расположенные одновременно в бассейнах кровоснабжения разных артерий, иногда со специфическими изменениями, свойственными основному заболеванию или не соответствующие по морфологии срокам некроза);

- морфологические особенности миокарда вне зоны некроза (изменения кардиомиоцитов – жировая дистрофия и т.д., стромы – воспалительная инфильтрация и т.д., сосудов – васкулиты, васкулопатии и т.д., нередко свойственные основному заболеванию).

### Литература

1. Оганов Р.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в начале XXI века: медицинские, социальные, демографические аспекты и пути профилактики. <<<http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom.2013/IV/.pdf>>>.
2. Самородская И.В. Сердечно-сосудистые заболевания: принципы статистического учета в разных странах. Здоровоохранение. 2009; 7: С. 49-55. [www.zdrav.ru](http://www.zdrav.ru).
3. Thygesen K. et al. Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task for the Redefinition of Myocardial Infarction. Eur. Heart J. 2007;28:2525-2538 (JACC. 2007; 50:2173-2195; Circulation. 2007; 116: 2634-2653).
4. Thygesen K., et al. The Writing Group on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Nat. Rev. Cardiol. advance online publication. 25 August 2012; doi:10.1038/nrcardio.2012.122.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: Обновления 1998-2012. <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>.
6. Вайсман Д.Ш. Руководство по использованию Международной классификации болезней в практике врача: в 2-х томах, том 1-й. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2013.
7. Об особенностях кодирования некоторых заболеваний из класса IX МКБ-10 / Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.04.2011 №14-9/10/2-4150.
8. Порядок оформления «Медицинских свидетельств о смерти» в случаях смерти от некоторых болезней системы кровообращения / Методические рекомендации. – М.: ЦНИИОИЗ, 2013. – 16 с.
9. Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. 2-е изд., перераб. и доп.– М.: МИА, 2011.
10. Национальное руководство по патологической анатомии. Под ред. М.А. Пальцева, Л.В. Кактурского, О.В. Зайратьянца. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
11. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: В 3 т. / ВОЗ. – Женева, 1995.
12. Сборник нормативно-методических документов и стандартов по патологоанатомической службе. Система добровольной сертификации процессов выполнения патологоанатомических исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития РФ. – М., Росздравнадзор, 2007.
13. Отраслевой стандарт «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001, введенный в действие приказом МЗ РФ от 22.01.01 г. № 12.
14. Приказ МЗ СССР № 4 от 03.01.1952 г., Приложение 7.
15. Приказ МЗ СССР от 04.04.1983 г. № 375 «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране».
16. Методические рекомендации МЗ СССР «Правила оформления медицинской документации ПАО»

- (секционный раздел работы). Д.С. Саркисов, А.В. Смольяников, А.М. Вихерт, Н.К. Пермяков, В.В. Серов, Г.Г. Автандилов и др., 1987.
17. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). [www.gks.ru](http://www.gks.ru).
18. WHO/Europe, European mortality database (MDB), April, 2014. <http://data.euro.who.int/hfambd>.
19. Шевченко О.П., Мишнев О.Д., Шевченко А.О., Трусов О.А., Слестникова И.Д. Ишемическая болезнь сердца. – М.: Реафарм, 2005.
20. Какорина Е.П., Александрова Г.А., Франк Г.А., Мальков П.Г., Зайратьянц О.В., Вайсман Д.Ш. Порядок кодирования причин смерти при некоторых болезнях системы кровообращения - Архив патологии. - 2014. - Т.76. - № 4. - С.45-52.
21. Зайратьянц О.В., Мишнев О.Д., Кактурский Л.В. Инфаркт миокарда и острый коронарный синдром: дефиниции, классификация и критерии диагностики. - Архив патологии. – 2014. – Т.76. – № 6. – С. 3-11.
22. Scottish Intercollegiate Guideline Network (2007). Acute Coronary Syndromes. SIGN; Edinburgh. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign96.pdf>, October 2009.
23. Kumar V., Abbas A.K., Astor J.C. Robbins Basic Pathology. 9th Ed. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo: Elsevier Inc., 2013.
24. Автандилов Г.Г. Основы патологоанатомической практики. Руководство: 2-е изд. М.: РМАПО, 1998.
25. British Heart Foundation. Factfile: Non-atherosclerotic causes of myocardial infarction (2010). <http://bhf.org.uk/factfiles>.
26. Eged, M., Viswanathan G., Davis G. Myocardial infarction in young adults. Postgraduate med. J. 2005; 81(962):741-755.
27. Kardasz I., De Caterina R., Myocardial infarction with normal coronary arteries: a conundrum with multiple aetiologies and variable prognosis: an update. J. intern. Med. 2007; 261(4):330-348.

## Приложение 9

**«Формулировка патологоанатомического диагноза при болезнях органов дыхания (класс X «Болезни органов дыхания» МКБ-10)»: Клинические рекомендации (2015) Российского общества патологоанатомов, Профильной комиссия по специальности «Патологическая анатомия» Минздрава России, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт морфологии человека».**

Клинические рекомендации обсуждены и утверждены на VIII Пленуме Российского общества патологоанатомов (г. Петрозаводск, 22-23 мая 2015 г.).

**Показания к применению:** Унифицированные правила формулировки заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти в соответствие с требованиями действующего законодательства РФ и МКБ-10 на всей территории страны необходимы для обеспечения межрегиональной и международной сопоставимости статистических данных о заболеваемости и причинах смерти населения. Рекомендации являются результатом консенсуса между клиницистами, патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами и направлены на повышение качества диагностики болезней органов дыхания и их статистического учета среди причин смертности населения. Цель рекомендаций – внедрить в практику унифицированные правила формулировки патологоанатомического диагноза и оформления медицинских свидетельств о смерти при болезнях органов в соответствии с положениями Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и требованиями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных

со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10). Правила распространяются на заключительные клинические и судебно-медицинские диагнозы в связи с лежащими в их основе общими требованиями к формулировке и необходимостью их сличения (сопоставления) при проведении клинико-экспертной работы. Приведены примеры построения (формулировки) патологоанатомических диагнозов и оформления медицинских свидетельств о смерти.

### **Пневмонии**

В структуре заключительного клинического, патологоанатомического или судебно-медицинского диагнозов «Пневмония» может занимать различные позиции [15, 16].

Во-первых, пневмония рассматривается как **основное заболевание** (первоначальная причина смерти), самостоятельное или коморбидное (конкурирующее или сочетанное заболевания), имеет свой код по МКБ-10 и веские клинико-патологоанатомические основания для такого заключения.

Во-вторых, «Пневмония» часто и обоснованно, в соответствии с требованиями МКБ-10 (см. т.2), учитывается в диагнозе как **осложнение основного заболевания**, и не получает кода по МКБ-10 для последующего статистического анализа.

В-третьих, «Пневмония» может быть учтена в диагнозе как проявление основного заболевания, то есть соответствует коду **J17\* Пневмония при болезнях, классифицируемых в других рубриках**. Это относится к классифицируемым в других рубриках бактериальным, вирусным, микотическим, паразитарным и другим пневмониям. При этом кодирование осуществляется не по пневмонии, а по конкретной нозологической форме, проявлением которой она явилась.

Наконец, в-четвёртых, пневмонии могут классифицироваться в других рубриках МКБ-10 и иметь соответствующие коды. Например, к ним относятся: врождённая пневмония (P23.9), пневмония новорождённых (P24.9), пневмония при анестезии во время беременности (O29.0), родов (O74.0), послеродового периода (O89.0), пневмония (в МКБ-10: *пневмонит*) при вдыхании твёрдых и жидких веществ (J69.-) и другие.

В классификации (рубрикации) пневмонии в МКБ-10 преобладает этиологический (микробиологический) принцип, поэтому при выясненной этиологии пневмонии, когда она рассматривается как основное заболевание, в МКБ-10 имеются необходимые коды. Для определения возбудителя, необходимо, в первую очередь использовать результаты прижизненного микробиологического и других современных лабораторных методов исследования. Рекомендуется проводить микробиологическое и бактериоскопическое исследование трупного материала. В тех случаях, когда возбудителя пневмонии установить не удастся, следует в порядке исключения использовать коды **J18.0 – Бронхопневмония неуточнённая** и **J18.1 – Долевая пневмония неуточнённая**.

Диагноз «Гипостатическая пневмония» (**J18.2**) не может рассматриваться в качестве основного заболевания, такая пневмония указывается в рубрике «Осложнения основного заболевания» и не кодируется. От заключения о наличии гипостатической пневмонии следует воздержаться до проведения микроскопического исследования, так как часто на фоне венозного полнокровия

лёгких морфологический субстрат пневмонии может отсутствовать. Термин «гипостатическая» в диагнозе не употребляется.

При формулировке диагноза пневмонии в клинической и патологоанатомической практике **основным заболеванием** при соответствующем клинико-анатомическом и микробиологическом обосновании могут являться:

- вирусные пневмонии (см. рубрики J09 – J12);
- бактериальные пневмонии (см. рубрики J13 – J16);
- вирусно-бактериальные пневмонии (в МКБ-10 отсутствуют соответствующие рубрики, такие пневмонии кодируются по соответствующей вирусной пневмонии, с включением в диагноз бактериальных проявлений);
- пневмонии, вызванные атипичными возбудителями (микоплазмы, хламидии, легионеллы, коксиелла Бернетта). При этом пневмонии, вызванные легионеллами, учитываются в другой рубрике МКБ-10 (A48.1 Болезнь легионеров).

При вирусной пневмонии, в частности, при гриппе, патологоанатомический диагноз следует формулировать, принимая во внимание добавленную ВОЗ в МКБ-10 рубрику J09 «Грипп, вызванный определённым идентифицированным вирусом гриппа», а также сохранённые рубрики J10 «Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа» и J11 «Грипп, вирус не идентифицирован».

Другие вирусные пневмонии представлены в рубрике J12 «Вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках». Здесь нашли своё место пневмония, вызванная респираторным синцитиальным вирусом (J12.1), аденовирусами (J12.0), вирусами парагриппа (J12.2), а также и другие вирусные пневмонии (J12.8), в том числе и неуточнённые (J12.9). В соответствии с обновлениями ВОЗ, в МКБ-10 внесено дополнение: J12.3 «Пневмония, вызванная метапневмовирусом человека». Также дополнительно была введена рубрика J21.1 «Острый бронхолит, вызванный метапневмовирусом человека».

### **Пример патологоанатомического диагноза.**

Основное заболевание. J10. Грипп А (H1N1) (указать вариант гриппа по данным вирусологического исследования, на основании каких методов исследования он был установлен – ПЦР назофарингиальных смывов или отпечатков со слизистой оболочки носоглотки, выращивание вируса на куриных эмбрионах, указать титр антител и дату исследования): двустороннее острое диффузное альвеолярное повреждение легких по типу острого респираторного дистресс-синдрома взрослых (подтвержденное клинико-рентгенологическими данными), острый геморрагический ларинготрахеит (при наличии беременности – указывается в этой рубрике: при беременности, сроком ... и т.д.).

Фоновые заболевания (если есть). Ожирение (степень, данные индекса массы тела – ИМТ), ХОБЛ (подтвержденная показателями функции внешнего дыхания), бронхоэктазы, бронхиальная астма (форма, тяжесть течения, контролируемая/неконтролируемая), сахарный диабет (тип, компенсация/декомпенсация), хроническая алкогольная интоксикация или хронический алкоголизм и т.д.

Осложнения основного заболевания. Морфологический субстрат и клинические данные острой дыхательной недостаточности - ОДН (степень), недостаточности

кровообращения. Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (с их характеристикой при ХОБЛ). Отек головного мозга (если диагностирован).

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия. Интубация трахеи (трахеостомия – длительность) и ИВЛ (если проводилась, сколько суток). Осложнения интубации трахеи и ИВЛ.

*Сопутствующие заболевания.* Атеросклероз (локализация, степень выраженности).

**Аспирационная пневмония** у взрослых практически всегда является осложнением основного заболевания. Формулировка диагноза при этом требует исключения ятрогенного характера такой пневмонии. При аспирационной пневмонии определяется анаэробная флора полости рта (*Bacteroides*, *Prevotella*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*), а также микст аэробов (*Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*).

При наличии **абсцессов легкого** диаметром менее 2 см правомочно использовать термин очагово-сливная бронхопневмония с абсцедированием в качестве осложнения основного заболевания. Абсцесс легкого приобретает статус основного заболевания только в тех наблюдениях, когда диаметр абсцесса превышает 2 см., или при убедительных признаках его хронического характера.

При злокачественных новообразованиях пневмония (параанкротная) является осложнением основного заболевания. Это также относится к подавляющему большинству пневмоний при сахарном диабете, хронической алкогольной интоксикации и алкоголизме, многих других заболеваниях, особенно сопровождающихся иммунодефицитным состоянием.

Термин «**Хроническая пневмония**» не должен фигурировать в диагнозе, поскольку нет единой этиологической и морфологической основы для этого синдрома. В настоящее время следует использовать названия конкретных нозологических форм и их этиологических факторов (*Nocardia*, *Actinomyces*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium avium-intracellulare*, *Histoplasma capsulatum* и др.), вызывающих гранулематозное воспаление и образование каверн.

***В МКБ-10 не предусмотрено подразделение и кодирование пневмоний на внебольничные (домашние, контагиозные, в том числе и атипические) и нозокомиальные (госпитальные, внутрибольничные, в том числе, вызванные атипическими возбудителями).***

Согласно рекомендациям Российского респираторного общества (2010), внебольничная пневмония – это острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях (вне стационара) или диагностированное в первые 48 часов от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода/отделения длительного медицинского наблюдения более 14 суток, - сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологическими признаками «свежих» очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы (Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике



внебольничной пневмонии у взрослых, Российское респираторное общество, межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, 2010).

Наиболее тяжело внебольничные пневмонии протекают у лиц пожилого возраста, при наличии коморбидных заболеваний (онкологических и гематологических, сердечно-сосудистых, сахарного диабета, заболеваний почек и печени, ХОБЛ, алкоголизма и хронической алкогольной интоксикации, вирусных инфекций и др.). Летальность при этом составляет 15 – 30%. Такие внебольничные пневмонии нередко рассматриваются либо как основное заболевание, либо как конкурирующее или сочетанное в составе комбинированного основного заболевания.

В России заболеваемость внебольничными пневмониями среди всех возрастных групп составляет 10-15 случаев на 1000 населения. Летальность в середине 90-х гг. составляла около 2,2% случаев от числа госпитализированных больных, а к началу 2000 г. достигла 5% среди лиц среднего возраста и 30% - у пожилых. По данным проводимого Роспотребнадзором еженедельного мониторинга, в период 2009-2012 гг. летальность от внебольничных пневмоний (зарегистрированных по оперативным данным) составляла в среднем 0,5% еженедельно, доходя в период пандемического распространения гриппа А H1N1 в 2009 г. до 1,2%, а по итогам 2011 г. – до 0,9%.

Согласно приказа Минздрава России № 300 от 18.10.1998 г. «Стандарты диагностики и лечения пневмоний и обструктивной болезни легких», ошибки в диагностике внебольничных пневмоний достигают 20%, диагноз в первые 3 дня болезни ставится лишь у 35% заболевших.

Внебольничную пневмонию следует различать от внутрибольничной (нозокомиальной, госпитальной) пневмонии, как отдельную форму, имеющую принципиально другие эпидемиологические особенности, включающие как спектр возбудителей, так и факторы эпидемического процесса, и, соответственно, другие принципы лечения и меры профилактики.

**Внутрибольничные (нозокомиальные) пневмонии**, как правило, являются вторичными пневмониями, т.е. осложнением основного заболевания. Основными возбудителями нозокомиальных пневмоний в настоящее время являются: *Klebsiella pneumoniae*, *Serratia marcescens*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas* spp., а также устойчивые к пенициллину штаммы золотистого стафилококка. В исключительном случае статус нозокомиальной пневмонии может быть повышен в диагнозе до уровня основного заболевания.

При невозможности проведения бактериологического исследования следует обязательно определить тинкториальные свойства возбудителя при окраске по Граму (положительные или отрицательные) и внести это в патологоанатомический диагноз для этиологической характеристики болезни. В этих случаях следует использовать код **J15.8 Другие бактериальные пневмонии** с указанием в диагнозе грамм-отрицательной или грамм-положительной микрофлоры [9]. Код **J15.9 Бактериальная пневмония неуточнённая**, как и другие коды, оканчивающиеся на «.9» в диагнозе, особенно патологоанатомическом или

судебно-медицинском, по требованию МКБ-10 не употребляются, т.к. указывают на неуточненную причину смерти.

Характеризуя пневмонию, помимо ее этиологии, следует указать ее локализацию и распространенность (сегмент, доля и т.д.) и вариант (очаговая, очагово-сливная, долевая или плевропневмония) и не указывать такие характеристики, как, например, вне- и внутрибольничная, гипостатическая, послеоперационная, параканкротная и другие. Сегменты легких принято нумеровать римскими цифрами от I до X. Термин «крупозная пневмония» не употребляется.

### **Примеры формулировки патологоанатомических диагнозов.**

#### ***Пневмония – основное заболевания***

Основное заболевание. J13. Пневмония: пневмококковая сливная нижней доли правого легкого, или долевая пневмония с поражением нижней доли правого легкого, вызванная *St. pneumoniae* (бактериологическое исследование, дата), с ограниченным (распространенным) фибринозным плевритом.

Осложнения. Фибринозный перикардит. Отек легких.

Основное заболевание. J15.2. Пневмония: стафилококковая (бактериологическое исследование, дата), очагово-сливная в VI-X сегментах правого легкого.

Осложнения. Некардиогенный отек легких.

Основное заболевание. J15.8. Пневмония: вызванная грамположительной бактериальной флорой (бактериоскопическое исследование), двусторонняя очаговая в нижних долях.

Основное заболевание. J15.8. Пневмония: вызвана грамотрицательной бактериальной флорой (бактериоскопическое исследование), очагово-сливная в нижней доле (или в ... сегментах) левого легкого.

Основное заболевание. J18.1. Пневмония: правосторонняя нижнедолевая. Очаговый (распространенный) фибринозный плеврит справа.

#### ***Пневмония – осложнение основного заболевания.***

Основное заболевание. I61.0. Внутримозговая гематома (размеры) в области теменной и затылочной долей правого полушария головного мозга. Стенозирующий атеросклероз артерий основания головного мозга (локализация, степень, стадия).

Фоновое заболевание. Гипертоническая болезнь (характеристика изменений сердца и почек). (I10).

Осложнения. Очаговая (очагово-сливная) бронхопневмония, вызванная *Kl. pneumoniae* (бактериологическое исследование, дата), в V-X сегментах правого легкого. Отек легких. Отек головного мозга.



Основное заболевание. J85.1. Хронический абсцесс в I-III сегментах правого легкого, дренируемый II сегментарным бронхом, с организующейся перифокальной пневмонией.

Осложнения. Правосторонний фибринозно-гнойный плеврит (или эмпиема плевры, 200 мл).

Основное заболевание. K25.4 Язвенная болезнь желудка: хроническая язва желудка (размеры) в области малой кривизны с кровотечением. Операция: лапаротомия, ушивание язвы, дренирование брюшной полости (дата).

Осложнения. Аспирационная очагово-сливная пневмония в I-III сегментах правого и IV-X сегментах левого легкого.

Основное заболевание. F10.1. Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями.

Осложнения. Аспирационная двусторонняя очагово-сливная бронхопневмония в IV-X сегментах легких (или двусторонняя аспирационная нижнедолевая пневмония).

### ***Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)***

Код J41 рекомендуется использовать в случаях необструктивного бронхита и/или с обратимой обструкцией. Другими словами, этот код может быть использован при поражении только крупных бронхов. Хронический бронхит может быть основным или сопутствующим заболеванием.

**ХОБЛ в патологоанатомическом диагнозе может занимать позиции основного заболевания или при коморбидном состоянии – конкурирующего или сочетанного, а также сопутствующего.**

Для кодирования ХОБЛ используют рубрику J44.-. Морфологически ХОБЛ представлена тремя составляющими: хроническим диффузным бронхитом и бронхиолитом, пневмосклерозом междольковой соединительной ткани (перибронхиальный и периваскулярный пневмосклероз может быть выявлен только гистологически), хронической обструктивной эмфиземой легких (чаще всего сочетанием центрлобулярной и буллезной). Патологоанатомический диагноз ХОБЛ может быть поставлен на аутопсии только на основании трех перечисленных выше признаков. При этом клинически (данные спирометрии) определяется прогрессирующая необратимая обструкция дыхательных путей, ведущая к развитию дыхательной или легочно-сердечной недостаточности. Кроме того, ХОБЛ осложняется прогрессирующей вторичной легочной гипертензией и формированием легочного сердца.

При обострении ХОБЛ следует использовать два кода: J44.0 («с респираторной инфекцией нижних дыхательных путей, включая вирусную») – при ХОБЛ с обострением и пневмонией и J44.1 («с обострением бактериальным или неуточненным») – при ХОБЛ с обострением без пневмонии.

Код J44.8 («другая уточненная» ХОБЛ) - следует использовать при ХОБЛ вне

обострения и различных формах облитерирующего бронхиолита вне обострения.

Вторичная легочная гипертензия с формированием легочного сердца является осложнением ХОБЛ, поскольку обнаруживаются не во всех наблюдениях (однако отнесение их к проявлению ХОБЛ не является ошибкой при формулировании диагноза).

### **Примеры формулировки.**

Основное заболевание. J18.1. Долевая плевропневмония (желательно указать этиологию) в верхней доле правого легкого. Распространенный фибринозный плеврит справа.

Фоновое заболевание. ХОБЛ: хронический гнойный обструктивный диффузный бронхит, диффузный пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких (центролобулярная, панацинарная) верхних долей, буллезная эмфизема легких во всех сегментах обоих легких.

Осложнения. Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (целесообразно указать среднее давление в легочной артерии - СДЛА - больше 35 мм рт. ст., если оно определено при ЭХО-кардиографии, наличие атеросклероза легочных артерий, массу сердца, толщину стенки правого желудочка, желудочковый индекс более 0,6).

Не только долевая пневмония (плевропневмония), но и, в виде исключения, очагово-сливная бронхопневмония может быть основным заболеванием при наличии фонового – ХОБЛ, если объем поражения легких составляет 3-5 и более сегментов.

Основное заболевание. J44.1 ХОБЛ: хронический обструктивный диффузный бронхит в стадии обострения, фиброз междольковой соединительной ткани, хроническая обструктивная эмфизема легких (центролобулярная, панацинарная или/ буллезная).

Осложнения. Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (целесообразно указать среднее давление в легочной артерии - СДЛА - больше 35 мм рт. ст., если оно определено при ЭХО-кардиографии, наличие атеросклероза легочных артерий, массу сердца, толщину стенки правого желудочка, желудочковый индекс более 0,6).

Основное заболевание. J44.0 ХОБЛ в стадии обострения: хронический обструктивный диффузный бронхит в стадии обострения, фиброз междольковой соединительной ткани, хроническая обструктивная эмфизема легких (центролобулярная, панацинарная или/ буллезная), очагово-сливная бронхопневмония в IV-VI сегментах правого и IX-X сегментах левого легких.

Осложнения. Острая дыхательная недостаточность (по данным истории болезни). Отек легких.

Основное заболевание J44.8. Хронический облитерирующий констриктивный бронхиолит (подтвержденный при открытой или трансбронхиальной биопсией или посмертно при гистологическом исследовании), диффузный пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких.

Осложнение. Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (целесообразно указать среднее давление в легочной артерии - СДЛА - больше 35 мм рт. ст.,

если оно определено при ЭХО-кардиографии, наличие атеросклероза легочных артерий, массу сердца, толщину стенки правого желудочка, желудочковый индекс более 0,6).

Кроме бронхиолита, который может быть главной причиной обструкции при ХОБЛ, все остальные варианты облитерирующего или констриктивного бронхиолита чаще являются следствием химического воздействия (жидкости, газы, дымы, пары) - код J68.4, воздействия лекарственных препаратов (D-пеницилламин, препараты золота, сульфосалазан) - код J70.3, осложнением лучевой терапии – код J70.1. Во всех остальных случаях облитерирующий бронхиолит будет осложнением или проявлением основного заболевания (диффузные болезни соединительной ткани, посттрансплантационные синдромы, инфекционные заболевания).

У лиц старше 60-70 лет довольно часто на аутопсии наблюдаются изменения легких, сходные с ХОБЛ, но без типичных клинических проявлений (кашель, одышка, обструктивный тип нарушения функции внешнего дыхания) и легочной гипертензии. При этом ткань легкого имеет тряпичный вид, но без ячеистости рисунка на разрезе, бронхи могут значительно выступать над поверхностью разрезов, просветы их обычно пусты, а стенки утолщены незначительно. При такой макроскопической картине легких следует диагностировать старческую инволюцию легких (сенильные легкие), использовать код J98.4 и использовать рубрику сопутствующие заболевания.

### **Бронхиальная астма**

Для кодирования бронхиальной астмы (БА) используют коды J45 и J46.

При формулировке диагноза БА следует указывать форму астмы (эндогенная, экзогенная, смешанная), степень тяжести (легкая, интермиттирующая, средней тяжести, тяжелая), периоды течения (ремиссия, обострение, затухающее обострение, непрерывно рецидивирующее течение), гормонозависимость.

Если на аутопсии есть основные признаки астматического статуса:

- тотальная обструкция бронхов всех калибров (особенно мелких подплевральных) густым бесцветным секретом и/или густой слизисто-гнойной мокротой, выдавливающейся в виде «червячков»;
- острое вздутие всех отделов бледно-розовых с поверхности и на разрезе легких;
- отпечатки на них ребер;
- передние отделы лёгких перекрывают почти полностью область сердца, – то в код **J46 «Астматический статус»** следует ввести такие же цифры после точки, как при коде **J45**, иначе не будет учтено, при какой форме БА (эндогенной или экзогенной) развился астматический статус.

#### **Примеры формулировки.**

Основное заболевание J45.0 Бронхиальная астма: экзогенная средней степени тяжести, фаза ремиссии, гормонозависимая.

Осложнения. Тромбоз эмболия легочной артерии (с указанием источника). Отек легких (если есть).

Основное заболевание. J46.1 Бронхиальная астма: эндогенная, тяжелого течения, фаза обострения, гормонозависимая. Астматический статус: хронический десквамативный бронхит, тотальная обструкция бронхов секретом, острое вздутие легких.

Осложнение. Отек головного мозга.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия. ИВЛ (трахеостомия, дата) в течение суток. Фибринозно-геморрагический трахеит.

В тех ситуациях, когда при БА имела место передозировка  $\beta_2$ -агонистов или метилксантиновых препаратов, следует использовать коды из блока T36 - T50. При этом, симптомы, свидетельствующие о передозировке, преобладают по степени выраженности над симптомами самой БА, следовательно, в этих случаях передозировка лекарственных веществ является причиной госпитализации или смерти больного, и такие состояния трактуются как ятрогенная патология.

Профессиональную БА шифруют кодами J45.0 и J45.1. При формулировке диагноза следует указать причинные факторы заболевания (аллерген), в случае отсутствия его идентификации – на комплекс воздействия факторов внешней среды, способных вызвать сенсibilизацию организма.

Патологоанатому следует учитывать, что в клинике могут возникать значительные трудности в дифференциальной диагностике БА и ХОБЛ. Зарубежные пульмонологи в этой связи сочли необходимым выделение особого синдрома ACOS (Asthma-COPD Overlap Syndrome), в котором признаки БА и ХОБЛ «перекрывают друг друга» [18]. (GINA Updated 2015, [www.ginastma.org](http://www.ginastma.org); Gold 2015, [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org)).

### **Примеры формулировки патологоанатомических диагнозов.**

Основное заболевание. J45.0 Бронхиальная астма: профессиональная, экзогенная (гиперчувствительность к эпидермису, шерсти животных и комбикормам), средней степени тяжести, фаза обострения.

Основное заболевание. J45.0. Бронхиальная астма: профессиональная, экзогенная, вызванная контактом с латексом, фаза ремиссии.

Основное заболевание. J45.1. Бронхиальная астма профессиональная: экзогенная, вызванная воздействием паров хлора, фаза ремиссии.

### **Литература**

1. Автандилов Г.Г. Оформление патологоанатомического диагноза. М., 1984.-25с.
2. Автандилов Г.Г. *Проблемы патогенеза и дифференциальной патологоанатомической диагностики болезней в аспектах морфометрии.* М.: Медицина, 1984.-288с.
3. Автандилов Г.Г. Основы патологоанатомической практики. М., 1994.-512с.
4. Автандилов Г.Г., Райнова Л.В., Преображенская Т.М. Основные требования к составлению патологоанатомического диагноза и оформлению свидетельства о смерти. М., 1987.-25с.
5. Биличенко Т.Н., Чучалин А.Г., Сон И.М. Основные итоги развития специализированной медицинской помощи больным пульмонологического профиля на территории Российской Федерации за период 2004-2010 гг./ Пульмонология. 2012. № 3. с 5-16.
6. Биопсийно-секционный курс. - Учебно-методические указания для практических и самостоятельных работ студентов лечебного факультета / Под редакцией профессора О.Д.Мишневой/. М.,1995.-70с.
7. Давыдовский И.В. Патологическая анатомия и патогенез болезней человека. М., 1956.- т.1, 2.
8. Диссеминированные процессы в легких (под ред. Н.В. Путова) - СССР -ГДР -М.: Медицина, 1984 - 224 с.

9. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. Справочник. 2-е изд. Перераб. и доп. М.: МИА., 2011. 506 с.
10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.-Десятый пересмотр в 3-х томах, ВОЗ, Женева.-Издательство «Медицина», 1995.
11. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. Заболеваемость взрослого населения России в 2013 году: Статистические материалы. М.; 2014; ч. III.
12. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Медико-демографические показатели Российской Федерации. 2013 год: Статистические материалы. М.; 2014.
13. Саркисов Д.С. Избранные лекции по курсу общей патологии. Некоторые вопросы современного учения о болезни. -Вып.3. Москва: НИО «Квартет», 1993. -С.99-123.
14. Смольяников А.В., Автандилов Г.Г., Уранова Е.В. Принципы составления патологоанатомического диагноза.- М.: ЦОЛИУВ, 1977.- С.68.
15. Цинзерлинг А.В. Современные инфекции: патологическая анатомия и вопросы патогенеза.-СПб: Сотис, 1993. -363 с.
16. Цинзерлинг В.А. Пневмонии и другие респираторные инфекции у взрослых. В кн. Клеточная биология легких в норме и при патологии. Рук. Для врачей. (ред. В.В. Ерохин, Л.К. Романова) –М.: Медицина. 2000.- с. 329-350.
17. Чучалин А.Г. Энциклопедия редких болезней. Изд. группа ГЕОТАР-Медиа, 2014.- 672 с.
16. Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1988, т.1, с.148.
18. GINA Updated 2015, [www.ginastma.org](http://www.ginastma.org); Gold 2014, [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org).

## ПРИЛОЖЕНИЕ 10

### **«Принципы организации периоперационной антибиотико-профилактики (ПАП) в учреждениях здравоохранения»: Федеральные клинические рекомендации Национальной ассоциации специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»), 2014.**

Согласованы Профильной комиссией Минздрава России по эпидемиологии 20 ноября 2014 г., протокол №4.

Утверждены на общем собрании членов некоммерческого партнерства «Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи» (НП «НАСКИ») 19.11.2014 (Протокол №6) в рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, г. Москва, 19 - 21 ноября 2014 г.

В федеральных клинических (методических) рекомендациях изложены основные принципы организации и проведения периоперационной антибиотикопрофилактики как ведущей меры предупреждения инфекций в области хирургического вмешательства. Предназначены для госпитальных эпидемиологов, врачей различных специальностей, работающих в стационарных учреждениях хирургического, урологического, травматологического, гинекологического, ожогового, педиатрического профиля, инфекционных стационарах и отделениях реанимации и интенсивной терапии для взрослых и

детей, бактериологов.

## ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Термин	Определение
Внутрибольничные инфекции (ВБИ)	любые инфекционные заболевания (состояния), возникшие в стационаре (и не имевшиеся до поступления в стационар даже в инкубационном периоде) и проявившиеся в условиях стационара или после выписки пациента в течение периода инкубации. Внутрибольничные инфекции - составная часть ИСМП
Госпитальные инфекции (ГИ)	любые инфекционные заболевания (состояния), проявившиеся или возникшие в условиях стационара (больницы или родильного дома), а также связанные с оказанием медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях или на дому. Госпитальные инфекции объединяют ИСМП и заносы инфекции
Заносы инфекции	инфекционные заболевания, возникшие до поступления в стационар и проявившиеся или выявленные при поступлении (после поступления) в стационар
Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП)	любое клинически выраженное инфекционное (паразитарное) заболевание, развившееся у пациента в результате оказания медицинской помощи в стационаре, амбулаторно-поликлинических условиях или на дому, а также у персонала лечебно-профилактического учреждения в силу осуществления профессиональной деятельности
Периоперационная антимикробная профилактика (ПАП)	профилактическое применение антимикробных препаратов в предоперационном периоде с целью снижения риска развития послеоперационной раневой инфекции

## ВВЕДЕНИЕ

Ведущей нозологической формой инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), среди хирургических больных являются инфекции в области хирургического вмешательства (ИОХВ). Российские показатели частоты ИОХВ значительно отличаются от европейских данных, где частота госпитальных инфекций в хирургических стационарах составляет около 10% среди всех прооперированных пациентов (по данным сайта организации «Всемирный Альянс за Безопасность пациентов», <http://www.who.int/patientsafety/challenge/en>). По обобщенным международным данным, частота этого показателя

в среднем составляет 10-12 на 100 операций и не может быть ниже 4-5 на 100 операций, а при операциях с минимальным количеством факторов риска частота ИОХВ составляет 1-2 на 100 операций. Разница в показателях заболеваемости ИОХВ связана с существующей проблемой недоучета случаев ИОХВ у прооперированных пациентов, а также с отсутствием учета влияния факторов риска лечебно-диагностического процесса на частоту возникновения этих осложнений.

Возможность установления истинного уровня частоты ИОХВ в отделениях хирургического профиля определяется наличием внедренного в стационаре эпидемиологического наблюдения за исходами оперативных вмешательств и, обязательно, наличием в штате госпитального эпидемиолога. Успех эпидемиологического наблюдения во многом зависит от наличия активных методов выявления ИОХВ с использованием стандартных определений случаев (Приложение 1).

Каждый случай ИОХВ имеет существенную экономическую составляющую, которая выражается в значительных финансовых затратах. Помимо экономических (прямых медицинских и немедицинских) затрат, связанных с лечением постоперативных осложнений, необходимо учитывать и нематериальные затраты: тяжелые физические и моральные страдания, испытываемые пациентом.

Неадекватные профилактические мероприятия приводят к значительному возрастанию прямых медицинских затрат, связанных с последующим лечением возникших ИОХВ. Увеличивается продолжительность госпитализации пациента, появляется потребность в использовании антимикробных препаратов резерва, что в свою очередь ведет за собой усиление анимикробной резистентности штаммов возбудителей ИОХВ и формирования госпитальных штаммов. В ряде случаев требуется повторное хирургическое вмешательство.

Инфекции в области хирургического вмешательства существенно снижают результаты оперативного лечения, их развитие заметно отягощают течение основного заболевания, удлиняют время пребывания больного в стационаре, увеличивают стоимость лечения за счет дополнительных экономических затрат на диагностику, повторные операции, нередко служат причиной летальных исходов, негативно сказываются на сроках восстановления трудоспособности оперированных больных.

Инфекция является результатом взаимодействия между организмом хозяина и заражающим микроорганизмом. Инфекционный процесс в ране – это следствие нарушения равновесия между микроорганизмами, загрязняющими рану, и защитными силами макроорганизма, что клинически проявляется симптомами воспаления.

Возможность развития ИОХВ зависит от взаимовлияния целого набора обстоятельств, сводящихся к особенностям взаимодействия микроорганизмов, как правило, представленных собственной микрофлорой пациента, и макроорганизма. Имеют значение как патогенные возможности бактерий, так и микробная концентрация в тканях. Данная концентрация микроорганизмов, представляющих обычно собственную микрофлору пациента, должна быть



достаточной, чтобы преодолеть резистентность хозяина, которая к моменту проведения хирургического вмешательства уже может быть ослаблена за счет снижения местного иммунитета тканей, что связано с гипоксией, ишемией, травматизацией, наличием в тканях инородных материалов. Экспериментально и клинически было установлено, что для развития инфекционного процесса в ране необходимо, чтобы общее количество условно-патогенных микроорганизмов в 1 г ткани превышало так называемый «критический» уровень -  $10^5$ - $10^6$ . Заражающей дозой принято считать концентрацию микроорганизмов  $10^5$  на 1 грамм ткани, однако, эта доза в присутствии в ране инородного материала и состоянии шока может снижаться до  $10^2$ . Этот «критический» уровень (порог чувствительности организма к различным возбудителям) колеблется и зависит от физиологического состояния и функционального состояния тканей. Установлено, что при уровне микробной обсемененности раны выше  $10^5$  клеток на 1 г ткани (1 мл) нагноение развивается даже в иммунологически резистентных тканях. В случае наличия в ране некроза, гематом, инородных тел развитие гнойного процесса возможно и при более низких уровнях обсемененности. При уровне обсемененности выше  $10^5$  м/о на 1 г (1мл) резко возрастает угроза сепсиса.

Организация профилактических мероприятия ориентирована на элиминацию факторов риска (с учетом особенностей лечебно-диагностического процесса). Серьезное внимание должно быть уделено мероприятиям общего характера: асептика и антисептика, дезинфекция и стерилизация, гигиена рук и т.п.

Одним из наиболее эффективных мер профилактики ИОХВ, прежде всего, эндогенного происхождения, является организация периоперационной антибиотикопрофилактики (ПАП).

В настоящее время необходимость организации и проведения ПАП в учреждениях здравоохранения регламентирована СанПиНом 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

### **Общие требования по организации периоперационной антибиотикопрофилактики инфекций в области хирургического вмешательства в учреждениях здравоохранения**

ПАП в хирургии является стандартом оказания медицинской помощи при многих хирургических вмешательствах. ПАП - это «очень короткий курс» антибиотиков, начинаемый непосредственно перед операцией с целью создания максимальной концентрации антибиотика в операционной ране в период наибольшего риска ее контаминирования (хирургический разрез).

Основным принципом ПАП является назначение антибиотиков, спектр действия которых направлен на микроорганизмы, контаминирующие операционную рану. При этом антибиотики необходимо назначать в адекватных дозах, а при их выборе необходимо учитывать не только состояние больного, но и факторы хирургической агрессии.

Для организации проведения ПАП в хирургическом отделении должен быть разработан и утвержден руководителем учреждения здравоохранения протокол ПАП для определенного типа операций, содержащий следующие разделы:



- перечень оперативных вмешательств;
- название АМП для ПАП;
- время введения АМП для ПАП;
- ответственные лица.

Для оценки риска возникновения ИОХВ у пациентов в послеоперационном периоде CDC был разработан индекс риска NNIS (Nosocomial Infection Surveillance System).

Индекс NNIS включает в себя три основных фактора риска развития ИОХВ:

- степень интраоперационной контаминации хирургической раны (Приложение 2);
- предоперационная оценка тяжести состояния пациента по шкале ASA (Приложение 3);
- операция продолжается более Т часов, где величина Т зависит от типа конкретной выполняемой операции (Приложение 4).

Степень интраоперационной контаминации хирургической раны является одним из ведущих факторов риска возникновения ИОХВ. По классификации, разработанной Национальным исследовательским советом США, операционные раны по степени их интраоперационной контаминации подразделяются на четыре класса: чистые раны, условно-чистые, контаминированные и гнойные или инфицированные раны. Для определения тактики проведения обезболивания в предоперационном периоде анестезиолог проводит оценку физического состояния пациента (анестезиологический риск). В основном данная процедура проводится анестезиологом при общей анестезии, однако для прогнозирования риска развития ИОХВ необходимо оценивать данный показатель и при операциях, выполняемых под местным обезболиванием.

Продолжительность выполнения операции является значимым фактором, влияющим на частоту возникновения ИОХВ. Величина Т определенного типа операции может быть основана как на существующих данных NNIS, так и на данных конкретного стационара после накопления достаточной информации и представляет собой 75-ый перцентиль распределения продолжительности всех операций данного типа.

Методика расчета индекса риска NNIS для прогнозирования риска развития ИОХВ у пациентов представлена в Приложении 5. Индекс NNIS специфичен для определенного вида операций, и принимает значения от 0 (операция низкого риска) до 3 (операция высокого риска).

Спектр активности АМП для ПАП должен включать наиболее частых возбудителей послеоперационных инфекций, в первую очередь, стафилококков, так как они вызывают большинство ИОХВ. Кроме того, спектр активности АМП должен перекрывать другие эндогенные микроорганизмы, контаминирующие рану при нарушении целостности внутренних органов или слизистых оболочек. Доза АМП для ПАП должна соответствовать обычной терапевтической дозе.

С точки зрения эффективности и безопасности наиболее приемлемыми для ПАП в хирургии являются цефалоспорины I-II поколения (цефазолин,

цефуроксим) и ингибиторозащищенные аминопенициллины (амоксциллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам). Основными осложнениями при использовании бета-лактамов являются аллергические реакции, которые в большинстве случаев можно предупредить при тщательном сборе анамнеза.

В качестве основной схемы ПАП («золотой стандарт») рекомендуется введение цефазолина в дозе 1 г при массе тела пациента менее 80 кг, 2 г - при массе 80 кг и более с началом анестезии. Однако при операциях на дистальных отделах кишечного тракта необходимо применение препаратов с антианаэробной активностью. Для этого следует включать в схему ПАП метронидазол или клиндамицин.

При аллергии на пенициллины альтернативными препаратами, активными против грамположительной флоры, являются клиндамицин или ванкомицин, а в отношении грамотрицательных бактерий - азтреонам.

### **Выбор АМП для ПАП**

В зависимости от вида оперативного вмешательства и предполагаемого возбудителя рекомендуются различные АМП (таблица 1).

Таблица 1

Вид или локализация операции	Рекомендуемый препарат	Доза для взрослого перед операцией <sup>1</sup>
<b>Операции на конечностях</b>		
Искусственный сустав, внутренняя фиксация перелома	Цефазолин Ванкомицин <sup>3</sup>	2,0 г, в/в 1,0 г, в/в
Ампутация ноги по поводу ишемии	Цефазолин Ванкомицин <sup>3</sup>	1,0-2,0 г, в/в 1,0 г, в/в
<b>Операции на голове и шее</b>		
Доступ через ротовую полость или глотку	Цефазолин Клиндамицин + гентамицин	1,0-2,0 г, в/в 0,6-0,9 г, в/в 1,5 мг/кг, в/в
Краниотомия	Цефазолин	1,0-2,0 г, в/в
Краниотомия	Ванкомицин <sup>3</sup>	1,0 г в/в
Офтальмологические операции	Гентамицин или тобрамицин, или неомицин/дексаметазон/ полимиксин В Цефазолин	Многократное местное капельное введение в течение 2-24 ч. 0,1 г, после процедуры
<b>Операции на сердце и сосудах</b>		

<sup>1</sup> Парентеральные АМП могут быть введены в виде однократной дозы непосредственно перед операцией. При длительных операциях следует дополнительно вводить дозу АМП каждые 4-8 ч в течение операции.

<sup>2</sup> Существуют рекомендации введения повторной дозы во время операции на открытом сердце после проведения шунтирования.

<sup>3</sup> В стационарах, где MRSA часто вызывают раневую инфекцию, или для пациентов с аллергией на цефалоспорины или пенициллины.

Аортокоронарное шунтирование, имплантация искусственного клапана, искусственный водитель ритма, стентирование	Цефазолин Цефуросим Ванкомицин <sup>3</sup>	2,0 г, в/в <sup>2</sup> 1,5 г, в/в <sup>2</sup> 1,0 г, в/в
Операции на брюшной аорте и сосудах нижних конечностей, протезирование сосудов, наложение шунта для гемодиализа	Цефуросим Амоксициллин/клавуланат Ампициллин/сульбактам Ванкомицин	1,5 г, в/в 1,2 г, в/в 1,5 г, в/в 1,0 г, в/в
<b>Операции на легких</b>		
Лобэктомия, пневмоэктомия	Цефазолин Цефуросим Амоксициллин/ клавуланат Ампициллин/сульбактам Ванкомицин	1,0-2,0 г в/в 1,5 г в/в 1,2 г, в/в 1,5 г, в/в 1,0 г, в/в
<b>Операции на органах брюшной полости</b>		
Пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка, группа высокого риска <sup>4</sup>	Цефуросим Амоксициллин/ клавуланат Ампициллин/сульбактам Ванкомицин	1,5 г, в/в 1,2 г, в/в 1,5 г, в/в 1,0 г, в/в
ЖВП, группа высокого риска <sup>5</sup>	Цефуросим Амоксициллин/ клавуланат Ампициллин/сульбактам	1,5 г, в/в 1,2 г, в/в 1,5 г, в/в
Толстый кишечник	Внутри: Канамицин (или Гентамицин) +Метронидазол + Эритромицин <sup>6</sup> Парентерально: Амоксициллин/ клавуланат Ампициллин/сульбактам Гентамицин + Метронидазол Амоксициллин/клавуланат Ампициллин/сульбактам	1,0 г 1,0 г 1,2 г, в/в 1,2 г, в/в 1,5 г, в/в 0,08 г, в/в 0,5 г, в/в 1,2 г, в/в 1,5 г, в/в
<i>плановые операции</i>		
<i>экстренные операции</i>		

<sup>4</sup> Патологическое ожирение, обструкция пищевода, сниженная кислотность желудочного сока или ослабленная перистальтика желудочно - кишечного тракта.

<sup>5</sup> Возраст старше 70 лет, острый холецистит, нефункционирующий желчный пузырь, механическая желтуха, камни общего желчного протока.

<sup>6</sup> После соответствующей диеты и очищения желудка по 1 г в 13:00, 14:00 и 23:00 за 1 день до операции и в 8:00 в день операции.

Аппендэктомия (аппендикс без перфорации)	Амоксициллин/клавуланат Ампициллин/сульбактам Метронидазол	1,2 г, в/в 1,5 г, в/в 1,2 г, в/в
<b>Операции на мочевыводящих путях</b>		
Трансуретральная резекция предстательной железы, ударноволновая литотрипсия, группа высокого риска <sup>7</sup>	Ципрофлоксацин Амоксициллин/ клавуланат Ампициллин/сульбактам	0,5 г, внутрь или 0,4 г, в/в 1,2 г, в/в 1,5 г, в/в
<b>Акушерско-гинекологические операции</b>		
Вагинальная или абдоминальная гистерэктомия	Цефазолин Амоксициллин/ клавуланат Ампициллин/сульбактам	1,0-2,0 г, в/в 1,2 г, в/в 1,5 г, в/в
Кесарево сечение, группа высокого риска <sup>8</sup> (после пережатия пуповины)	Цефазолин Амоксициллин/ клавуланат Ампициллин/сульбактам	1,0-2,0 г, в/в 1,2 г, в/в 1,5 г, в/в
Аборт <i>I</i> триместр беременности, высокий риск <sup>9</sup> <i>II</i> триместр беременности	Пенициллин Доксициклин Цефазолин	2 млн ЕД, в/в 0,3 г внутрь <sup>10</sup> 1,0-2,0 г, в/в

**Время введения антимикробного препарата для осуществления периоперационной антимикробной профилактики. Время введения АМП является наиболее важным фактором проведения ПАП. Оптимальным временем проведения ПАП является введение АМП в течение 60 мин до кожного разреза. Для большинства плановых и экстренных оперативных вмешательств оптимальным принято считать введение АМП во время вводного наркоза, то есть за 30-40 мин до операции.**

Необходимо помнить, что некоторые АМП, например, фторхинолоны и ванкомицин, требуют более длительного времени для достижения максимальной концентрации в тканях. Для выбора оптимального времени введения таких АМП для ПАП необходимо учитывать их фармакокинетику.

Кратность введения определяется периодом полувыведения АМП. Повторная доза вводится при продолжительности операции, превышающей в 2 раза период полувыведения АМП. Назначение АМП с целью профилактики ИОХВ после завершения операции является неэффективным и нецелесообразным.

Предпочтительным является внутривенное введение антибиотика, что обеспечивает его оптимальную концентрацию в сыворотке крови во время операции.

<sup>7</sup> Положительное культуральное исследование мочи или невозможность проведения культурально-го исследования, наличие катетера перед операцией.

<sup>8</sup> Стимуляция родов или преждевременный разрыв плодного пузыря.

<sup>9</sup> ВЗОМТ, гонорея в анамнезе или многочисленные половые партнеры.

<sup>10</sup> 0,1 г за 1 ч до аборта, 0,2 г через 1,5 ч после аборта

Введение АМП для ПАП в отделении до перемещения пациента в операционную нежелательно, т.к. в этом случае интервал между введением антибиотика и кожным разрезом может варьировать.

### 8.3.4. Алгоритм действия ответственных лиц за выполнение протокола периоперационной антимикробной профилактики.

**Лечащий врач-хирург** должен указать в медицинской карте стационарного больного (форма № 003/у) или медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025/у) следующую информацию:

- а) класс операционной раны (I - IV) в разделе «Протокол операции» в соответствии с классификацией (Приложение 2);
- б) длительность операции в минутах в разделе «Протокол операции»;
- в) АМП, используемый для ПАП в разделе «Лист назначения»;
- г) время введения (однократное и многократное) АМП, используемого для ПАП, по отношению ко времени кожного разреза в разделе «Лист назначения».

**Лечащий врач-хирург** во время первой перевязки должен сообщить перевязочной медицинской сестре класс операционной раны прооперированного пациента для внесения данных в карту сестринского наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде (Приложение 6).

**Врач-анестезиолог** должен указать в медицинской карте стационарного больного (форма № 003/у) или медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025/у) в разделе «Осмотр анестезиолога перед определением показаний к операции» следующую информацию:

- а) оценка риска анестезии и операции по тяжести соматического состояния пациента (ASA) (Приложение 3);
- б) АМП, используемый для ПАП;
- в) время введения (однократное и многократное) АМП по отношению ко времени кожного разреза.

АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ				
Вид/локализация операции	Препараты выбора	Препараты резерва	Примечание	Категория
Экстренные и плановые лапаротомии, аппендэктомия и колоректальные операции	Цефазолин + Метронидазол или Цефтриаксон + Метронидазол	Клиндамицин+-Гентамицин, или Азтреонам или Ципрофлоксацин или Гентамицин+ Метронидазол	ПАП проводится однократно, за исключением контаминированных операций (наличие серозного перитонита) при которых антибиотика ПАП вводятся в течение 24 часов после операции.	А
Операции на желудке и 12 перстной кишке, (резекция желудка или 12 перстной кишки или поджелудочной железы)	Цефазолин +Метронидазол или Цефтриаксон + Метронидазол	Клиндамицин, или Ванкомицин+Гентамицин, или Ципрофлоксацин		А

Шунтирование желудка	Цефазолин	Клиндамицин, или Ванкомицин+Гентамицин, + Азтреонам или Ципрофлоксацин		D
Операции на тонком кишечнике без обструкции	Цефазолин	Клиндамицин + Гентамицин или Азтреонам или Ципрофлоксацин		C
Операции на тонком кишечнике с обструкцией	Цефазолин +Метронидазол, или Цефокситин	Гентамицин + Метронидазол или Ципрофлоксацин		C
Открытые операции на желчных протоках и желчном пузыре	Цефазолин, или Цефокситин, или Цефтриаксон, или Ампициллин/сульбактам	Клиндамицин, или Ванкомицин+Гентамицин, или Азтреонам или Ципрофлоксацин или Гентамицин+Метронидазол		A
Лапароскопические операции на желчных протоках и желчном пузыре у пациентов без факторов риска	Не рекомендуется			A
Лапароскопические операции на желчных протоках и желчном пузыре у пациентов с факторами риска (перфорация желчного пузыря, переход от лапароскопического доступа к лапаротомическому, острый холецистит/панкреатит, желтуха, беременность, сниженный иммунитет, введение инородных устройств)	Цефазолин, или Цефокситин, или Цефтриаксон, или Ампициллин/сульбактам	Клиндамицин, или Ванкомицин+гентамицин, или Азтреонам или Ципрофлоксацин или Гентамицин+метронидазол		A
Грыжесечение не ущемленной грыжи паховой области или брюшной стенки и их пластика с использованием импланта (сетка)	Цефазолин	Клиндамицин, или Ванкомицин		A

Грыжесечение не ущемленной грыжи паховой области или брюшной стенки и их пластика без импланта (сетка)	Не рекомендуется			А
Грыжесечение ущемленной грыжи паховой области или брюшной стенки	Цефазолин + Метронидазол, или Цефокситин, или Цефотетан	Гентамицин+ Метронидазол или Ципрофлоксацин	ПАП проводится однократно, за исключением контаминированных операций (наличие серозного перитонита) при которых антибиотики ПАП вводятся в течение 24 часов после операции	А
<b>ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ</b>				
Операции на пищеводе	ПАП не проводится			Д
Устройство для механической поддержки левого желудочка		Цефазолин, или Цефуроским	Клиндамицин, или Ванкомицин	
Рак молочной железы	Цефазолин, или Цефуроским	Клиндамицин, или Ванкомицин		А
Изменение формы молочной железы	Цефазолин, или Цефуроским	Клиндамицин, или Ванкомицин		С
Введение имплантов в молочную железу	Цефазолин, или Цефуроским	Клиндамицин, или Ванкомицин		С
Лобэктомия, пневмоэктомия	Цефазолин, или Цефуроским, или Ампициллин/сульбактам	Клиндамицин, или Ванкомицин		А
<b>ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ</b>				
Офтальмологические операции	Гентамицин, или Тобрамицин, или Неомидин/ Дексаметазон/ Полимиксин В, или Цефазолин, или Местно неомицин- полимиксин-В- грамицидин или Гатифлоксацин/ Моксиф локсацин Дополнительно Цефазолин 100 мг субконъюнктивально или 1-2.5 мг внутрь камеры или Цефуроским 1 мг в конце процедуры		Множественное местное капельное введение в течение 2-24 ч 0,1г субконъюнктивально после процедуры по 1 капле каждые 5-15 мин всего 5 доз	В

<b>ОПЕРАЦИИ НА ЛОР ОРГАНАХ</b>				
Чистые операции: тиреоидэктомия и удаление лимфатических узлов	Не рекомендуется			В
Чистые операции с использованием протезов (исключая тимпаностомическую трубку)	Цефазолин, или цефуроксим	Клиндамицин		С
Условно-чистые онкологические операции	Цефазолин+ Метронидазол, или Цефуроксим+ Метронидазол, или Ампициллин/ сульбактам	Клиндамицин		А
Условно-чистые: паротидэктомия, удаление подчелюстной железы, ринопластика, реконструкция переломов челюсти (исключая тонзиллэктомия, аденоидэктомия,	Цефазолин+ Метронидазол, или Цефуроксим+ Метронидазол, или Ампициллин/ сульбактам	Клиндамицин		В
Введение трубки в среднее ухо	Местный АБ однократно			В
<b>ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ</b>				
Экстренные и плановые гинекологические операции на органах малого таза с лапаротомическим доступом, или экстренные лапароскопические операции	Цефазолин + Метронидазол, или Цефтриаксон + Метронидазол	Клиндамицин+ Гентамицин, или Азтреонам или Ципрофлоксацин или Гентамицин + Метронидазол	ПАП проводится однократно, за исключением контаминированных операций (наличие серозного перитонита) при которых антибиотика ПАП вводятся в течение 24 часов после операции	А
Кесарево сечение	Цефазолин внутривенно в 60 минутном интервале до разреза	Гентамицин + Клиндамицин		А
Кесарево сечение (экстренное и плановое) при длительном безводном периоде (более 12 ч) и/или преждевременных родах (<37 недель гестации)	Цефазолин + Метронидазол внутривенно в 60 минутном интервале до разреза Амоксициллин+клавулановая кислота внутривенно после пережатия пуповины	Гентамицин + метронидазол	Не применять Амоксициллин+клавулановая кислота, если АБ вводится до разреза	А
Аборт (инструментальный – кюртаж)	Доксициклин 100 мг до операции и 200 мг после операции		Перорально	А



Разрыв промежности III- IV степени с вовлечением анального сфинктера и/или слизистой прямой кишки	Цефазолин+ Метронидазол	Гентамицин+ Клиндамицин		D
<b>НЕЙРОХИРУРГИЯ</b>				
Краниотомия и шунтирование СМЖ	Цефазолин	Клиндамицин или Ванкомицин	Однократно	A
Имплантация интракратальной помпы	Цефазолин	Клиндамицин или Ванкомицин	Однократно	C
<b>ТРАВМАТОЛОГИЯ</b>				
Чистые операции на конечностях без использования протезов/ имплантов	Не рекомендуется	Не рекомендуется		C
Операция по поводу перелома бедра	Цефазолин	Клиндамицин или Ванкомицин		A
Фиксация перелома с использованием гвоздя, пластины	Цефазолин	Клиндамицин или Ванкомицин		C
Эндопротезирование суставов	Цефазолин	Клиндамицин или Ванкомицин		A
Ампутация конечностей неинфицированная	Цефазолин + Метронидазол Амоксициллин+ клавулановая кислота	Клиндамицин или Ванкомицин	За 60 мин до операции	A
<b>ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ</b>				
Внутренняя фиксация множественных переломов нижней челюсти	Цефазолин+ метронидазол, или Амоксициллин+ клавулановая кислота	Гентамицин+ Клиндамицин	Не более 24 ч	A
Интраоральная костная пластика	Цефазолин+ метронидазол, или Амоксициллин+ клавулановая кислота	Гентамицин+ Клиндамицин		B
Хирургическая ортодонтия	Цефазолин+ метронидазол	Гентамицин+ Клиндамицин	Не более 24 ч	A
Операции на лице (чистые)	Не рекомендуется			B
Пластические операции на лице с использованием имплантов	Цефазолин	Гентамицин+ Клиндамицин		C

<b>СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ</b>				
Операции на брюшной аорте и сосудах нижних конечностей. Протезирование сосудов	Цефазолин	Клиндамицин, или Ванкомицин	Однократно	A
<b>КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ</b>				
Аортокоронарное шунтирование	Цефазолин, или Цефуроским	Клиндамицин, или Ванкомицин		A
Имплантация искусственного клапана, искусственного водителя ритма, стентирование	Цефазолин, или Цефуроским	Клиндамицин, или Ванкомицин		A
Операции на открытом сердце	Цефазолин, или Цефуроским	Клиндамицин, или Ванкомицин	Длительность антибиотикопрофилактики не должна превышать 48 ч	C
<b>УРОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ</b>				
Трансректальная биопсия простаты	Ципрофлоксацин, или Триметоприм/сульфаметоксазол			A
Ударно-волновая литотрипсия	Цефуроским, или цефтриаксон	Триметоприм/сульфаметоксазол		A
Чрескожная нефролитотомия: камни >20мм и расширение почечных лоханок	Цефуроским, или Цефтриаксон, или Амоксициллин+клавулановая кислота	Триметоприм/сульфаметоксазол, или Ципрофлоксацин	Фторхинолоны 7 дней до операции	B
Трансуретральная резекция простаты	Цефуроским, или Цефтриаксон, или Амоксициллин+клавулановая кислота	Триметоприм/сульфаметоксазол, или Ципрофлоксацин		A
Трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря	Цефуроским, или Цефтриаксон, или Амоксициллин+клавулановая кислота	Триметоприм/сульфаметоксазол, или Ципрофлоксацин	У пациентов из группы риска и большими опухолями с некрозом	D
Радикальная цистэктомия	Цефуроским, или Цефтриаксон, или Амоксициллин+клавулановая кислота	Триметоприм/сульфаметоксазол, или Ципрофлоксацин		D

## Стандартные определения случаев ИОХВ

### 1. ПОВЕРХНОСТНАЯ ИОХВ РАЗРЕЗА.

Поверхностная ИОХВ должна удовлетворять следующему критерию: Инфекция возникает в течение 30 дней после операции *и*

Вовлекает только кожу и подкожные ткани в области разреза<sup>1</sup> *и*

У пациента имеется *ХОТЯ БЫ ОДНО* из перечисленных обстоятельств:

- Гнойное отделяемое из поверхностного разреза;
- Выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из поверхностного разреза;
- По крайней мере один из следующих признаков или симптомов инфекции в области разреза: боль или болезненность, ограниченная припухлость, краснота, повышение температуры и хирург намеренно открывает рану, за исключением тех случаев, когда посев из раны дает отрицательные результаты<sup>1</sup>;
- Диагноз поверхностной ИОХВ разреза поставлен хирургом или другим лечащим врачом.

### 2. ГЛУБОКАЯ ИОХВ РАЗРЕЗА.

Глубокая ХРИ должна удовлетворять следующему критерию:

Инфекция возникает в течение 30 дней после операции при отсутствии имплантата<sup>2</sup> или в течение одного года при наличии имплантата в месте операции и есть основания считать, что инфекция связана с данной хирургической операцией *и*

Вовлекает глубокие мягкие ткани (например, фасциальный и мышечный слой) в области разреза<sup>3</sup> *и*

У пациента имеется *ХОТЯ БЫ ОДНО* из перечисленных обстоятельств:

- Гнойное отделяемое из глубины разреза, но не из органа/полости в месте данного хирургического вмешательства;
- Спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом, когда у пациента имеется по крайней мере один из следующих признаков или симптомов инфекции: лихорадка ( $> 37,5^{\circ}\text{C}$ ) или локализованная боль или болезненность, за исключением тех случаев, когда посев из раны дает отрицательные результаты<sup>5</sup>;

<sup>1</sup> Не расценивается как инфекция абсцесс шва (минимальное воспаление или отделяемое, ограниченные точками проникновения шовного материала). Не расценивается также как ИОХВ локализованная инфекция колотой раны, которая рассматривается как инфекция кожи или мягких тканей, в зависимости от глубины. Если инфекция в области разреза вовлекает фасциальный и мышечный слой, она расценивается как глубокая ИОХВ.

<sup>2</sup> Данное исключение учитывается, если микробиологические исследования проводились, и их качество не вызывает сомнений.

<sup>3</sup> Инородное тело (например, протез клапана сердца, биотрансплантат сосуда, искусственное сердце, протез головки бедра), которое имплантируется в организм хирургическим методом.

<sup>4</sup> Если инфекция в области разреза вовлекает как область поверхностного разреза, так и фасциальный и мышечный слой, она расценивается как глубокая ИОХВ.

<sup>5</sup> Данное исключение учитывается, если микробиологические исследования проводились, и их качество не вызывает сомнений.

- При непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистопатологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции в области глубокого разреза;

- Диагноз глубокой ХРИ разреза поставлен хирургом или другим лечащим врачом.

3. *ИОХВ ОРГАНА/ПОЛОСТИ*. ИОХВ органа/полости должна удовлетворять следующему критерию: Инфекция возникает в течение 30 дней после операции при отсутствии имплантата<sup>6</sup> или в течение одного года при наличии имплантата в месте операции и есть основания считать, что инфекция связана с данной хирургической операцией и

инфекция вовлекает любую часть организма, исключая разрез кожи, фасции или мышечные слои, которые были открыты или затронуты в процессе операции<sup>7</sup> и

У пациента имеется *ХОТЯ БЫ ОДНО* из перечисленных обстоятельств:

- Гнойное отделяемое из дренажа, установленного в органе/полости;
- Выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из органа/полости;

- При непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистопатологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции, вовлекающей орган/полость.

---

<sup>6</sup>Инородное тело (например, протез клапана сердца, биотрансплантат сосуда, искусственное сердце, протез головки бедра), которое имплантируется в организм хирургическим методом.

<sup>7</sup>Дальнейшая идентификация ИОХВ органа/полости проводится с учетом конкретной анатомической локализации.

## Классификация хирургических ран по степени микробной контаминации

<p>Класс I: чистая</p>	<p>Неинфицированная послеоперационная рана при отсутствии воспаления, при этом не затрагивались дыхательный, пищеварительный, половой или неинфицированный мочевыводящий тракты. Чистые раны закрываются первичным натяжением и в случае необходимости дренируются с помощью закрытого дренажа</p>	<p>Краниотомия, адреналэктомия, кардиохирургия, открытая редукция и фиксация закрытого перелома, спленэктомия, операция по поводу катаракты, грыжесечение, орхиэктомия, мастэктомия</p>
<p>Класс II: условно-чистая («чисто-контаминированная»)</p>	<p>Послеоперационная рана, затрагивающая дыхательный, пищеварительный, половой или мочевыводящий тракты в контролируемых условиях и без необычной контаминации</p>	<p>Холецистэктомия при отсутствии острого воспаления, аппендэктомия при отсутствии острого воспаления, гистерэктомия (вагинальная, абдоминальная), простатэктомия, ринопластика, оральная хирургия, кесарево сечение, торакотомия, ушивание рваной раны менее 8 ч после травмы</p>
<p>Класс III: контаминированная («загрязненная»)</p>	<p>Открытые, свежие, травматические раны. Кроме того, в эту категорию включены операции со значительными нарушениями асептики (например, открытый массаж сердца), или сопровождающиеся выраженной утечкой содержимого желудочно-кишечного тракта, а также операции, при которых наблюдается острое негнойное воспаление</p>	<p>Открытый массаж сердца, аппендэктомия (негангренозный аппендицит, но с воспалением), аппендэктомия при перфорации аппендикса, острый холецистит, ушивание рваной раны более 8 ч после травмы, открытая редукция и внутренняя фиксация открытого перелома с отсрочкой операции (8 ч после перелома), проникающая абдоминальная травма без перфорации полых органов, серьезные нарушения стерильности (например, использование нестерильных инструментов, промокание насквозь стерильного поля, отверстие в перчатках работающих в операционной), контакт инородного тела с раной или стерильным полем</p>
<p>Класс IV: «грязная» (инфицированная)</p>	<p>Старые травматические раны с нежизнеспособными тканями, а также послеоперационные раны, в области которых уже имелась инфекция или произошла перфорация кишечника. Подразумевается, что микроорганизмы, способные вызвать ИОХВ, присутствовали в области оперативного вмешательства до операции</p>	<p>Огнестрельные раны, травматические раны с оставшимися нежизнеспособными тканями, обработка травматической раны, загрязненной травой или землей, вскрытие и дренирование абсцесса, отсроченное первичное натяжение после аппендэктомии по поводу перфоративного аппендицита, «грязная» травма с задержкой операции 10 ч и более</p>

## Оценка физического состояния пациента по шкале ASA

Оценка	Состояние пациента	Примеры
P1	Нормальный, здоровый пациент (никаких органических, физиологических, биохимических или психических расстройств)	
P2	Пациент, имеющий нетяжелое системное заболевание	Заболевание сердца, которое лишь в незначительной степени ограничивает физическую активность; гипертоническая болезнь под контролем, сахарный диабет с минимальным повреждением органов, анемия, крайне пожилой/младенческий возраст, патологическое ожирение, хронический бронхит
P3	Пациент с тяжелым системным заболеванием, не приводящим однако к полной потере трудоспособности	Заболевание сердца, ограничивающее физическую активность; с трудом контролируемая гипертоническая болезнь, сахарный диабет с сосудистыми осложнениями, хроническое заболевание легких, ограничивающее активность пациента
P4	Пациент с инвалидирующим тяжелым системным заболеванием, представляющим постоянную угрозу жизни	Тяжелая сердечная недостаточность, тяжелая ишемическая болезнь сердца, выраженная дыхательная недостаточность, выраженное нарушение функции почек или печени
P5	Умирующий пациент, который неминуемо погибнет без операции из-за крайне тяжелого основного заболевания	Неконтролируемое кровотечение при разрыве аневризмы брюшной аорты, травма головного мозга, массивная эмболия легочной артерии
P6	Пациент с установленной смертью головного мозга, используемый в качестве донора органов	

### Распределение продолжительности операций

№ п/п	Тип операции	75 перцентиль длительности операции (в часах и минутах)
1	Коронарное шунтирование	4 ч 53 мин
2	Операции на сердце	4 ч 45 мин
3	Другие операции на сердечно-сосудистой системе	1 ч 50 мин
4	Операции на легких	2 ч 40 мин
5	Другие операции на органах дыхательной системы	1 ч 26 мин
6	Аппендэктомия	1 ч 10 мин
7	Операции на печени, поджелудочной железе	3 ч 44 мин
8	Холецистэктомия	1 ч 50 мин
9	Операции на толстой кишке	3 ч
10	Операции на желудке	2 ч 32 мин
11	Операции на тонкой кишке	3 ч 19 мин
12	Лапаротомия	1 ч 53 мин
13	Другие операции на органах желудочно-кишечного тракта	2 ч 30 мин
14	Ампутация конечностей	1 ч 25 мин
15	Операции на позвоночнике	2 ч 30 мин
16	Операции по поводу открытых переломов	2 ч 10 мин
17	Протезирование	2 ч 45 мин
18	Другие операции костно-мышечной системы	2 ч 03 мин
19	Кесарево сечение	57 мин
20	Абдоминальное удаление матки	2 ч
21	Вагинальное удаление матки	1 ч 58 мин
22	Другие операции на матке	1 ч
23	Удаление почки	3 ч 08 мин
24	Удаление простаты	3 ч 55 мин
25	Другие операции на органах мочеполовой системы	1 ч 30 мин
26	Операции на голове и шее	3 ч 45 мин
27	Другие операции на ушах, носу, рте, пазухах	2 ч 30 мин
28	Операции на головном мозге	4 ч 17 ми
29	Вентрикулярное шунтирование	1 ч 35 мин
30	Другие операции на нервной системе	1 ч 35 мин
31	Операции по поводу грыж	1 ч 35 мин
32	Удаление грудной железы	2 ч 15 мин
33	Трансплантация внутренних органов	7 ч 05 мин
34	Кожная пластика	1 ч 50 мин
35	Удаление селезенки	2 ч 24 мин
36	Сосудистые операции	3 ч 22 мин
37	Операции на эндокринной системе	2 ч 23 мин
38	Операции на глазах	1 ч 55 мин
39	Операции на лимфатической системе	1 ч 48 мин
40	Операции на коже и ее придатках	1 ч 30 мин

## Индекс риска NNIS

Индекс риска NNIS - эффективный и достаточно простой способ стратификации показателей частоты ИОХВ.

Индекс риска NNIS основан на данных, которые легко могут быть получены и достаточно полно фиксируются в историях болезни, и позволяет разделить операции по степени риска возникновения ИОХВ с учетом наличия или отсутствия трех основных факторов риска:

а) предоперационная оценка тяжести состояния пациента по шкале ASA 3 и более баллов;

б) операция контаминированная или «грязная»;

в) операция продолжается более Т часов, где величина Т зависит от типа конкретной выполняемой операции.

Величина Т может быть основана как на данных NNIS, так и на данных больницы после накопления достаточной информации и представляет собой 75-ый перцентиль распределения продолжительности всех операций данного типа. Индекс риска NNIS может принимать значения от 0 (операция низкого риска) до 3 (операция высокого риска) и с высокой степенью вероятности предсказывает вероятность развития ИОХВ после большинства типов хирургических операций.

### Оценка Индекса риска NNIS

#### 1. КЛАСС РАНЬ:

Чистые или условно-чистые – 0 баллов.

Контаминированные или грязные – 1 балл.

#### 2. ОЦЕНКА ПО ASA:

Сумма по ASA 1 или 2 – 0 баллов.

Сумма по ASA 3, 4, или 5 – 1 балл.

#### 3. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОПЕРАЦИИ:

$< T^*$  - 0 баллов.

$\geq T^*$  - 1 балл

$T^*$  - 75% перцентиль продолжительности проведения соответствующего типа



**Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи, используемых при медико-экономической экспертизе, и критерии их применения в системе ОМС [Березников А.В., Александрова А.А. и Трошин А.Н., 2015]:**

Код-Приказ ФФОМС № 230	Формулировка основания для отказа в оплате из приложения 8 приказа ФФОМС №230	Критерии применения	Условие применения критериев
4.1	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин	Наличие запроса СМО первичной медицинской документации из МО (с подтверждением получения входящим номером, отметкой о получении, уведомлением о вручении почтового отправления). Отсутствие первичного медицинского документа выявлено при передаче первичных медицинских документов из МО в СМО и зафиксировано в акте приема-передачи первичных медицинских документов, подписанном представителями МО и СМО, либо предоставление МО в СМО иного документа с несоответствием Ф.И.О., даты рождения, адреса, дат оказания помощи, специальности, диагноза, кода лечащего врача	Одновременно
4.2	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи)	Отсутствие обязательных разделов в первичной медицинской документации: жалоб, анамнеза, общего осмотра, локального статуса, осмотра заведующего отделением, осмотра консультантов (при необходимости), дневников, этапных эпикризов, выписного или посмертного эпикризов, протоколов исследований, протоколов операций, протоколов вскрытий, копий протоколов констатации смерти больного. Отсутствие Ф.И.О. пациента на температурных листах, листах назначений, вкладышах в карту амбулаторного больного. Необоснованное сокращение записей	Достаточно любого из критериев
4.4	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, вклейки, полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных	Наличие письменного заявления застрахованного лица, что услуга МО не оказана, при наличии записи в первичных медицинских документах. Отсутствие подтверждения об оказании услуги МО в учетно-отчетных документах медицинской организации (различные журналы)	Достаточно одного из критериев

	мероприятиях, клинической картине заболевания)	Несоответствие данных выписки из карты стационарного больного с данными карты стационарного больного. Наличие копии истории болезни, содержащей иные данные относительно клиники заболевания, диагностики и лечения	
4.5	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.)	Наличие записей в первичной медицинской документации, подтверждающих оказание услуг специалистом в период его отсутствия в МО, согласно сведениям таблицы учетного времени врача (командировка, обучение, официальные выходные, ежегодный отпуск и т.п.)	Единственный критерий применения
4.6	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов	Реестр МО содержит койко-дни, пациенто-дни, посещения, иные услуги. Первичная медицинская документация не содержит подтверждения оказания имеющихся в реестре медицинских услуг. Первичная медицинская документация содержит услугу, несовпадающую по одному из критериев: дата оказания услуги, сроки ее оказания, специальность, диагноз. Отсутствие дневниковых записей в первичных медицинских документах при оказании стационар- замещающей помощи	Обязательно соблюдение двух условий: условия 1 и любого из условий 2—4
5.3.1	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС	Реестр содержит медицинские услуги гражданину, которые поданы как подлежащие оплате из средств ОМС. В первичной медицинской документации выявлено оказание видов помощи, не входящих в Территориальную программу, либо помощи по нозологическим формам (исходя из формулировки основного диагноза или соответствующего кода МКБ), которые не подлежат оплате из средств ОМС	Одновременно
5.3.3	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования)	Реестр содержит запись об оказании медицинской помощи.  Первичная медицинская документация подтверждает факт оказания медицинской помощи по поводу травмы. В первичных медицинских документах указано, что данная травма получена на производстве	Одновременно

5.5.1	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации	Несоответствие медицинских услуг, поданных на оплату в составе реестра, видам медицинской деятельности, указанным в лицензии	Единственный критерий применения
5.5.3	Предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов)	Расхождение фактического адреса оказания медицинской помощи с адресами в лицензии МО	Единственный критерий применения
5.6	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	В реестре имеют место услуги данного врача по данной специальности в период отсутствия сертификата по данной специальности или с момента истечения срока его действия. В первичной медицинской документации содержатся записи, подтверждающие факт оказания соответствующей медицинской помощи. Срок действия сертификата специалиста истек или сертификат специалиста на момент оказания помощи отсутствовал	Одновременно
5.7.3	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией	Медицинской организацией поданы несколько услуг за один период. Одна из услуг входит в состав другой услуги. Услуга, входящая в состав комплексной услуги, подана позднее или одновременно с комплексной услугой; Факт оказания услуг подтвержден первичной медицинской документацией	Одновременно
5.7.5	Включения в реестр счетов медицинской помощи: амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках	В реестрах различных или одной медицинской организации содержится посещения поликлиники в период пребывания в круглосуточном стационаре либо одноmomentное пребывание в дневном и круглосуточном стационаре	Единственный критерий применения, при этом:  1. В случаях если сроки не подтверждаются первичной медицинской документацией,

	<p>стандартов медицинской помощи); пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях)</p>		<p>но санкции накладываются на медицинскую организацию, в первичных медицинских документах которой выявлено нарушение сроков оказания услуг</p>
			<p>2. В случаях если первичная медицинская документация подтверждает факт оказания стационарной и поликлинической помощи, то санкции накладываются на медицинскую организацию, оказавшую поликлиническую помощь (за исключением случаев оказания неотложной специализированной помощи в амбулаторных условиях или в приемном отделении иной медицинской организации)</p>
			<p>3. В случаях если по данной первичной медицинской документации сроки оказания медицинской помощи в стационаре и дневном стационаре соответствуют реестрам, то санкции накладываются на медицинскую организацию, которая начала оказывать стационарную помощь первой</p>

**Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи используемых при экспертизе качества медицинской помощи и критерии их применения в системе ОМС (Березников А.В., Александрова А.А. и Трошин А.Н., 2015)**

Код	Формулировка основания для отказа в оплате (приложение 8 к приказу ФОМС № 230)	Критерии применения	Условие применения критериев
3.2	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи		
3.2.1	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	Необоснованное с клинической точки зрения невыполнение Федерального (Регионального) стандарта, Порядка или Протокола, либо показанного больному диагностического, лечебного, профилактического вмешательства Отсутствие отказа больного от диагностических, лечебных, профилактических процедур. Благоприятный или неблагоприятный исход. Данные дефекты не повлияли на состояние здоровья застрахованного лица и исход заболевания	Одновременно
3.2.2	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	Необоснованное с клинической точки зрения невыполнение Федерального (Регионального) стандарта, Порядка или Протокола, либо показанного больному диагностического, лечебного, профилактического вмешательства Отсутствие отказа больного от диагностических, лечебных, профилактических процедур. Благоприятный или неблагоприятный исход. В соответствии с экспертным заключением, дефекты привели к удлинению периода лечения сверх сроков, установленных Стандартами, Протоколами или средне-сложившегося по данной нозологии	Одновременно

3.2.3	<p>приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)</p>	<p>Необоснованное с клинической точки зрения невыполнение Федерального (Регионального) стандарта, Порядка или Протокола, либо показанного больному диагностического, лечебного, профилактического вмешательства. Отсутствие отказа больного от диагностических, лечебных, профилактических процедур. Благоприятный или неблагоприятный исход. Выявленные дефекты, в соответствии с экспертным заключением, создали риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо возникновения нового заболевания (применяется при благоприятном или неуточненном исходе заболевания), прогрессирование заболевания, развитие осложнений, нового заболевания, ассоциированной патологии</p>	Одновременно
3.2.4	<p>приведших к инвалидности (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)</p>	<p>Необоснованное с клинической точки зрения невыполнение Федерального (Регионального) стандарта, Порядка или Протокола, либо показанного больному диагностического, лечебного, профилактического вмешательства. Отсутствие отказа больного от диагностических, лечебных, профилактических процедур. Имеется факт доказанного неблагоприятного исхода — инвалидизация. В соответствии с экспертным заключением, дефекты оказания медицинской помощи привели к стойкой утрате трудоспособности (инвалидизации) пациента</p>	Одновременно
3.2.5	<p>приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)</p>	<p>Необоснованное с клинической точки зрения невыполнение Федерального (Регионального) стандарта, Порядка или Протокола, либо показанного больному диагностического, лечебного, профилактического вмешательства. Отсутствие отказа больного от диагностических, лечебных, профилактических процедур. Зарегистрирован неблаго-</p>	Одновременно

		приятный исход заболевания — смерть. В соответствии с мнением эксперта, дефекты оказания медицинской помощи привели к смерти	
3.3	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий		
3.3.1	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица	Неоправданное с клинической точки зрения выполнение непоказанных больному диагностических, лечебных, профилактических процедур. Благоприятный или неблагоприятный исход. Данные дефекты не повлияли на состояние здоровья застрахованного лица и исход заболевания	Одновременно
3.3.2	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	Неоправданное с клинической точки зрения выполнение непоказанных больному диагностических, лечебных, профилактических процедур. Отсутствие отказа больного от диагностических, лечебных, профилактических процедур. Неблагоприятный исход — прогрессирование заболевания, развитие осложнений, нового заболевания, ассоциированной патологии, смерти больного	Обязательно соблюдение 4-х условий: условия 1—3 и любого из условий 4—5
		Выявленные дефекты, по мнению эксперта, привели к зафиксированному в документах ухудшению состояния здоровья застрахованного лица: прогрессирование заболевания, развитие осложнений, нового заболевания, ассоциированной патологии, смерти больного. Выявленные дефекты, по мнению эксперта, создали риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо возникновения нового заболевания (применяется при благоприятном или неизвестном исходе заболевания)	
3.4	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического	Неоправданное, с клинической точки зрения, прекращение проведения лечебных мероприятий. Отсутствие клинического эффекта либо недостаточный	Одновременно

	эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	клинический эффект. Отсутствие отказа больного от лечения. Благоприятный или неблагоприятный исход	
3.5	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения)	Наличие повторного обоснованного обращения застрахованного за амбулаторной помощью по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней. Наличие повторного обоснованного обращения застрахованного за медицинской помощью по поводу одного и того же заболевания в течение 90 дней с момента завершения стационарного лечения. Обращение за медицинской помощью не является случаем этапного лечения заболевания. Отсутствие положительной динамики в состоянии здоровья. Наличие дефектов оказания медицинской помощи при первичном оказании медицинской помощи	Обязательно соблюдение 4-х условий: условия 3—5 и любого из условий 1—2
3.6	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица	Отсутствие или несвоевременный перевод в специализированный стационар соответствующего уровня или отделение. Отсутствие или несвоевременное проведение консультаций смежных специалистов. Отсутствие рекомендаций, невыполнение предусмотренных Стандартами, Порядками и Протоколами лечения, Нарушение показанной пациенту этапности лечения заболевания. Доказанный факт удлинение сроков лечения или ухудшения состояния здоровья. Благоприятный или неблагоприятный исход	Обязательно соблюдение 3-х условий: условия 5—6 и любого из условий 1—4
3.7	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара	Подтвержденный факт госпитализации в дневной или круглосуточный стационар. Наличие показаний для оказания медицинской помощи. Отсутствие клинических показаний для круглосуточного или ежедневного наблюдения — госпитализации в дневной или круглосуточный стационар. Благоприятный или неблагоприятный исход	Одновременно



3.8	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	Подтвержденный факт госпитализации в дневной или круглосуточный стационар. Наличие показаний для оказания плановой стационарной медицинской помощи в отделении другого профиля. Отсутствие своевременного перевода больного, поступившего по неотложной помощи, в профильное отделение. Оказание медицинской помощи в непрофильном отделении. Благоприятный или неблагоприятный исход	Одновременно
3.10	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи. Больной не направлен на консультацию в другую медицинскую организацию, на госпитализацию, не определялись показания к операции	Одновременно, за исключением случаев медицинской помощи в специализированных медицинских организациях, когда больной консультирован врачами одной и той же специальности, осуществляющими различные диагностические, лечебные и профилактические мероприятия (например: стоматология, офтальмология, онкология и пр.)
3.12	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств — синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения	Подтвержденный факт необоснованного назначения лекарственных средств, при отсутствии показаний Назначение препаратов синонимов, аналогов. Необоснованное назначение препаратов антагонистов по фармакологическому действию Дефект создал риски для здоровья застрахованного лица. Любой исход — благоприятный и неблагоприятный (за исключением случаев развития нового заболевания, осложнений, ятрогенной патологии, относящихся к п. 3.11)	Обязательно соблюдение 3-х условий: условия 4—5 и любого из условий 1—3

3.13	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством	Отсутствие в первичной медицинской документации, подтверждающей патологоанатомическое вскрытие. Отсутствие в первичной медицинской документации заявления от родственников (копия) с просьбой не проводить вскрытие трупа (кроме случаев, когда проведение патологоанатомического вскрытия регламентировано в соответствии с Законом РФ № 323-ФЗ)	Одновременно
3.14	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2—3 категории	Наличие документов, подтверждающих патологоанатомическое вскрытие трупа. Наличие патологоанатомического диагноза. Наличие расхождений патологоанатомического и клинического диагноза 2—3 категории. Отсутствие объективных причин расхождения диагнозов 2 категории, указанных в экспертном заключении	Одновременно

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ****ПИСЬМО**

от 29 июня 2018 г. № 8108/30-1/и

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан как составной части государственного социального страхования.

В целях соблюдения субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании просим обратить внимание на проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в рамках договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с порядком, установленным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 N 230 (далее - Порядок). Согласно части 5 статьи 15 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон) медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

К обязанностям медицинской организации относится предоставление сведений о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимых для проведения контроля объемов, сроков и качества предоставляемой медицинской помощи (пункт 1 части 4 статьи 39 Федерального закона).

В соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» утверждение порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья (включающий порядок хранения и выдачи документов и их копий в медицинских организациях) относится к полномочиям федерального органа исполнительной власти, осуществляющего выработку государственной политики и нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения.

В соответствии с частью 8 статьи 40 Федерального закона медицинская организация не вправе препятствовать доступу экспертов к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и обязана предоставлять экспертам запрашиваемую ими информацию.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования не однократно разъяснял участникам обязательного медицинского страхования порядок работы с первичной медицинской документацией при осуществлении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

по обязательному медицинскому страхованию страховыми медицинскими организациями законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

В связи с вышеизложенным просим территориальные фонды обязательного медицинского страхования в рамках полномочий усилить контроль и обратить внимание на проведение страховыми медицинскими организациями контрольно-экспертных мероприятий и недопущение срыва организации медицинской помощи.

Председатель Н.Н.СТАДЧЕНКО

**Ковалев А. В. Порядок проведения СМЭ и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи.- М.: РЦСМЭ МЗ РФ. - 30 с.**

В соответствии с действующим законодательством, за неоказание или ненадлежащее оказание помощи больному медицинский работник может нести уголовную, гражданско-правовую, административную и дисциплинарную ответственность.

Неоказание помощи выражается в бездействии. Существует мнение, что оно может воплотиться и в частичном бездействии (непринятии всего комплекса медицинских мер, некачественном лечении и т.п.). Закон различает понятия неоказания помощи и ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК), с чем нельзя не считаться. Другое дело, что санкции ст. ст. 118 и 124 УК должным образом не скорректированы».

Последствия неоказания или ненадлежащего оказания помощи пациенту по смыслу действующего уголовного законодательства Российской Федерации следует квалифицировать в соответствии с Медицинскими критериями Квалифицирующих признаков тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти – Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В этой связи, следует изначально дать определение понятиям «бездействие» медицинского работника, «неоказание» и «ненадлежащее» оказание медицинским работником медицинской помощи пациенту.

Бездействие — более широкое понятие и включает в себя:

1) «полное» неоказание медицинской помощи пациенту, то есть собственно «неоказание помощи больному»;

2) «частичное» неоказание («неполное оказание») медицинской помощи пациенту, то есть действие не в соответствии с общепринятыми порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанными и утвержденными медицинскими профессиональными некоммерческими организациями.

Ненадлежащее оказание медицинской помощи пациенту — оказание медицинской помощи пациенту не в соответствии с общепринятыми порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанными и утвержденными медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, в том числе технические и лечебно-диагностические ошибки при оказании медицинской помощи пациенту.

Проводя судебно-медицинскую экспертизу по так называемому

«врачебному делу» экспертная комиссия в первую очередь должна анализировать соблюдение при оказании медицинской помощи пациенту порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных в соответствии с частью 2 статьи 76 ФЗ-323.

При проведении судебно-медицинской экспертизы по так называемому «врачебному делу» экспертная комиссия в обязательном порядке должна руководствоваться критериями оценки качества медицинской помощи, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти — Министерством здравоохранения Российской Федерации.

При проведении судебно-медицинских экспертиз по рассматриваемым эпизодам неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи, происшедшим до 01 июля 2017 года, следует пользоваться критериями, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (с 01 июля 2017 года приказ утрачивает силу) (далее — критерии качества).

Если экспертная комиссия рассматривает эпизоды неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи, происшедшие с 01 июля 2017 года, следует пользоваться критериями, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (с 01 июля 2017 года приказ вступает в силу).

Критерии сформированы на основе порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями [часть 2 статьи 76 ФЗ-323].

Настоящие критерии оценки качества медицинской помощи применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Критерии качества применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

Указанные критерии качества по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи подробно изложены в перечисленных выше приказах Министерства здравоохранения Российской Федерации.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава I. Законодательство РФ о качестве и дефекте медицинской помощи. ....	5стр.
Глава II. Дефекты медицинской помощи в соответствии с МКБ 10 пересмотра (МКБ-10) .....	28стр.
Глава III. Вопросы эксперту медицинской помощи для разрешения в процессе экспертной деятельности. ....	33стр.
Глава IV. Алгоритм анализа медицинской документации. ....	60стр.
А. Проверка соблюдения Правил формулировки диагнозов. ....	60стр.
Б. Дефекты оформления первичной медицинской документации патолого-анатомической службы. ....	66стр.
В. Алгоритм анализа медицинской документации: выявление дефектов оказания медицинской помощи, связанных с дефектами оформления медицинской документации. ....	67стр.
Г. Алгоритм проверки назначения лекарственных средств в стационаре. ....	71стр.
Д. Анализ информирования о порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям. ....	80стр.
Глава V. Дефекты медицинской помощи в акушерстве и гинекологии. ....	80стр.
Глава VI. Особенности судебно-медицинской экспертизы в акушерстве и акушерской реаниматологии (Л.В. Беляев, К.В. Ноздряков) .....	115стр.
Глава VII. Признание случая внутрибольничной инфекции дефектом оказания медицинской помощи. ....	126стр.
Глава VIII. Дефекты и критерии ненадлежащего качества медицинской помощи, устанавливаемые по порядкам оказания медицинской помощи. ....	140стр.
1. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания медицинской помощи женщинам в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». ....	140стр.
2. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания анестезиолого-	

реанимационной помощи в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология».	188стр.
3. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания анестезиолого-реанимационной помощи детям в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи детям по профилю «Анестезиология и реаниматология».	192стр.
4. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.	196стр.
5. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания медицинской помощи больным с ОНМК.	213стр.
6. Критерии ненадлежащего объема и качества проведения патологоанатомических вскрытий.	225стр.
7. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком.	229стр.
8. Критерии ненадлежащего объема, качества и условий оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Нейрохирургия».	230стр.
9. Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи взрослому населению по профилю «Заболевания нервной системы».	239стр.
10. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Онкология».	243стр.
11. Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи населению по профилю «Гастроэнтерология».	254стр.
12. Критерии ненадлежащего качества оказания помощи взрослому населению в соответствие с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Ревматология».	259стр.
13. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Хирургия».	263стр.
14. Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи населению по профилю «Травматология и ортопедия».	270стр.
15. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи населению	



по профилю «Неонатология» в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 921н. ....283стр.

16. Критерии ненадлежащего качества оказания помощи взрослому населению в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Терапия», утвержденным приказом МЗ РФ от 15.11.12 г. № 923н. ....296стр.

17. Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи населению по профилю «Оториноларингология» в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 905н. ....301стр.

18. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Нефрология» в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.01.12г. № 17н. ....311стр.

19. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи населению по профилю «Детская урология-андрология» в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 31 октября 2012 г. № 561н. ....319стр.

20. Критерии ненадлежащего качества оказания помощи взрослому населению в соответствие с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Эндокринология», утвержденным приказом МЗ РФ от 12.11.12 г. № 899н. ....325стр.

21. Критерии ненадлежащего качества оказания помощи детям в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи детям по профилю «Детская эндокринология», утвержденным приказом МЗ РФ от 12.11.12 г. № 908н. ....336стр.

22. Критерии ненадлежащего качества оказания помощи детям в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи детям по профилю «Ревматология», утвержденным приказом МЗ РФ от 25.10.12 г. № 441н. ....341стр.

23. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи населению по профилю «Пульмонология» в соответствие с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 916н. ....344стр.

24. Критерии ненадлежащего качества медицинской помощи населению по профилю «Торакальная хирургия» в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября

2012 г. № 898 н. ....	351стр.
25. Необходимость межведомственного консенсуса контрольно-надзорных органов по экспертизе качества медицинской помощи в сфере здравоохранения и ОМС .....	363стр.
Список литературы.....	376стр.
Приложение 1. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». ....	381стр.
Приложение 2. Приказ Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (в ред. приказов ФФОМС от 16.08.2011 № 144, от 21.07.2015 № 130). ....	387стр.
Приложение 3. Письмо Федерального фонда ОМС от 30.12.14 № 6545/30-5 «О целевых экспертизах качества медицинской помощи». ....	418стр.
Приложение 4. Средняя длительность пребывания 1-ого больного в стационаре. ...	419стр.
Приложение 5. Рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи. ....	420стр.
Приложение 6. Примерный порядок оценки обоснованности госпитализации (Извлечение из Сборника информационных материалов по вопросам совершенствования организации защиты прав застрахованных, М.: ФФОМС, 2015). ....	423стр.
Приложение 7. «Правила формулировки патологоанатомического диагноза»: Клинические рекомендации (2015) Российского общества патологоанатомов .....	429стр.
Приложение 8. «Формулировка патологоанатомического диагноза при ишемической болезни сердца (класс IX «болезни системы кровообращения» МКБ-10)»: Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов. ....	441стр.
Приложение 9. «Формулировка патологоанатомического диагноза при болезнях органов дыхания (класс X «Болезни органов дыхания» МКБ-10)»: Клинические рекомендации (2015) Российского общества патологоанатомов.....	458стр.

Приложение 10. «Принципы организации периоперационной антибиотико-профилактики (ПАП) в учреждениях здравоохранения»: Федеральные клинические рекомендации Национальной ассоциации специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НПА «НАСКИ»), 2014 .....468стр.

Приложение 11. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи, используемых при медико-экономической экспертизе, и критерии их применения в системе ОМС (Березников А.В., Александрова А.А. и Трошин А.Н., 2015) .....488стр.

Приложение 12. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи используемых при экспертизе качества медицинской помощи и критерии их применения в системе ОМС (Березников А.В., Александрова А.А. и Трошин А.Н., 2015).....492стр.

Приложение 13. Письмо Федерального фонда ОМС от 29.06.2018 г. № 8108/30-1/и .....498стр.

Приложение 14. Порядок проведения СМЭ и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи.- Ковалев А. В. М.: РЦСМЭ МЗ РФ. ....500стр.