

**Бережливое производство:  
роль экспертной деятельности СМО  
с целью повышения качества оказания  
медицинской помощи**

**Старченко А.А.**

**Ярославль  
24 октября 2017 г.**

**Бережливое производство** (от англ. *lean production, lean manufacturing* — «стройное производство») — концепция управления, основанная на постоянном стремлении к устранению всех видов потерь. Бережливое производство предполагает вовлечение в процесс оптимизации бизнеса каждого сотрудника и максимальную ориентацию на потребителя.



**Отправная точка концепции** — оценка ценности продукта для конечного потребителя — пациента, на каждом этапе его создания:

- *второй этап диспансеризации;*
- *диспансерное наблюдение по поводу имеющегося заболевания;*
- *определение рисков возникновения тяжелого летальность-определяющего синдрома или смерти;*
- *направление на консультацию и выполнение «радикального» метода лечения по поводу имеющегося хронического заболевания;*
- *преемственность в оказании медицинской помощи.*

В качестве основной задачи предполагается создание процесса непрерывного устранения потерь, то есть устранение любых действий, которые потребляют ресурсы, но не создают ценности (не являются важными) для конечного потребителя.

**В соответствии с концепцией бережливого производства, вся деятельность предприятия делится на операции и процессы:**

- **добавляющие ценность для потребителя:**
- **операции и процессы, не добавляющие ценности для потребителя.**

**ПРИМЕР: Этапы потока создающие и не создающие ценности на примере подпроцесса «обследование пациента в приёмном отделении» (Я. В. ДАНИЛЬЧЕНКО, Т. С. КОСТОМАРОВА, 2015)**

**<http://lean-kaizen.ru/article/medicine/povyshenie-effektivnosti-menedzhmenta-uchrezhdeniy-zdravoohraneniya-v-sovremennyh-usloviyah-na-osnove-principov-berezhlivogo-proizvodstva.html>**

### **Создающие ценность**

- осмотр врачом;
- сбор анамнеза;
- проведение медицинской манипуляции;
- выполнение диагностического исследования;
- интерпретация результатов диагностического исследования.

### **Не создающие ценность:**

- перемещения пациента между подразделениями;
- перемещения персонала между подразделениями;
- перемещения материала до лаборатории;
- ожидание результатов исследований;
- ожидание требуемых специалистов;
- **???? оформление медицинской документации ?????**

## **ВЗГЛЯД ЭКСПЕРТА СМО:**



### **К добавляющим ценность для потребителя следует отнести:**

- быстрое выполнение мероприятий второго этапа диспансеризации;*
- эффективная оценка тяжести состояния пациента в процессе диспансерного наблюдения;*
- эффективное определение рисков возникновения тяжелого летальность-определяющего синдрома или смерти;*
- своевременное направление на консультацию и выполнение «радикального» метода лечения по поводу имеющегося хронического заболевания;*
- эффективная преемственность в оказании медицинской помощи;*

### **К не создающим ценность для потребителя следует отнести:**

- затягивание выполнения мероприятий второго этапа диспансеризации;*
- неэффективная оценка тяжести состояния пациента в процессе диспансерного наблюдения;*
- неэффективное определение рисков возникновения тяжелого летальность-определяющего синдрома или смерти;*
- несвоевременное направление на консультацию и выполнение «радикального» метода лечения по поводу имеющегося хронического заболевания;*
- неэффективная преемственность в оказании медицинской помощи.*

## ВЗГЛЯД ЭКСПЕРТА СМО:

Задачей «бережливого производства» является планомерное сокращение процессов и операций, не добавляющих ценности.



### Оценка

#### ВЫДЕЛЕНА ВОСЕМЬ ВИДОВ ПОТЕРЬ:

##### 1) потери из-за перепроизводства:

*= не определена очередность мероприятий диспансеризации второго этапа;*

*= неэффективная преемственность в направлении на плановые госпитализации;*

##### 2) потери времени из-за ожидания:

*= несвоевременное выполнение мероприятий второго этапа диспансеризации;*

*= несвоевременное направление на консультацию и выполнение «радикального» метода лечения по поводу имеющегося хронического заболевания;*

##### 3) потери при ненужной транспортировке:

*= неэффективная преемственность в направлении на плановые госпитализации;*

##### 4) потери из-за лишних этапов обработки:

*= неэффективная преемственность в направлении на плановые госпитализации;*

*= неэффективная преемственность в направлении на внутриполиклинические консультации;*

## **ВЫДЕЛЕНА ВОСЕМЬ ВИДОВ ПОТЕРЬ:**

### **5) потери из-за лишних запасов:**

*= не определена очередность мероприятий диспансеризации второго этапа;*

*= неэффективная преемственность в направлении на плановые госпитализации;*

*= неэффективная преемственность при внутриполиклинических консультациях;*

### **6) потери из-за ненужных перемещений:**

*= неэффективная преемственность в направлении на плановые госпитализации;*

*= неэффективная преемственность в направлении на внутриполиклинические консультации;*

### **7) потери из-за выпуска дефектной продукции:**

*= дефекты второго этапа диспансеризации;*

*= дефекты диспансерного наблюдения по поводу имеющегося заболевания;*

*= дефекты определения рисков возникновения тяжелого летальность-определяющего синдрома или смерти;*

*= дефекты в преемственности в оказании медицинской помощи;*

### **8) нереализованный творческий потенциал сотрудников –**

*= отсутствие возможности знакомства и изучения требований нормативных документов;*

*= отсутствие возможности знакомства и изучения требований клинических протоколов;*

*= отсутствие возможности знакомства и изучения требований Карты дефектов медицинской помощи.*



## «Бережливая поликлиника» и диспансеризация населения: экономика страны»



Одним из направлений деятельности в рамках проектов «Бережливая поликлиника» заявлены в том числе «... - организация профосмотров и диспансеризации на принципах непрерывного потока пациентов с соблюдением нормативов времени приема 1-го пациента».

Однако организация и объем/качество проведения диспансеризации «интересны» и с другой точки зрения: **с точки зрения сбережения ресурсов системы здравоохранения**, в том числе и каждой конкретной медицинской организации (поликлиники) при своевременном выявлении рисков заболеваний или заболеваний на их начальной стадии.



**Экономическая эффективность здравоохранения** определяется не только величиной экономического ущерба от тех или иных случаев заболеваемости, инвалидности, нетрудоспособности, связанной с социальными причинами, но и **уменьшением этого ущерба в результате проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на уменьшение/ликвидацию заболеваемости и смертности** (своевременного выявления заболеваний, внедрения новых методов диагностики и лечения, повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала и т. д.).

Это так называемый **предотвращенный экономический ущерб**, который складывается из уменьшения случаев и длительности временной и стойкой нетрудоспособности, смертности, а также уменьшения затрат на медицинскую помощь.

# **ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ТЕМАТИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ СМО В ПРОЕКТЕ «БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО»**



- 1. Сбережение жизни, здоровья и времени пациентов: «Второй этап диспансеризации: объемы и критерии исполнения»**
- 2. Сбережение жизни и здоровья пациентов: «Диспансерное наблюдение по поводу имеющегося заболевания: объемы и критерии исполнения»**
- 3. Сбережение жизни и здоровья пациентов: «Определение рисков возникновения тяжелого летальность-определяющего синдрома или смерти»**
- 4. Сбережение жизни и здоровья пациентов: «Контроль направления на консультацию и выполнение «радикального» метода лечения по поводу имеющегося хронического заболевания;**
- 5. Сбережение жизни, здоровья и времени пациентов: «Контроль преемственности в оказании медицинской помощи».**



## Тематические экспертизы по случаям диспансеризации взрослого населения



При рассмотрении вопроса о выборе тематики для ЭКМП в пользу диспансеризации взрослого населения (ДВН) для СМО немаловажным аргументом является величина тарифа – тариф законченного случая ДВН существенно превышает тариф «простых» посещения или обращения в АПУ, что позволяет при выявлении нарушений/дефектов КМП получить доход в РВД.

Кроме этого, проведение ДВН достаточно четко и однозначно отрегулировано приказом Минздрава России от 03.02.2015 N 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», что позволяет выработать понятные всем участникам системы ОМС и измеряемые критерии для проведения ЭКМП/МЭЭ (далее).

В качестве примера данной тематики можно предложить: «Эффективность проведения 2 этапа диспансеризации», «Преимственность при проведении этапов диспансеризации» и т.д.

По результатам внедрения проекта «Бережливая поликлиника» в пилотных регионах РФ (Ярославль, Калининград, Севастополь) принято, что первое проведение тематических экспертиз организуется **до начала реализации в МО мероприятий по проекту, повторное на эту же тему через 6 месяцев после старта реализации мероприятий по проекту.**

Таким образом, проведение тематических экспертиз в динамике по случаям диспансеризации взрослого населения с большой вероятностью позволит продемонстрировать изменение ситуации в части объема, качества и эффективности ДВН в лучшую сторону.

# ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ТЕМАТИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ СМО В ПРОЕКТЕ «БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО»



## 1. Сбережение жизни, здоровья и времени пациентов:

### «Второй этап диспансеризации: объемы и критерии исполнения»

#### ОСНОВАНИЕ - НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ:

в соответствии с приказом Минздрава России от 03.02.2015 г. №36ан (ред. от 09.12.2016) «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрировано в Минюсте России 27.02.2015 N 36268) второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования.

Перечень необходимых/обязательных исследований/консультаций согласно 2-ому этапу диспансеризации по целевым группам населения следующий:

	<b>Выявленный по результатам 1 этапа ДВН критерий</b>	<b>Обязательный перечень исследований/консультаций</b>	<b>Целевая группа</b>	<b>Не выполнение требования гр. 1,2,3 – дефект:</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>1.</b>	наличие указания или подозрения на ранее перенесенное ОНМК по результатам анкетирования	дуплексное сканирование брахицефальных артерий	для всех лиц из данной категории	<b>3.2.3</b>
<b>2.</b>	наличие комбинации 3-х факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний: - повышенный уровень АД, - дислипидемия, - избыточная масса тела или ожирение	дуплексное сканирование брахицефальных артерий	для мужчин в возрасте от 45 лет и старше и женщин в возрасте старше 55 лет	<b>3.2.3</b>
<b>3.</b>	наличие по результатам анкетирования жалоб, свидетельствующих о возможном онкологическом заболевании верхних отделов желудочно-кишечного тракта	эзофагогастродуоденоскопия	для всех лиц из данной категории	<b>3.2.3</b>
<b>4.</b>	отягощенная наследственность по онкологическим заболеваниям органов желудочно-кишечного тракта (наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественных новообразований)	эзофагогастродуоденоскопия	для лиц в возрасте старше 50 лет	<b>3.2.3</b>
<b>5.</b>	наличие указания или подозрения на ранее перенесенное ОНМК по результатам анкетирования у граждан, не находящихся под диспансерным наблюдением по данному поводу	осмотр (консультация) врача-невролога	для всех лиц из данной категории	<b>3.2.3</b>
<b>6.</b>	первичное выявление нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрения на депрессию	осмотр (консультация) врача-невролога	у граждан в возрасте 75 лет и старше	<b>3.2.3</b>
<b>7.</b>	впервые выявленные по результатам анкетирования признаки патологии мочеполовой системы или отягощенная наследственность по онкологическим заболеваниям предстательной железы	осмотр (консультация) врача-хирурга или врача-уролога	для мужчин в возрасте от 42 до 69 лет	<b>3.2.3</b>
<b>8.</b>	подозрение на онкологическое заболевание предстательной железы по результатам УЗИ	осмотр (консультация) врача-хирурга или врача-уролога	для мужчин вне зависимости от возраста	<b>3.2.3</b>
<b>9.</b>	положительный анализ кала на скрытую кровь	осмотр (консультация) врача-хирурга или врача-колопроктолога	для всех лиц из данной категории	<b>3.2.3</b>

	<b>Выявленный по результатам 1 этапа ДВН критерий</b>	<b>Обязательный перечень исследований/консультаций</b>	<b>Целевая группа</b>	<b>Не выполнение требования гр. 1,2,3 – дефект:</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>10.</b>	отягощенная наследственность по семейному полипозу, онкологическим заболеваниям колоректальной области	осмотр (консультация) врача-хирурга или врача-колопроктолога	для граждан в возрасте 45 лет и старше	<b>3.2.3</b>
<b>11.</b>	выявление симптомов онкологических заболеваний колоректальной области - по назначению врача-терапевта, врача-уролога, врача-акушера-гинеколога	осмотр (консультация) врача-хирурга или врача-колопроктолога	для всех лиц из данной категории	<b>3.2.3</b>
<b>12.</b>	подозрение на онкологическое заболевание толстой кишки - по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога	колоноскопия или ректороманоскопия	для всех лиц из данной категории	<b>3.2.3</b>
<b>13.</b>	выявление повышения уровня общего холестерина в крови (общий холестерин 5 ммоль/л и более).	определение липидного спектра крови	для лиц с выявленным повышением уровня общего холестерина в крови	<b>3.2.3</b>
<b>14.</b>	подозрение на хроническое бронхо-легочное заболевание по результатам анкетирования, курящие лица и по направлению врача-терапевта	спирометрия	для всех лиц из данной категории	<b>3.2.3</b>
<b>15.</b>	выявление патологических изменений по результатам цитологического исследования мазка с шейки матки и (или) маммографии, УЗИ матки и яичников	осмотр (консультация) врача-акушера-гинеколога	все женщины данной категории	<b>3.2.3</b>
<b>16.</b>	выявление повышения уровня глюкозы в крови (уровень глюкозы плазмы натощак 6,1 ммоль/л и более).	определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе	для всех лиц из данной категории	<b>3.2.3</b>
<b>17.</b>	наличие медицинских показаний по результатам анкетирования или осмотра врача-терапевта	осмотр (консультация) врача-оториноларинголога	для лиц в возрасте 75 лет и старше	<b>3.2.3</b>
<b>18.</b>	подозрение на онкологическое заболевание предстательной железы по результатам опроса, осмотра, пальцевого исследования или УЗИ предстательной железы - по назначению врача-хирурга или врача-уролога	анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена	все мужчины данной категории	<b>3.2.3</b>
<b>19.</b>	повышенное внутриглазное давление	осмотр (консультация) врача-офтальмолога	для лиц в возрасте 39 лет и старше	<b>3.2.3</b>
<b>20.</b>	снижение остроты зрения, не поддающееся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования	осмотр (консультация) врача-офтальмолога	для лиц в возрасте 75 лет и старше	<b>3.2.3</b>

	Выявленный по результатам 1 этапа ДВН критерий	Обязательный перечень исследований/консультаций	Целевая группа	Не выполнение требования гр. 1,2,3 – дефект:
	1	2	3	4
<b>21.</b>	наличие факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний при наличии указанных заболеваний или наличие высокого и очень высокого абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска	индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте)	для всех лиц данной категории	<b>3.2.3</b>
<b>22.</b>	вне зависимости от критерия	прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы состояния здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), а также направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение	для всех лиц, прошедших 2-ой этап диспансеризации	<b>3.2.3</b>

Таким образом, не выполнение или выполнение не в полном объеме предусмотренных Порядком дополнительных исследований/консультаций в рамках 2-го этапа диспансеризации (таблица)



влечет создание риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, либо риска возникновения нового заболевания, что, в свою очередь, влечет за собой риски усугубления и необратимости патологических процессов, и, как следствие, более существенные затраты на организацию и оказание медицинской помощи и нерациональное использование ресурсов системы здравоохранения.

**Основными задачами врача-терапевта при проведении диспансеризации, контролируемые СМО являются:**

- проведение медицинского осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации,
- установление диагноза заболевания (состояния),
- определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 42 до 65 лет,
- определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов),
- назначение необходимого лечения,
- при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение,
- проведение краткого профилактического консультирования, включающего рекомендации по здоровому питанию, по уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя,
- направление граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья, а также фельдшерский здравпункт или фельдшерско-акушерский пункт для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска.

**Прием (осмотр) врача-терапевта, завершающий 2 этап диспансеризации  
в обязательном порядке должен включать:**

- 1) установление (уточнение) диагноза,**
- 2) определение (уточнение) группы состояния здоровья,**
- 3) определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов),**
- 4) направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.**

Таким образом, являться дефектом оказания медицинской помощи

при проведении 2-ого этапа диспансеризации взрослого населения (ДВН) будет:



- не выполнение требований Перечня исследований\консультаций 2-ого этапа ДВН (табл.);
- не проведение врачом-терапевтом медицинского осмотра пациента по итогам второго этапа ДВН;
- отсутствие полноценного диагноза заболевания (состояния),
- отсутствие определения/уточнения относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 42 до 65 лет,
- отсутствие определения группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов),
- не назначение необходимого лечения или назначение не адекватного лечения,
- при наличии медицинских показаний не направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение,
- не проведение краткого профилактического консультирования, включающего рекомендации по здоровому питанию, по уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя,
- отсутствие направления граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья, а также фельдшерский здравпункт или фельдшерско-акушерский пункт для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска.



**В ПРОЕКТЕ «БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО»**

---

**2. Сбережение жизни и здоровья пациентов: «Диспансерное наблюдение по поводу имеющегося заболевания: объемы и критерии исполнения»**

**ОСНОВАНИЕ:** Приказ Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782н "Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30.12.2008, регистрационный N 13055) с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 N 1687н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 15.03.2012, регистрационный N 23490).

## Требование об обязательном выполнении

## Нормативный документ

1. "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" - форма N 025/у - должна содержать информацию о диспансерном наблюдении: диагноз, (обязательно по МКБ-10), дата начала диспансерного наблюдения, дата прекращения диспансерного наблюдения. Группу здоровья.

Приказ МЗ РФ от 15.12.2014г. № 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению". Приложение №1, пункты 12,24.

2. В Медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях обязательно должны указываться сведения о проведенных госпитализациях.

Приказ МЗ РФ от 15.12.2014г. № 834н. Приложение № 1 , пункт 30

3. В Медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях обязательно должны указываться сведения о проведенных в амбулаторных условиях оперативных вмешательствах.

Приказ МЗ РФ от 15.12.2014г. № 834н. Приложение № 1 , пункт 31

4. В Медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях обязательно должны указываться сведения о полученных дозах облучения при рентгеновских исследованиях.

Приказ МЗ РФ от 15.12.2014г. № 834н. Приложение № 1 , пункт 32

## Требование об обязательном выполнении

## Нормативный документ

5. В АПП должна быть обязательно учетная форма N 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения" , в которой обязательно указываются даты назначенных и фактических посещений в соответствии с индивидуальным планом диспансерного наблюдения, а также все назначенные и проведенные лечебно-профилактические мероприятия (например, консультации, обследования, госпитализации, санаторно-курортное лечение, рекомендации по трудоустройству, установление инвалидности).

Приказ МЗ РФ от 15.12.2014г. № 834н. Приложение № 5, пункт 16,19. Приложение № 6, пункты 7.9, 7.12

6. В Медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях должны быть этапный эпикриз, сведения о консультации заведующего отделением медицинской организации, заключение врачебной комиссии, а также эпикриз в случае выбытия из района обслуживания медицинской организации или в случае смерти (посмертный эпикриз).

Приказ МЗ РФ от 15.12.2014г. № 834н. Приложение № 2, пункт 11.16, 11.20.

В случае смерти пациента(ки) оформляется посмертный эпикриз, в котором отражаются все перенесенные заболевания, травмы, операции, выставляется посмертный заключительный рубрифицированный (разбитый на разделы) диагноз; указывается серия, номер и дата выдачи учетной формы "Медицинское свидетельство о смерти" "1", а также указываются все записанные в нем причины смерти.

Приказ Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782н "Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30.12.2008, регистрационный N 13055) с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 N 1687н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 15.03.2012, регистрационный N 23490).

Наименование медицинской организации Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_



Медицинская документация

Адрес Учетная форма N 030/у

Утверждена приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. N 834н

**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА**

**ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ N \_\_\_\_\_**

1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: \_\_\_\_\_ Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_
2. Дата заполнения карты: число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_
3. Специальность врача \_\_\_\_\_ 4. ФИО врача \_\_\_\_\_
5. Дата установления диагноза \_\_\_\_\_ 6. Диагноз установлен: впервые - 1, повторно - 2.
7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением - 1, профилактическом осмотре - 2.
8. Дата начала диспансерного наблюдения \_\_\_\_\_
9. Дата прекращения диспансерного наблюдения \_\_\_\_\_
10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление - 1, выбытие из района обслуживания - 2, смерть - 3.
11. Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_
12. Пол: муж. - 1, жен. - 2 13. Дата рождения: число \_\_ месяц \_\_\_\_ год \_\_\_\_
14. Место регистрации: субъект РФ \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_  
улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_
15. Код категории льготы \_\_\_\_\_
16. Контроль посещений:

## 16. Контроль посещений:

Даты посещений

Назначено явиться

Явился(-лась)

Дата

**17. Сведения об изменении диагноза**

Формулировка диагноза

**18. Сопутствующие заболевания**

Код по МКБ-10

ФИО врача

№  
п/п

**19. Лечебно-профилактические мероприятия**

Дата  
начала

Дата  
окончания

Отметка о  
выполнении

ФИО врача

Приложение № 6 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н

**ПОРЯДОК ЗАПОЛНЕНИЯ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 030/У "КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ"**

**Отсутствие протоколов диспансерных осмотров и/или констатации в них обоснованности отказа от консультаций у врачей специалистов (приказ МЗ РФ от 21.12.12 г. № 1344н) :**



N	Заболевание (состояние), по поводу которого проводится диспансерное наблюдение	Периодичность осмотров	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
1.	Хроническая ишемическая болезнь сердца без жизнеугрожающих нарушений ритма, ХСН не более II функционального класса	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
2.	Состояние после перенесенного инфаркта миокарда по прошествии более 12 месяцев, при отсутствии стенокардии или при наличии стенокардии I-II функционального класса со стабильным течением, ХСН не более II функционального класса	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
3.	Стенокардия напряжения I-II функционального класса со стабильным течением у лиц трудоспособного возраста	2 - 4 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
4.	Стенокардия напряжения I-IV функционального класса со стабильным течением у лиц пенсионного возраста	2 - 4 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
5.	Артериальная гипертония 1-3 степени у лиц с контролируемым артериальным давлением на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
7.	Состояние после перенесенного неосложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии 6 месяцев от даты операции	2 раза в течение первых 6 месяцев, далее - 1 - 2 раза в год	По рекомендации врача-кардиолога, врача -сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярным диагностике и лечению	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога, врача -сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярным диагностике и лечению по медицинским показаниям

N	<b>Заболевание (состояние), по поводу которого проводится диспансерное наблюдение</b>	<b>Периодичность осмотров</b>	<b>Длительность диспансерного наблюдения</b>	<b>Примечания</b>
8.	Состояние после перенесенного осложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии более 12 месяцев от даты операции	2 раза в течение первых 6 месяцев, далее - 2 раза в год	По рекомендации врача-кардиолога, врача -сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярным диагностике и лечению	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога, врача -сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярным диагностике и лечению по медицинским показаниям
9.	ХСН I-III функционального класса, стабильное состояние	1 - 2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога по медицинским показаниям
34	Последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после острого периода	1 - 2 раза в 6 месяцев	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога 1-2 раза в год
38	Стеноз внутренней сонной артерии от 40 до 70%	2 раза в год	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача - сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярным диагностике и лечению (при стенозе внутренней сонной артерии 70 % и более)

# ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ТЕМАТИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ СМО В ПРОЕКТЕ «БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО»



## 3. Сбережение жизни и здоровья пациентов:

### «Определение рисков возникновения тяжелого летальность-определяющего синдрома или смерти»

ПИСЬМО МЗ РФ от 29 августа 2013 г. N 14-2/10/2-6432 Методические рекомендации "Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения"

#### Приложение N 10 «СУММАРНЫЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК, (ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ)»

Оценка абсолютного риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни (суммарный сердечно-сосудистый риск) производится при помощи Европейской шкалы SCORE, предназначенной для стран очень высокого риска, к которым относится и РФ.

**К фатальным сердечно-сосудистым осложнениям (событиям) относятся:** смерть от инфаркта миокарда, других форм ишемической болезни сердца (ИБС), от инсульта, в том числе скоропостижная смерть и смерть в пределах 24 часов после появления симптомов, смерть от других некоронарогенных сердечно-сосудистых заболеваний, за исключением определенно неатеросклеротических причин смерти.

Шкала SCORE не используется у пациентов с доказанными сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза (ИБС, цереброваскулярные болезни, аневризма аорты, атеросклероз периферических артерий), сахарным диабетом I и II типа с поражением органов-мишеней, хроническими болезнями почек, у лиц с очень высокими уровнями отдельных факторов риска, граждан в возрасте старше 65 лет (данные группы лиц имеют наивысшую степень суммарного 10-летнего сердечно-сосудистого риска) и граждан в возрасте до 40 лет, так как вне зависимости от наличия факторов риска (за исключением очень высоких уровней отдельных факторов) они имеют низкий абсолютный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни.



## Методика определения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE



1. Выбор части шкалы, которая соответствует полу, возрасту и статусу курения пациента.
2. Далее следует найти клетку, наиболее соответствующую индивидуальному уровню измеренного систолического артериального давления (АД мм рт. ст.) и общего холестерина (ммоль/л).
3. Число, указанное в клетке, показывает 10-летний суммарный сердечно-сосудистый риск данного пациента.

Например, если пациент 55 лет, курит в настоящее время, имеет систолическое АД 145 мм рт. ст. и уровень общего холестерина 6,8 ммоль/л, то его риск равен 9% (на рис. 1 цифра 9 размещена в окружности белого цвета).

Суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE менее 1% считается низким.

Суммарный сердечно-сосудистый риск, находящийся в диапазоне от 1 до 5%, считается средним или умеренно повышенным.

Суммарный сердечно-сосудистый риск, находящийся в диапазоне от 5% до 10%, считается высоким.

Суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE 10% считается очень высоким.

Шкалу SCORE можно использовать и для ориентировочной оценки общего числа (фатальных + нефатальных) сердечно-сосудистых событий (осложнений) в предстоящие 10 лет жизни - оно будет примерно в три раза выше, чем число, полученное по шкале SCORE при оценке только фатальных сердечно-сосудистых событий (осложнений).

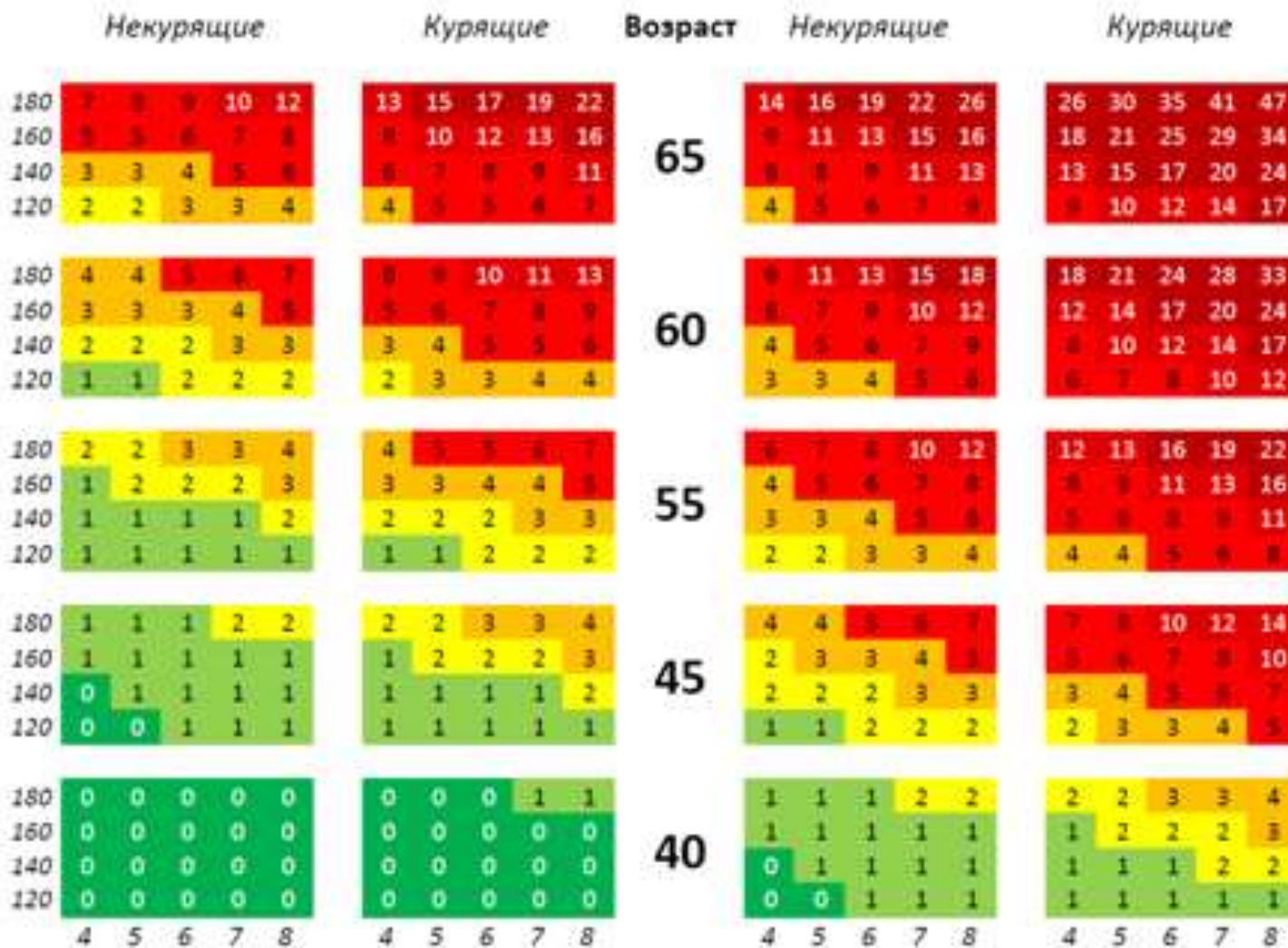
**ПРОВЕРЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ СУММАРНОГО сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE**

## Женщины

## Мужчины



Систолическое артериальное давление (мм рт. ст.)



Общий холестерин (ммоль/л)

## Методика определения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE



Суммарный сердечно-сосудистый риск может быть выше, чем определяется по шкале SCORE и шкале относительного риска, в следующих случаях:

- у людей с низкой физической активностью (сидячей работой) и центральным ожирением (избыточная масса тела в большей степени увеличивает риск у молодых людей, чем у пожилых пациентов);
- у социально обездоленных лиц;
- у лиц с сахарным диабетом: шкалу SCORE следует использовать только у пациентов с сахарным диабетом 1 типа без поражения органов-мишеней (риск возрастает с увеличением концентрации сахара в крови);
- у лиц с низким уровнем холестерина липопротеинов высокой плотности, с повышенным содержанием триглицеридов, фибриногена, аполипопротеина В (апоВ) и липопротеина (а) [Lp(a)], особенно в сочетании с семейной гиперхолестеринемией;
- у лиц без клинических проявлений недостаточности мозгового кровообращения, но с доказанным атеросклеротическим поражением сонных артерий;
- у лиц с умеренной и тяжелой хронической болезнью почек [скорость клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 mL/min/1,73 м<sup>2</sup>];
- у лиц с семейным анамнезом преждевременного (раннего) развития сердечно-сосудистых заболеваний у ближайших родственников.

**ПРОВЕРЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ КОРРЕКЦИИ СУММАРНОГО сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE**

## Технология использования шкалы SCORE:

### Степени кардиоваскулярного риска с учетом дополнительных факторов ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК

Доказанный атеросклероз любой локализации (коронарография, мультиспиральная компьютерная томография и др., перенесенные ИМ, транслюминальная баллонная ангиопластика, аорто-коронарное шунтирование, мозговой инсульт, периферический атеросклероз)

СД II и I типа с поражением органов-мишеней (микроальбуминурией)

Хроническая болезнь почек (СКФ < 60 мл/мин./1,73 м<sup>2</sup>)

Риск SCORE  $\geq 10\%$

### ВЫСОКИЙ РИСК

Значительно повышенные уровни отдельных факторов риска, например АГ высокой степени тяжести или семейная дислипидемия

Риск SCORE  $\geq 5\%$  и  $< 10\%$

### УМЕРЕННЫЙ РИСК

Риск SCORE  $\geq 1\%$  и  $< 5\%$

### НИЗКИЙ РИСК

Риск SCORE  $< 1\%$

# Клинические рекомендации «Стабильная ишемическая болезнь сердца», 2016



## МКБ 10: I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9

<b>Низкий риск</b> (ежегодная смертность <1%)	<b>Умеренный риск</b> (ежегодная смертность 1-3%)	<b>Высокий риск</b> (ежегодная смертность >3%)
Нормальная сократимость миокарда по данным стресс- <b>ЭхоКГ</b> . Либо исходные участки локального гипокинеза не увеличиваются при нагрузке (сочетание этого признака с выраженной дисфункцией ЛЖ в покое (ФВЛЖ <35%) переводят пациента из группы низкого риска в группу высокого риска.)	При нагрузке индуцируется <b>дефект перфузии миокарда</b> умеренной величины без сопутствующей дилатации ЛЖ и без увеличения поглощения индикатора легкими	Тяжелая дисфункция ЛЖ при нагрузке ( <b>ФВЛЖ&lt;35%</b> )
-	При <b>стресс-ЭхоКГ</b> с фармакологической нагрузкой нарушение локальной сократимости ЛЖ вызывается только большими дозами препарата и распространяется не более, чем на 2 сегмента	Крупный <b>дефект перфузии</b> при нагрузке (особенно в передней стенке ЛЖ)
-	-	Множественные умеренные <b>дефекты перфузии</b> миокарда при нагрузке
-	-	Крупный необратимый <b>дефект перфузии</b> миокарда в сочетании с послестрессовой дилатацией ЛЖ или увеличением поглощения индикатора легочной тканью
-	-	При <b>стресс-ЭхоКГ</b> — нарушение локальной сократимости в >2 сегментах на фоне введения низких доз фармакологического препарата или при низкой ЧСС (<120/мин)
-	-	<b>Распространенный гипокинез</b> по данным <b>стресс-ЭхоКГ</b> с использованием иных методов нагрузки

## Прогностический индекс ИБС по данным коронароангиографии (при медикаментозном лечении)



Распространенность атеросклероза и степень стенозирования коронарной артерии (КА) (% стенозирования)	5-летняя выживаемость (%)
Поражение 1 КА (75%)	93
Поражение >1 КА (50—74%)	93
Поражение 1 КА (>95%)	91
Поражение 2 КА	88
Поражение 2 КА (оба стеноза >95%)	86
Поражение 1 КА, стеноз в проксимальном отделе ПНА >95%	83
Поражение 2 КА, стеноз ПНА >95%	83
Поражение 2 КА, стеноз в проксимальном отделе ПНА >95%	79
Поражение 3 КА	79
Поражение 3 КА, один из стенозов >95%	73
Поражение 3 КА, стеноз в проксимальном отделе ПНА 75%	67
Поражение 3 КА, стеноз в проксимальном отделе ПНА >95%	59



### 4. Сбережение жизни и здоровья пациентов: «Контроль направления на консультацию и выполнение «радикального» метода лечения по поводу имеющегося хронического заболевания»

I. Клиническими рекомендациями «Стабильная ишемическая болезнь сердца» МКБ 10: I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9 (Российское кардиологическое общество, Национальное общество по изучению атеросклероза, Национальное общество по атеротромбозу, 2016) предусмотрено: при «выявлении, по данным мониторинга ЭКГ, суммарной продолжительности ишемии миокарда >60 мин в сутки служит веским основанием для направления пациента на коронароангиографию (КАГ) и последующую реваскуляризацию миокарда, поскольку говорит о тяжелом поражении коронарной артерии».

*«При недостаточно эффективной оптимальной медикаментозной терапии рекомендуется направить больного на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу для определения возможной реваскуляризации миокарда (ПАС)». Российские рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) «Диагностика и лечение стабильной стенокардии» (Российский национальный конгресс кардиологов (Москва, 2008): «Антиангинальную терапию считают эффективной, если удается стенокардию устранить полностью или перевести больного из более высокого ФК в I ФК при сохранении хорошего качества жизни».*

#### **Критерии отсутствия преемственности АПП при наличии диагноза Стабильная стенокардия:**

1. Отсутствие назначения и/или результатов мониторинга ЭКГ.
2. Отсутствие эпикриза с учетом суммарной продолжительности ишемии миокарда в минутах, по данным мониторинга ЭКГ, более 60 минут.
3. Отсутствие направления на консультацию к специалисту по эндоваскулярным вмешательствам или кардиохирургу на предмет выполнения КАГ или реваскуляризации при суммарной продолжительности ишемии миокарда >60 минут, по данным мониторинга ЭКГ.
4. Отсутствие в формулировке диагноза функционального класса стабильной стенокардии.
5. Отсутствие контроля за изменением (определением) функционального класса после 3 месяцев антиангинальной терапии.
6. Отсутствие направления на консультацию сердечно-сосудистому хирургу к специалисту по эндоваскулярным вмешательствам на предмет выполнения КАГ или реваскуляризации при отсутствии перехода пациента из более высокого ФК в I ФК в течение 3 месяцев антиангинальной терапии.

## II. Клиническими рекомендациями «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых» (МКБ 10: I63, G45, G46), 2015 предусмотрено:



«Рекомендуется операция КЭАЭ пациентам с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий 70 - 99% на базе центров с показателями периоперационных осложнений менее 6%» - рекомендуется каротидная эндартерэктомия симптомной артерии в течение 6 месяцев от момента ОНМК (при стенозе 70 - 99% диаметра ВСА гомолатеральному инфаркту или ТИА). Рекомендовано как можно более раннее выполнение операций КЭАЭ после ишемического события, в идеале – в течение первых двух недель. Каротидная эндартерэктомия симптомной артерии может быть проведена при умеренной степени (50 - 69% диаметра) стеноза ВСА при отсутствии выраженных сочетанных заболеваний, наличии дополнительных факторов риска, например, у мужчин.

Национальными рекомендациями по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий (председатель Профильной комиссии по сердечно-сосудистой хирургии Экспертного совета Минздрава РФ: академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия) предусмотрены показания к проведению ультразвукового дуплексного сканирования у бессимптомных пациентов с диагностированным или подозреваемым стенозом сонных артерий.

1. У бессимптомных больных с подозрением на наличие стеноза сонных артерий рекомендуется выполнение ультразвукового дуплексного сканирования (УДС) в качестве начального диагностического теста для выявления гемодинамически значимого стеноза сонных артерий.
2. Выполнение ультразвукового дуплексного сканирования для выявления гемодинамически значимого стеноза сонных артерий целесообразно у неврологически бессимптомных пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, ишемической болезнью сердца или аневризмой аорты.
4. Целесообразно ежегодно повторять ультразвуковое дуплексное сканирование для оценки прогрессирования или регресса заболевания у пациентов с атеросклерозом, у которых ранее был выявлен стеноз более 50%. (уровень доказательности С).
5. Выполнение ультразвукового дуплексного сканирования целесообразно у неврологически бессимптомных пациентов, старше 50 лет у которых имеются два или более из следующих факторов риска: артериальная гипертензия, гиперлипидемия, курение, семейный анамнез среди ближайших родственников со случаями проявления атеросклероза в возрасте до 60 лет, или случаев ишемического инсульта в семейном анамнезе. (уровень доказательности С).



**5. Сбережение жизни, здоровья и времени пациентов: «Контроль преемственности в оказании медицинской помощи».**



**I. Критерии отсутствия преемственности АПШ при наличии в анамнезе диагноза ОНМК, ТИА (I63, G45, G46;G69, G70.9):**

- 1. Отсутствие направления пациента с ОНМК в анамнезе и/или признаками ТИА в анамнезе на консультацию к сердечно-сосудистому хирургу или интервенционному эндоваскулярному специалисту для определения степени стеноза сонных артерий.**
- 2. Отсутствие направления и/или результатов (через срок указанный в ПГГ) на ультразвуковое дуплексное сканирование пациента с признаками ТИА в анамнезе.**
- 3. Отсутствие учета степени стеноза (в %) внутренней сонной артерии, гомолатеральной признакам ТИА или ОНМК в анамнезе.**
- 4. Отсутствие направления и/или результатов (через срок указанный в ПГГ) ультразвукового дуплексного сканирования сонных артерий при наличии у пациента облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей, ишемическая болезни сердца или аневризмы аорты, шума, аускультативно выслушиваемого над сонными артериями.**
- 5. Отсутствие в протоколах осмотров диспансерного учета больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями данных о наличии или отсутствии шума, аускультативно выслушиваемого над сонными артериями.**
- 6. Отсутствие в данных протоколах осмотров диспансерного учета указания на наличие факторов риска: артериальная гипертензия, гиперлипидемия, курение, семейный анамнез среди ближайших родственников со случаями проявления атеросклероза в возрасте до 60 лет, или случаев ишемического инсульта в семейном анамнезе.**
- 7. Отсутствие направления и/или результатов ультразвукового дуплексного сканирования сонных артерий пациента старше 50 лет при выявлении факторов риска: артериальная гипертензия, гиперлипидемия, курение, семейный анамнез среди ближайших родственников со случаями проявления атеросклероза в возрасте до 60 лет, или случаев ишемического инсульта в семейном анамнезе.**
- 8. Отсутствие направления пациента с ОНМК в анамнезе и/или признаками ТИА в анамнезе на консультацию к сердечно-сосудистому хирургу или интервенционному эндоваскулярному специалисту для определения показаний каротидной ангиопластике со стентированием или - каротидной эндартерэктомии.**
- 9. Отсутствие формулировки патогенетического подтипа ишемического инсульта в анамнезе, определяющего тактику диспансерного ведения (в т.ч. инструментальные и лабораторные исследования) и перечень врачей-специалистов для консультаций: - атеротромботический инсульт; -кардиоэмболический инсульт (сердечные эмболы); - лакунарный инсульт (окклюзия артерий малого калибра); - инсульт другой известной этиологии (неатеросклеротические васкулопатии, диссекция артерии, мигрень, тромбофилии); - инсульт неизвестной этиологии.**



## II. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ: ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ

- обоснованность госпитализации в стационар;
- обоснованность лечения на дому;
- своевременность перевода в стационар.

1. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи лечению по поводу внебольничной пневмонии (ВП) **в стационарных условиях** – невыполнение требований Клинических рекомендаций Российского респираторного общества и МАКМАХ «Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике» (2006; 2007; 2009; 2010), «Национального руководства «Пульмонология»; под редакцией акад. А.Г. Чучалина (2009; 2013).

2. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи лечению по поводу внебольничной пневмонии (ВП) **в стационарных условиях** – невыполнение требований «Клинических рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых» (ТВП) Российского респираторного общества (РРО) и Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ) (2014)

3. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи лечению по поводу внебольничной пневмонии (ВП) **в стационарных условиях** – невыполнение требований Федерации анестезиологов и реаниматологов России (ФАР), РРО «Интенсивная терапия в пульмонологии» (Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., 2014; Кассиль В.Л. «Вентиляция легких в интенсивной терапии», 2016).

4. Критерии ненадлежащего качества оказания медицинской помощи лечению по поводу внебольничной пневмонии (ВП) **в амбулаторных условиях** – невыполнение требований Клинических рекомендаций Российского респираторного общества и МАКМАХ «Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике» (2006; 2007; 2009; 2010), «Национального руководства «Пульмонология»; под редакцией акад. А.Г. Чучалина (2009; 2013).



**II. Мультидисциплинарные экспертизы – 2017: 1. ОНМК, инсульт. 2. Острый коронарный синдром.**

**3. Пневмония. 4. Рак молочной железы.**

**Исчерпывающий состав комиссии экспертов КМП  
при проведении экспертиз с мультидисциплинарным подходом**

**1. ОНМК:**

- врач-терапевт/врач общей практики (семейный врач);
- врач СМП\*;
- врач-невролог;
- врач-анестезиолог-реаниматолог;
- врач-нейрохирург.

**2. Острый коронарный синдром**

- врач-терапевт/врач общей практики (семейный врач);
- врач-кардиолог,
- врач сердечно-сосудистый хирург,
- врач по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению;
- врач СМП\*;
- врач-анестезиолог-реаниматолог.

---

\* - при необходимости включения, по запросу.



**II. Мультидисциплинарные экспертизы – 2017: 1. ОНМК, инсульт. 2. Острый коронарный синдром.**

**3. Пневмония. 4. Рак молочной железы.**

---

**Исчерпывающий состав комиссии экспертов КМП  
при проведении экспертиз с мультидисциплинарным подходом**

**4. Пневмонии:**

- врач-пульмонолог,
- врач-терапевт/врач общей практики (семейный врач) / врач-педиатр,
- врач СМП\*;
- врач-анестезиолог-реаниматолог;
- врач-хирург/ врач-детский хирург\*.

**5. Рак молочной железы (РМЖ):**

- врач-терапевт/врач общей практики (семейный врач);
- врачи-специалисты (акушер-гинеколог, эндокринолог и т.д.)\*;
- врач-онколог;
- врач-радиотерапевт;
- врач-анестезиолог-реаниматолог.

---

\* - при необходимости включения, по запросу.

