

# Требования законодательства об охране здоровья граждан к экспертизе медицинской помощи



**Алексей СТАРЧЕНКО,**  
заместитель генерального директора  
ООО «Росгосстрах-медицина»,  
член Общественного совета  
Минздрава России,  
сопредседатель комитета по независимой  
экспертизе качества медицинской помощи  
и дефектов медицинской помощи  
НП «Национальная медицинская палата»,  
доктор медицинских наук,  
профессор

## Обязательная составляющая

Часть 3 ст. 64 Закона РФ № 323-ФЗ прямо указывает на необходимость и возможность использования положений о качестве медицинской помощи в системе ОМС уже с 1 января 2012 года. Закон РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» при этом не содержит стандартов, норм и правил оказания медицинской помощи, а имеет лишь упоминание о них в ч. 4 ст. 35 «Базовая программа обязательного медицинского страхования». Косвенно упомянуты стандарты медицинской помощи в ч. 4 ст. 44 Закона РФ № 326-ФЗ. Основополагающая же для экспертной деятельности в системе ОМС ст. 40 Закона РФ № 326-ФЗ, регулирующая организацию контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, вообще не содержит упоминания о стандартах оказания медицинской помощи, при этом она содержит определения медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП).

Опыт экспертной работы в системе ОМС, в том числе вступившие в силу приговоры и постановления судов РФ, показывают, что 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,

немыслимы без сопоставления оказанной медицинской помощи с требованиями стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных в предыдущее десятилетие нормативными актами федерального органа исполнительной власти.

В подзаконном акте — приказе 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 п.5 объявлены цели контроля в системе ОМС, в т.ч. 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.

Более того, в п. 14 и 25 Порядка объявлены поводы для целевых МЭЭ и ЭКМП — случаи заболеваний с удлинением или укороченным сроком лечения более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи или среднесложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

П. 21 определяет, что экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предостав-

ленной застрахованному лицу медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи.

П. 80 Порядка фактически вводит в действие методику проведения ЭКМП, обязывая специалиста-эксперта осуществлять 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.

Из этого следует, что обязательной составляющей экспертизы медицинской помощи в системе ОМС является контроль выполнения порядков и стандартов медицинской помощи.

Помимо указанных выше норм, Приложением № 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию введена в действие императивная норма — Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), которым СМО предписывается применение финансовых и штрафных санкций за невыполнение стандарта медицинской помощи:

— Приобретение пациентом в период пребывания в стационаре лекарственных средств и изделий медицинского назна-

Полагаю, что п. 21 ст. 3 Закона РФ № 323-ФЗ в части определения качества медицинской помощи как совокупности характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата, может служить отправным для решения данной коллизии. Из этого определения следует, что невыполнение показанной медицинской услуги, включенной в стандарт, утвержденный нормативным актом федерального органа исполнительной власти, является ненадлежащим качеством

**Согласно законодательству, именно ТФОМС и СМО обязаны контролировать качество медицинской помощи, исходя из требований стандартов**

чения по назначению врача, включенных в Перечень ЖНВЛС, «Формуляр лечения стационарного больного», согласованного и утвержденного в установленном порядке на основании стандартов медицинской помощи.

— 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.

— Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий.

— Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.

— Включение 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).

медицинской помощи по признаку неправильности выбора методов диагностики и лечения.

Ст. 64 Закона РФ № 323-ФЗ и ч. 6 ст. 40 Закона РФ № 326-ФЗ определяют, что 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.

Таким образом, в каждом акте МЭЭ и ЭКМП экспертам страховых компаний при выявлении случаев невыполнения стандартов и порядков оказания медицинской помощи необходимо в заключение вносить текст правового основания применения финансовых санкций: «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 по признаку неправильного выбора методов диагностики и лечения».

## Требования к экспертной деятельности в системе ОМС

Из ст. 87 Закона РФ № 323-ФЗ следует, что именно ТФОМС и СМО обязаны контролировать качество медицинской помощи, исходя из принципа соблюдения объемов оказания медицинской помощи, т.е. набора медицинских услуг — стандарта. К конкретным требованиям, предъявляемым к экспертной деятельности в системе ОМС, относят следующие.

**1. Требования к экспертизе оценки протоколирования в медицинской докумен-**

**тации добровольного информированного согласия пациента — застрахованного лица на медицинское вмешательство.**

В соответствии с п. 5 ст. 2 Закона РФ от 21.11.11 г. № 323-ФЗ, согласие следует получать на любое «взаимодействие» врача и пациента.

П. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ в части определения качества медицинской помощи является отправным для экспертного разре-

информированного согласия пациента на медицинское вмешательство, а именно:

- отсутствие полной информации о целях медицинского вмешательства, в т.ч. наименования;
- отсутствие полной информации о методах оказания медицинской помощи;
- отсутствие полной информации о риске, связанном с вмешательством и методами оказания помощи;

**Гарантированным объемом услуг для правильной диагностики и правильного лечения в системе ОМС является набор медицинских услуг — стандарт, без которых невозможно исполнить требование к качеству о правильности диагностики и лечения застрахованного лица, т.е. услуг с частотой предоставления 100%**

шения вопроса о составляющих добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство. Из этого определения следует, что отсутствие отражения в медицинской документации указанных характеристик качества медицинской помощи должно расцениваться экспертом как ненадлежащее информирование пациента о медицинском вмешательстве.

Так, отсутствие формулирования в протоколе информированного согласия четких и понятных пациенту критериев качества конкретного вмешательства, которое ему будет оказано, лишает пациента права на информированный отказ от такого вмешательства в связи:

- со сроками его проведения (критерий — своевременность);
- с неприемлемым для пациента перечнем конкретных услуг, которые будут оказаны в рамках вмешательства (кровезамещение для некоторых религиозных сект) (критерий — правильность выбора методов диагностики и лечения);
- с запланированным результатом лечения (может ли быть запланирован для пациента летальный исход, к примеру?);
- имеется ли само информирование пациента о планировании в его отношении летального исхода.

В соответствии с положениями ст. 64 Закона РФ № 323-ФЗ и ч. 6 ст. 40 Закона РФ № 326-ФЗ 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 случае эксперт страховой медицинской организации в рамках медико-экономической экспертизы и эксперт качества медицинской помощи должны применить к учреждению здравоохранения 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, в зависимости от исхода. Минимальная санкция при этом применяется по коду 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, либо создание риска возникновения нового заболевания.

Ст. 20 Закона РФ № 323-ФЗ устанавливает правила протоколирования добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство (см. п. 1,4,7). Ст. 3 п. 5 этого же закона вводит понятие медицинского вмешательства.

Таким образом, при проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах протоколирования добровольного

— отсутствие полной информации о возможных вариантах медицинского вмешательства (перечисление вариантов);

- отсутствие полной информации о последствиях медицинского вмешательства;
- отсутствие формулировки предполагаемого результата оказания медицинской помощи;
- отсутствие подписи пациента;
- отсутствие подписи медицинского работника.

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

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

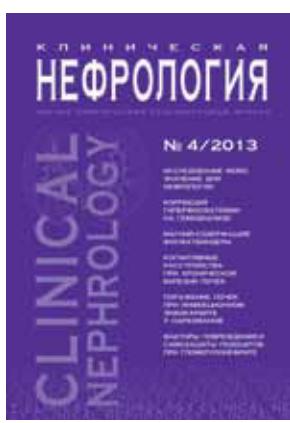
Информирование пациента, а особенно важно родителя несовершеннолетнего пациента о возможных последствиях отказа от медицинского вмешательства письменно — единственный способ для врача избежать уголовного преследования в случае возникновения тяжких последствий для жизни и здоровья пациента, отказавшегося от медицинского вмешательства. Никакие ссылки на устное информирование в доступной форме не избавят такого врача от трех-пяти лет потерянному на следственные действия времени. Только письменное оформление отказа в медицинской документации или журнале отказов от госпитализации с перечислением возможных и реальных последствий отказа с учетом результатов обследования пациента и диагноза его заболевания (состояния), а не любых произвольных, «приходящих первыми на ум врачу» последствий, — реальная возможность сохранить время, деньги и здоровье. Руководители учреждений здравоохранения, как правило, возлагают ответственность на такого, попавшего «под горячую руку» прокурора, врача.

В данном экспертном случае следует применить санкции по коду 4.3 или 3.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), утв. приказом ФОМС от 01.12.10 г. № 230, 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. ■

Продолжение статьи читайте в № 28

ПОДПИСКА

КЛИНИЧЕСКАЯ  
**НЕФРОЛОГИЯ**



**Уважаемые читатели!**  
Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!  
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

**Стоимость подписки на 2014: Второе полугодие (3 выпуска):**  
Для индивидуальных подписчиков **669 руб. 90 коп.**  
Для организаций **1940 руб. 40 коп.**

Оформить подписку Вы можете на сайте [www.bionika-media.ru](http://www.bionika-media.ru) или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63** и по e-mail: [subscription@bionika-media.ru](mailto:subscription@bionika-media.ru)

Наши менеджеры помогут подобрать Вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

<p><b>В каталоге «Газеты и журналы» Агентство Роспечать</b> 32692 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)  32694 Для организаций (Полугодовая)</p>	<p><b>В каталоге Российской прессы «Почта России»</b> 72503 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая) 72505 Для организаций (Полугодовая)</p>
---	--

**И в альтернативных подписных агентствах:**  
ООО «Урал Пресс» <http://www.ural-press.ru>  
ООО «Информнаука» <http://informnauka.com>  
ООО «СЗА ПРЕССИНФОРМ» <http://pinform.spb.ru/>



КЛИНИЧЕСКАЯ НЕФРОЛОГИЯ

ПОДПИСКА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
**АКУШЕРСТВО  
ГИНЕКОЛОГИЯ**



**Уважаемые читатели!**  
Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!  
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

**Стоимость подписки на 2014: 2-е полугодие (6 выпусков):**  
Для индивидуальных подписчиков **1221 руб.00 коп.**  
Для организаций **3663 руб. 00 коп.**

Оформить подписку Вы можете на сайте [www.bionika-media.ru](http://www.bionika-media.ru) или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63** и по e-mail: [subscription@bionika-media.ru](mailto:subscription@bionika-media.ru)

Наши менеджеры помогут подобрать Вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

<p><b>В каталоге «Газеты и журналы» Агентство Роспечать</b> 71400 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая)  71401 Для организаций (Полугодовая)</p>	<p><b>В каталоге Российской прессы «Почта России»</b> 10227 Для индивидуальных подписчиков (Полугодовая) 10229 Для организаций (Полугодовая)</p>
---	--

**И в альтернативных подписных агентствах:**  
ООО «Урал Пресс» <http://www.ural-press.ru>  
ООО «Информнаука» <http://informnauka.com>  
ООО «СЗА ПРЕССИНФОРМ» <http://pinform.spb.ru/>



АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

# Требования законодательства об охране здоровья граждан к экспертизе медицинской помощи



**Алексей СТАРЧЕНКО,**  
заместитель генерального директора  
ООО «Росгосстрах-медицина»,  
член Общественного совета  
Минздрава России,  
сопредседатель комитета по независимой  
экспертизе качества медицинской помощи  
и дефектов медицинской помощи  
НП «Национальная медицинская палата»,  
доктор медицинских наук,  
профессор

*Продолжение статьи, начало в № 27 «МВ»*

## 2. Требования к экспертизе по оценке страховых случаев с летальным исходом.

П. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ определяет качество медицинской помощи как степень достижения запланированного результата. Исходя из этого, следует признать следующие выводы.

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.

В соответствии с приложением 8 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), утв. приказом ФОМС от 01.12.2010 г. № 230, к дефектам оказания медицинской помощи, т.е. ненадлежащему качеству медицинской помощи, относят:

— 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;

— 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, а планирование летального исхода у пациента в стационаре — это не что иное, как реализация на практике риска прогрессирования имеющегося заболевания.

Планирование летального исхода у пациента в терминальной стадии онкологического процесса также является признаком ненадлежащего качества оказания медицинской помощи. Так как планируемый результат любой деятельности (в том числе и медицинской) должен быть достигнут с минимальными временными и ресурсными затратами, при таком подходе медицинский персонал должен «активно способствовать наступлению» летального исхода, что, конечно, является недопустимым.

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

— в стационаре планирование летального исхода запрещается и является признаком ненадлежащего качества медицинской помощи;

— в стационаре разрешено планирование исходов без создания риска прогрессирования имеющегося заболевания (вплоть до летального исхода);

— летальный исход в стационаре — это недостижение запланированного результата (выздоровление или улучшение состояния);

— каждый страховой случай с летальным исходом — случай ненадлежащего качества оказания медицинской помощи по признаку п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ — отсутствие достижения запланированного результата.

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, 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.

## 3. Требования к 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 Минздравсоцразвития РФ от 09.08.2005 г. № 494 (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) влечет за собой применение санкций по коду 4.3 или 3.2 Перечня 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.

## 4. Требования к МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации консилиума врачей.

В соответствии со ст. 48 Закона РФ № 323-ФЗ «Врачебная комиссия и консилиум врачей» при проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах протоколирования консилиума врачей.

А именно:

— отсутствие фамилий врачей, включенных в состав консилиума врачей;

— отсутствие сведений о причинах проведения консилиума врачей;

— отсутствие констатации течения заболевания пациента;

— отсутствие констатации состояния пациента на момент проведения консилиума врачей;

— отсутствие интерпретации клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования;

— отсутствие отдельной записи при наличии особого мнения участника консилиума врачей;

— отсутствие отдельной записи о внесении в протокол мнения участника диспансионного консилиума врачей;

— отсутствие в решении консилиума врачей обязательной констатации;

— отсутствие установления состояния здоровья пациента;

— отсутствие формулировки полного диагноза;

— отсутствие определения прогноза;

— отсутствие перечисления мероприятий тактики медицинского обследования и лечения;

— отсутствие определения необходимости направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию для обеспечения преемственности оказания медицинской помощи.

Это влечет применение санкций по коду 3.2 Перечня в зависимости от исхода; минимальная санкция — по коду 3.2.3, как создание риска прогрессирования имеющегося заболевания либо создание риска возникновения нового заболевания.

## 5. Требования к экспертизе по оценке правомочности отказа от патологоанатомического вскрытия.

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

— подозрение на насильственную смерть;

— невозможность установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;

— оказание умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;

— подозрение на передозировку или передозировку лекарственных препаратов или диагностических препаратов;

— 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;

е) рождения мертвого ребенка;

ж) необходимость судебно-медицинского исследования.

Установленные нарушения влекут применение санкций по коду 3.13 Перечня — «Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством».

## 6. Требования к экспертизе по оценке протоколирования в медицинской документации данных патологоанатомического исследования.

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

— описания результатов гистологического исследования (описание микропрепаратов);

— результатов биохимического анализа;

— результатов микробиологического исследования с формулированием этиологии инфекционного процесса.

Нарушение влечет применение санкций по коду 3.2 Перечня... 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 экспертизе по оценке протоколирования в медицинской документации заключительного клинического диагноза заболевания на основе прижизненной биопсии.

При проведении 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).

Следует применять санкции 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.

*Продолжение статьи читайте в № 29*

# Требования законодательства об охране здоровья граждан к экспертизе медицинской помощи

**Алексей СТАРЧЕНКО,**

заместитель генерального директора ООО «Росгосстрах-медицина», член Общественного совета Минздрава России, сопредседатель комитета по независимой экспертизе качества медицинской помощи и дефектов медицинской помощи НП «Национальная медицинская палата», доктор медицинских наук, профессор

Окончание статьи, начало в № 27 и 28 «МВ»

8. Требования к экспертизе при 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:

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

— 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;

— отсутствие подробного протоколирования мероприятий, их хронологической последовательности с указанием времени, утвержденных Минздравом РФ 22.06.2000 г. в Методических указаниях № 2000/104 «Сердечно-легочная реанимация».

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

9. Требования к экспертизе при оценке протоколирования в медицинской документации обоснования формы оказания медицинской помощи.

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

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

— 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);

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

— 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;

— 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.

Нарушения влекут 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.

10. Требования к экспертизе по оценке протоколирования в медицинской документации правомерности оказания платных медицинских услуг.

При проведении 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:

— 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;

— 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;

— 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;

— 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;

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

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

— 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 обжалуе-

мой 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);

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

— 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).

11. Требования к экспертизе по оценке протоколирования в медицинской документации информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель.

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 соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2007 г. № 335.

1. 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.

2. 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 госгарантий оказания гражданам РФ 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%-ной гарантии предотвращения возможных осложнений при проведении самой операции и в послеоперационном периоде;

— о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предотвращения нежелательной беременности;

— о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состояни-

ем 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.

3. Отсутствие данных о даче разъяснений о: — действиях, назначаемых перед проведением и во время проведения операции лекарственных препаратов и возможных осложнениях при их применении;

— основных этапах обезболивания;

— следующих возможных осложнениях и последствиях проведения операции:

а) 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.;

б) 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.;

в) 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) после родовом периоде; нервно-психические расстройства и др.

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

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

12. Требования к МЭЭ и ЭКМП по оценке протоколирования в медицинской документации определения момента смерти человека.

При проведении МЭЭ и ЭКМП следует выявлять нарушения в правилах протоколирования в медицинской документации установления смерти человека в соответствии с формой протокола установления смерти человека, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 20.09.2012 г. № 950:

— отсутствие в первичной медицинской документации страхового случая с летальным исходом протокола установления смерти человека по форме, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 20.09.2012 г. № 950;

— несоответствие имеющегося протокола установления смерти человека форме, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 20.09.2012 г. № 950, в первичной медицинской документации. ■