

П Р И К А З

НАЧАЛЬНИКА ГЛАВНОГО ВОЕННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Н.Н. БУРДЕНКО

«26» мая 2021 г. № 211

г. Москва

О введении в действие Положения об организации лечебно-диагностической работы в федеральном государственном бюджетном учреждении «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации

В целях совершенствования организации лечебно-диагностической работы в федеральном государственном бюджетном учреждении «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации (далее – госпиталь)

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить и ввести в действие «Положение об организации лечебно-диагностической работы в федеральном государственном бюджетном учреждении «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации» (далее - Положение) согласно приложению к данному приказу.

2. Главным специалистам, начальникам центров, отделений и кабинетов обеспечить выполнение данного Положения и привести служебную и медицинскую документацию в соответствие требованиям Положения.

3. Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя начальника госпиталя по медицинской части.

4. Приказ начальника госпиталя от 15 июня 2015 года № 152 считать утратившим силу.

5. Приказ довести до военнослужащих и гражданского персонала госпиталя в части касающейся.

**НАЧАЛЬНИК ГОСПИТАЛЯ
полковник медицинской службы**



Д.Давыдов

Приложение
к приказу начальника Госпиталя
от «26» мая 2021 г. № 211

**ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ
В ФЕДЕРАЛЬНОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ БЮДЖЕТНОМ
УЧРЕЖДЕНИИ «ГЛАВНЫЙ ВОЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ГОСПИТАЛЬ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Н.Н. БУРДЕНКО»
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

I. Общие положения

1. Настоящее Положение разработано в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27 мая 1998 г. № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих», Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и требованиями других нормативных и правовых актов Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства обороны Российской Федерации (далее – Министерства обороны), в целях упорядочения оказания медицинской помощи гражданам, имеющим законодательное право на получение медицинской помощи в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации (далее – госпиталь) и его филиалах:

а) военнослужащие Вооруженных Сил Российской Федерации и граждане, призванные на военные сборы, проводимые в Вооруженных Силах Российской Федерации (далее – Вооруженных Силах);

б) офицеры, уволенные с военной службы из Вооруженных Сил по достижении ими предельного возраста пребывания на военной службе, состоянию здоровья или в связи с организационно-штатными мероприятиями, общая продолжительность военной службы которых в льготном исчислении составляет 20 лет и более, а при общей продолжительности военной службы 25 лет и более – вне зависимости от основания увольнения; прапорщики и мичманы, уволенные с военной службы из Вооруженных Сил по достижении ими предельного возраста пребывания на военной службе, состоянию здоровья или в связи с организационно-штатными мероприятиями, общая продолжительность военной службы которых составляет 20 лет и более;

в) члены семей офицеров Вооруженных Сил (супруга (супруг), дети старше 18 лет, ставшие инвалидами до достижения ими возраста 18 лет, дети в возрасте до 23 лет, обучающиеся в образовательных организациях по очной

форме обучения), а также лица, находящиеся на их иждивении и проживающие совместно с ними;

г) члены семей офицеров, указанных в подпункте «б» настоящего пункта;

д) члены семей военнослужащих Вооруженных Сил, потерявшие кормильца, родители, достигшие пенсионного возраста, и родители-инвалиды старших и высших офицеров, погибших (умерших) в период прохождения ими военной службы в Вооруженных Силах, а также старших и высших офицеров, погибших (умерших) после увольнения с военной службы из Вооруженных Сил по достижении ими предельного возраста пребывания на военной службе, по состоянию здоровья или в связи с организационно-штатными мероприятиями, имевших общую продолжительность военной службы 20 лет и более, правом на которую они пользовались при жизни военнослужащего (за вдовами (вдовцами) военнослужащих, погибших (умерших) в период прохождения военной службы по контракту в Вооруженных Силах или после увольнения с военной службы из Вооруженных Сил по достижении ими предельного возраста пребывания на военной службе, по состоянию здоровья или в связи с организационно-штатными мероприятиями, имевших общую продолжительность военной службы 20 лет и более, право на оказание медицинской помощи сохраняется до повторного вступления в брак);

е) иные граждане Российской Федерации, пользующиеся правом на получение медицинской помощи в военно-медицинской организации, в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

2. Разрешается принимать на стационарное лечение в госпиталь без ущерба для граждан, указанных в пунктах «а-в»:

а) граждан, уволенных с военной службы из Вооруженных Сил вследствие увечья (ранения травмы, контузии) или заболевания, полученного ими при исполнении обязанностей военной службы, или в период военной службы, или военная травма, т. к. военно-врачебная комиссия (далее – ВВК) других причин не указывает;

б) членов семей иных военнослужащих, проходящих военную службу по контракту в Вооруженных Силах;

в) граждан, уволенных с военной службы из Вооруженных Сил вследствие отдельных заболеваний, полученных в период прохождения военной службы.

3. Кроме того, разрешается принимать в пределах установленных объемов на стационарное лечение в госпиталь больных из числа граждан, не пользующихся правом на медицинское обеспечение по линии Министерства обороны. Отбор таких больных должен производиться преимущественно из числа членов семей военнослужащих, не пользующихся правом на медицинское обеспечение в медицинских воинских частях и учреждениях, гражданского персонала Министерства обороны, а также больных,

представляющих клинический интерес. Прием указанных лиц осуществляется на основании заключения медицинских специалистов и при обязательном наличии у этих больных страховых медицинских полисов на получение медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования.

4. Руководство лечебно-диагностической работой осуществляет заместитель начальника госпиталя по медицинской части.

II. Организация работы консультативно-диагностического центра

5. Консультативно-диагностическая помощь пациентам осуществляется в случае затруднения с установлением диагноза или для согласования дальнейшего лечения.

6. Амбулаторный консультативно-диагностический прием осуществляется в консультативно-диагностическом центре.

7. Направление на прием к врачам-специалистам осуществляется регистратурой консультативно-диагностического центра, как правило, в день обращения. При невозможности проведения консультации в день обращения проводится предварительная запись непосредственно в регистратуре консультативно-диагностического центра.

8. При направлении на консультацию в медицинской книжке военнослужащих должны быть отражены следующие сведения:

– жалобы (по органам и системам) по основному и сопутствующему заболеваниям;

– краткий анамнез заболевания;

– данные объективного осмотра;

– результаты последних лабораторных и инструментальных исследований;

– цель направления на консультацию (уточнение диагноза, проведение дополнительных диагностических исследований, уточнение тактики лечения, решение вопросов о возможности стационарного лечения и обследования);

– должность, специальность, подпись и личная печать лечащего врача.

На бланке направления должны быть указаны следующие сведения:

– к какому медицинскому специалисту направляется больной;

– диагноз заболевания;

– цель консультации.

Направление должно быть подписано начальником военно-медицинской организации (далее – ВМО) или командиром воинской части (учреждения).

9. Результаты консультативно-диагностической помощи военнослужащим заносятся в медицинскую книжку, остальным лицам из числа льготного контингента, прикрепленного к госпиталю, заносятся в амбулаторную карточку. Запись обязательно подтверждается личной подписью и печатью врача. Для остальных пациентов заполняется бланк

консультативно-диагностического приема больного установленной формы, заверенный личной подписью и печатью врача.

10. Учет посещений амбулаторных и консультативных больных врачами консультативно-диагностического центра ведется в «Книге учета больных в амбулатории».

11. Высокотехнологичные диагностические исследования и манипуляции амбулаторным больным проводятся в лечебно-диагностических подразделениях госпиталя по решению заместителя начальника госпиталя по медицинской части на основании заявки начальника консультативно-диагностического центра.

12. Больных, нуждающихся в проведении специальных диагностических исследованиях, необходимо направлять в стационар с оформлением медицинской карты стационарного больного.

III. Организация госпитализации в госпиталь (филиалы) в плановом порядке

13. Плановая госпитализация в госпиталь и его филиалы в указанные сроки осуществляется через приемное отделение госпиталя (филиала). Оформление на плановую госпитализацию осуществляется на основании направлений ВМО или командиров воинских частей (учреждений), консультативно-диагностического центра госпиталя, его филиалов, заключения врачей-специалистов центров и отделений госпиталя с визой начальника приемного отделения при наличии следующих документов:

а) у военнослужащих:

- удостоверение личности (военного билета);
- направление на стационарное лечение;
- медицинская книжка с заключением врача;
- выписки из приказа командира части об убытии на стационарное лечение (продовольственный аттестат).

У лиц, направленных на медицинское освидетельствование, необходимо наличие направления и документов, определенных Приказом Министра обороны РФ от 18 января 2021 г. № 21 «Об определении форм документации (кроме унифицированных форм медицинской документации), необходимых для деятельности военно-врачебных комиссий, созданных в Вооруженных Силах Российской Федерации, правил их заполнения, а также порядка оформления заключений военно-врачебных комиссий, созданных в Вооруженных Силах Российской Федерации», а также методическими рекомендациями начальника Главного центра военно-врачебной экспертизы Министерства обороны – Главного военно-врачебного эксперта от 11 апреля 2016 г. № 1/1/399 «О порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах».

б) у офицеров, прапорщиков и мичманов запаса и в отставке:

- паспорт гражданина РФ и его ксерокопии;

- направление на стационарное лечение;
- медицинская книжка;
- пенсионное удостоверение Министерства обороны и его ксерокопии с отметкой о праве на бесплатную медицинскую помощь в ВМО;
- полис медицинского страхования и его ксерокопии.

в) у членов семей офицеров кадра, и у членов семей офицеров запаса (в отставке):

- паспорт гражданина РФ (свидетельства о рождении для детей, не имеющих паспорта) и его ксерокопии;
- направление поликлиник (филиалов) центральных ВМО, консультативно-диагностического центра госпиталя;
- справка, выданная командиром воинской части (начальником учреждения) по месту службы мужа, а для членов семей офицеров запаса и в отставке – справки военного комиссариата по месту получения пенсии мужем, подтверждающей право (оригинал) на льготы по медицинскому обеспечению в ВМО;
- страхового медицинского полиса и его ксерокопии.

Кроме документов, указанных в подпункте «в», нижеперечисленным категориям необходимо предъявлять:

– детям старше 18 лет, ставших инвалидами до достижения возраста 18 лет, – оригинал справки из органов медико-социальной экспертизы;

– детям в возрасте до 23 лет, обучающимся в образовательных учреждениях по очной форме обучения, – оригинал справки из образовательного учреждения;

– лицам, находящимся на иждивении у кадровых офицеров по перечню, определенному приказом Министра обороны РФ 2005 г. № 085, и офицеров запаса (в отставке) (основание разъяснение начальника Главного правового управления Министерства обороны от 30 апреля 2011 г. № 207/1730) – оригинал справки с указанием степени родства и номера приказа о внесении иждивенца в личное дело офицера; а для членов семей офицеров запаса и в отставке - справки военного комиссариата, а также документ, подтверждающий совместное проживание с офицером, заверенный гербовой печатью (выписка из домового книги или оригинал справки Ф. № 9);

– детям погибших (умерших) кадровых офицеров, получающим пособие по случаю потери кормильца, – оригинал справки военного комиссариата с отметкой о праве на льготы;

– женам (мужьям), получающим пенсию по случаю потери кормильца, – пенсионное удостоверение с отметкой о праве на льготы;

– вдовам погибших (умерших) кадровых офицеров, старших и высших офицеров запаса (в отставке), – оригинал справки военного комиссариата с отметкой о праве на льготы;

– родителям, достигшим пенсионного возраста и родителям-инвалидам старших и высших офицеров, погибших (умерших) в период прохождения ими

военной службы, находившимся на их иждивении и совместно с ними проживавшим: оригинал справки военного комиссариата с отметкой о праве на льготы; документ, подтверждающий совместное проживание с офицером, заверенный гербовой печатью (выписка из домовой книги или оригинал справки Ф. № 9) до его гибели (смерти).

Оформление больных на госпитализацию осуществлять по оригиналам документов, подтверждающих право на оказание бесплатной медицинской помощи или ксерокопии этих документов, используемых при первичной госпитализации в текущем году (в случае повторной госпитализации), заверенных личной подписью начальника приемного отделения госпиталя и его филиалов.

г) у лиц, призванных на военные сборы:

- паспорта гражданина РФ (военного билета) и его ксерокопии;
- направления командира воинской части;
- справки о прохождении военных сборов;
- выписки из приказа командира воинской части (учреждения) об убытии на лечение.

д) у Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации, кавалеров орденов Славы 3-х степеней, Героев Социалистического Труда (являющихся пенсионерами Министерства обороны):

- паспорта гражданина РФ и его ксерокопии;
- пенсионного удостоверения Министерства обороны и его ксерокопии с отметкой о праве на бесплатную медицинскую помощь в ВМО;
- удостоверения на награду;
- направления на стационарное лечение;
- амбулаторной карты (медицинской книжки) с заключением врача;
- страхового медицинского полиса.

е) у членов семей Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации, кавалеров орденов Славы 3-х степеней, Героев Социалистического Труда (муж, жена, дети до 18 лет):

- паспорта гражданина РФ (свидетельства о рождении для детей, не имеющих паспорта) и его ксерокопии;
- справки из военного комиссариата о праве на бесплатную медицинскую помощь в ВМО;
- направления на стационарное лечение;
- амбулаторной карты (медицинской книжки) с заключением врача;
- страхового медицинского полиса.

ж) лица гражданского персонала Вооруженных Сил из числа сотрудников госпиталя и его филиалов, гражданский персонал Вооруженных Сил воинских частей и учреждений, прочие лица госпитализируются по системе обязательного медицинского страхования, которое допускается без ущерба для основного контингента, при предъявлении следующих документов, сформированных с использованием информационных систем в

сфере здравоохранения в форме электронного документа, а при отсутствии доступа к указанным информационным системам - на бумажном носителе:

- направления на госпитализацию, оформленного в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 декабря 2020 г. № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования» (формы 057/у-04);

- решения или номера врачебной комиссии госпиталя о наличии медицинских показаний для госпитализации;

- паспорта;
- полиса обязательного медицинского страхования;
- страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования;
- сведений о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя.

з) у граждан, уволенных с военной службы из Вооруженных Сил вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных ими при исполнении обязанностей военной службы:

- документы согласно пп. ж);
- оригинала справки военного комиссариата о причинной связи увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания с прохождением военной службы.

и) у лиц, госпитализируемых по договорам добровольного медицинского страхования:

- паспорта гражданина РФ (документа, удостоверяющего личность гражданина иностранного государства);

- направления, выданного отделением платных медицинских услуг отдела медицинского страхования госпиталя;

- гарантийного письма страховой компании.

к) у лиц, госпитализируемых по договорам с физическими лицами:

- паспорта гражданина РФ (документа, удостоверяющего личность гражданина иностранных государств);

- информированного согласия пациента о предоставлении ему платных медицинских услуг;

- договора о предоставлении платных медицинских услуг;

- направления, выданного отделением платных медицинских услуг отдела медицинского страхования госпиталя;

л) у лиц, госпитализируемых по договорам с организациями, предприятиями и учреждениями:

– паспорта гражданина РФ (документа, удостоверяющего личность гражданина иностранных государств);

– направления, выданного отделением платных медицинских услуг отдела медицинского страхования госпиталя.

14. Прием на лечение военнослужащих других Министерств и ведомств, имеющих специальные звания и указанных в Федеральном законе от 31 мая 1996 года № 61-ФЗ, осуществляется при наличии следующих документов:

– направления органа управления (командира части), заверенного гербовой печатью;

– военного билета (удостоверения личности, либо другого документа, удостоверяющего личность гражданина);

– выписки из приказа командира части об убытии на стационарное лечение (продовольственного аттестата);

– медицинской книжки с заключением врача-специалиста госпиталя (филиала).

15. Госпитализация (перевод) военнослужащих из военных округов, флотов, видов Вооруженных Сил, родов войск Вооруженных Сил в госпиталь (филиалы) осуществляется в соответствии с положениями статьи 586 «Руководства по медицинскому обеспечению Вооруженных Сил Российской Федерации на мирное время» введенного в действие приказом начальника Тыла Вооруженных Сил – заместителя Министра обороны РФ от 15 января 2001 года № 1. после предварительного согласования начальника медицинской службы вида (рода войск) Вооруженных Сил Российской Федерации, военного округа, флота, главного управления Министерства обороны с командованием госпиталя (филиала).

Госпитализация (перевод) обучающихся в суворовских военных, нахимовском военно-морском училище, военно-музыкальном училище, Пансионе воспитанниц Минобороны России осуществляется в соответствии с главой IX приложения к приказу начальника ГВМУ МО РФ от 13 октября 2017 г. № 111.

Порядок направления (перевода) на лечение военнослужащих с онкологическими и гематологическими заболеваниями без предварительного согласования определен указаниями ГВМУ МО РФ.

16. Госпитализация военнослужащих госпиталя (филиалов) осуществляется по направлению консультативно-диагностического центра, поликлиник госпиталя и его филиалов.

17. Госпитализация в госпиталь (филиалы) военнослужащих, временно находящихся на территории Московского гарнизона, по различным причинам осуществляется по направлению поликлиники ФГБУ «12 КДЦ» (г. Москва, 1-ый Краснокурсантский проезд, д. 1/5) по согласованию с начальником приемного отделения госпиталя (филиала). В вечернее время и в воскресные дни по направлению Управления военной полиции (по г. Москве).

В филиалах госпиталя, расположенных на территории Московской области, медицинская помощь данным категориям пациентов оказывается по направлению начальника соответствующего гарнизона.

18. Плановая госпитализация в госпиталь и его филиалы пенсионеров Министерства обороны, членов их семей, проживающих на территории стран СНГ и не имеющих паспорта гражданина РФ, осуществляется только после согласования с ГВМУ МО РФ.

19. На плановую госпитализацию больные направляются после тщательного обследования и использования всех возможностей по оказанию исчерпывающей медицинской помощи на догоспитальном этапе. Решение на плановую госпитализацию принимается начальниками (заведующими) соответствующих отделений амбулаторно-поликлинических филиалов и структурных подразделений ВМО после личной консультации больных.

Для контингента, проживающего в г. Москве и Московской области обязательно наличие результатов лабораторных исследований согласно п. 73 и Приложения № 8 приложения к приказу начальника ГВМУ МО РФ от 13 октября 2017 г. № 111.

20. Всем больным, нуждающимся в плановой госпитализации, перед поступлением в госпиталь в обязательном порядке проводится: флюорография органов грудной клетки, общий анализ крови (при направлении в хирургические отделения – дополнительно ВСК, ДК) при наличии клинических проявлений нарушения гемостаза или дисбалансе в результатах ВСК и ДК проводятся иные лабораторные исследования, определенные врачом-гематологом; мочи, электрокардиографическое исследование (по показаниям), осмотр стоматологом и санация полости рта, измерение внутриглазного давления (лицам старше 40 лет), женщинам – осмотр гинекологом (если он не проводился ранее в течение последнего месяца). Больные, направляемые на стационарное лечение, должны быть обследованы на форму-50 и маркеры гепатитов, а для оперативного лечения – дополнительно группа крови и резус-фактор. Кроме того, выполняются основные диагностические исследования, подтверждающие диагноз направления.

21. В целях обеспечения преемственности в работе поликлиник и госпиталя (филиала), врач в медицинской книжке заполняет эпикриз на госпитализацию с указанием диагноза, профиля отделения, очередности (планово или неотложно), результатов обследования и передает медицинскую книжку начальнику отделения поликлиники. Учет больных, нуждающихся в госпитализации, ведется в отделении неотложной медицинской помощи и помощи на дому (кабинете госпитализации) амбулаторно-поликлинических филиалов и структурных подразделений ВМО.

22. Основанием для приема на обследование и лечение граждан, уволенных с военной службы из Вооруженных Сил вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученного ими при

исполнении обязанностей военной службы, является не само увечье (ранение, травма, контузия либо заболевание), а причинная их связь с исполнением обязанностей военной службы либо прохождением военной службы.

23. При этом граждане, уволенные с военной службы из Вооруженных Сил вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученного ими при исполнении обязанностей военной службы, принимаются в отделения госпиталя (филиала), как правило, для очередного или завершающего этапного лечения (протезирования) или устранения ранее допущенных в военно-лечебных учреждениях дефектов в лечении больного.

Прием на лечение в госпиталь (филиалы) иностранных военнослужащих, обучающихся в военно-учебных заведениях Министерства обороны, осуществляется на общих основаниях с военнослужащими Вооруженных Сил, если это предусмотрено соответствующими соглашениями (контрактами), по направлениям с указанием номера договора слушателя (курсанта) и правомерности оказания бесплатной медицинской помощи в соответствии с главой X приложения к приказу начальника ГВМУ МО РФ от 13 октября 2017 г. № 111. В иных случаях (согласно условиям контракта) – по индивидуальному договору на оказание платных медицинских услуг в соответствии с действующим прейскурантом на основании гарантийного письма из посольства соответствующего государства.

24. Плановая госпитализация пенсионеров Министерства обороны, членов их семей и военнослужащих, проходящих военную службу по контракту из военных округов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется по ходатайству медицинской службы округа (флота) на основании решения врачебной комиссии и заключения главных медицинских специалистов округа с приложением медицинских документов. Решение о приеме (отказе) на лечение указанных лиц после рассмотрения документов принимается руководством госпиталя (филиала).

25. Перевод в госпиталь (филиалы) военнослужащих, госпитализированных в гражданские лечебные учреждения, осуществляется по достижении их транспортабельности, а офицеров (прапорщиков, мичманов) запаса (в отставке) – в исключительных случаях – по ходатайству родственников или начальника поликлиники, где эти лица состоят на медицинском обеспечении. Решение на перевод больного принимается начальником госпиталя (филиала) после рассмотрения ходатайства и переводных документов.

26. При оформлении на госпитализацию больных из числа льготного контингента Министерства обороны дежурная медицинская сестра приемного отделения обязана проверять у пациентов наличие оригиналов документов, подтверждающих их право на льготы. Копии документов

вклеиваются в историю болезни, кроме справки о принадлежности к семье военнослужащего или пенсионера Министерства обороны (вклеивается только ее оригинал).

27. Наименование документов, подтверждающих право на бесплатную медицинскую помощь в военно-медицинских организациях, их серию, номер указывать в соответствующих графах паспортной части истории болезни, а у членов семей военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, офицеров запаса (в отставке), подтверждающие это право справки вклеивать в историю болезни. При этом в графе «воинское звание» паспортной части истории болезни четко указывать воинское звание военнослужащего, принадлежность к Министерству обороны, а для членов семей офицеров – степень родства с офицером (жена майора, дочь подполковника запаса и т.д.). Кроме того, в паспортной части истории болезни отмечать: регистрационный номер медицинской книжки, номер поликлиники ее выдавшей, номер полиса обязательного медицинского страхования, название выдавшей его страховой медицинской компании (при наличии полиса).

28. Больным, поступающим на стационарное лечение, после оформления истории болезни в приемном отделении, первичный осмотр с записью в истории болезни и назначениями осуществляет врач того отделения госпиталя, куда поступает больной, в нерабочее время – дежурный врач приемного отделения назначает и записывает в историю болезни лечебно-диагностические мероприятия, которые должны быть выполнены дежурным персоналом отделения, диету для больного и режим.

29. Контроль за организацией медицинского учёта госпитализации больных в госпиталь (филиал) осуществляет начальник медицинской части госпиталя (филиала).

30. Ответственность за полноту и достоверность сведений, внесенных при оформлении истории болезни в паспортную часть и электронную базу госпиталя, а также за соблюдение законности госпитализации больных в отделения госпиталя (филиалы) возлагается на начальников приемных отделений госпиталя (филиалов).

31. Контроль за соблюдением законности госпитализации больных в госпиталь (филиалы) возлагается на заместителя начальника госпиталя (филиала) по медицинской части.

IV. Организация госпитализации в ГВКГ (филиалы) по неотложным показаниям

Госпитализация больных в экстренном порядке в госпиталь (филиалы) осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

32. Госпитализация urgentных больных осуществляется в приемных отделениях госпиталя (филиалов), инфекционных больных через смотровые кабинеты инфекционных отделений.

33. Urgentные больные госпитализируются по сопроводительному листу, в котором врачом (фельдшером) бригады скорой помощи должны быть указаны номера подстанции скорой помощи, санитарного автомобиля и наряда, время доставки и фамилия врача (фельдшера). Лицевая сторона талона к сопроводительному листу заполняется врачом (фельдшером) бригады скорой помощи, обратная сторона – лечащим врачом по окончании лечения больного и подлежит сдаче в отделение (контроля качества медицинской помощи). Кроме сведений о больном, в отрывном талоне указываются недостатки в скорой помощи пациенту.

34. В случае отказа врача (фельдшера) бригады скорой помощи от заполнения сопроводительного листа или при подозрении на недостоверность сведений сопроводительного листа ответственный дежурный врач (начальник приемного отделения) или ответственный дежурный врач немедленно сообщает об этом нарушении ответственному врачу станции скорой медицинской помощи, а также докладывает рапортом заместителю начальника госпиталя по медицинской части.

35. Медицинская помощь при внезапных острых состояниях, угрожающих жизни больного или здоровью окружающих, несчастных случаях, отравлениях, травмах и других неотложных состояниях оказывается всем пациентам (независимо от статуса больного) беспрепятственно, бесплатно и в необходимом объеме до устранения жизнеугрожающей ситуации. Urgentные больные, обратившиеся за медицинской помощью в приемное отделение госпиталя (филиала) без сопроводительных документов, должны быть осмотрены дежурным врачом, а в случае необходимости – ответственным дежурным врачом.

36. При наличии жизнеугрожающих состояний больные госпитализируются в госпиталь (филиал) по решению ответственного дежурного врача с обязательным докладом начальнику госпиталя (заместителю начальника госпиталя по медицинской части) (филиала) и оформлением акта нетранспортабельности больного.

37. Необходимо согласовывать с медицинской частью и отделением ОМС порядок выписки больных, которым в целях определения нуждаемости в госпитализации необходимо проводить диагностические исследования с заведением истории болезни с госпитализацией в отделение соответствующего профиля.

38. С момента устранения угрозы жизни больного или здоровью окружающих и появления возможности его транспортировки, принимаются меры по переводу больных, не имеющих права на бесплатную медицинскую помощь в военно-медицинских организациях, в медицинское учреждение

государственной или муниципальной систем здравоохранения по территориальному принципу. На больных, имеющих право на бесплатную медицинскую помощь в военно-медицинских организациях истребуются соответствующие документы, если они не были представлены ранее.

39. Больным, у которых в процессе выполнения диагностических мероприятий установлено отсутствие показаний к стационарному лечению в госпитале (филиале), а также имеющих показания, но отказавшихся от госпитализации, необходимо оказывать медицинскую помощь в объеме неотложной силами дежурной смены приемного отделения.

40. Больным, у которых отсутствуют показания к стационарному лечению в госпитале (филиале), а также отказавшимся от госпитализации, и которым в приемном отделении не проводились диагностические исследования, неотложная медицинская помощь оказывается силами дежурной службы приемного отделения с последующей записью в их медицинских документах и журнале учета приема больных и отказов в госпитализации приемного отделения об объеме оказанной медицинской помощи и причинах отказа от госпитализации с подписью больного.

41. Главные специалисты, начальники центров должны еженедельно осуществлять контроль правомерности и обоснованности госпитализации больных по скорой помощи.

42. Начальник медицинской части госпиталя (филиала) ежедневно контролирует законность госпитализации в госпиталь (филиал), о результатах контроля докладывает заместителю начальника госпиталя (филиала) по медицинской части – ежемесячно.

V. Госпитализация военнослужащих госпиталя (филиала) в госпиталь (филиал) и другие военно-медицинские организации

43. Направление военнослужащих госпиталя на стационарное лечение в госпиталь (филиал) осуществляется в строгом соответствии с требованиями статей 362, 363 Устава внутренней службы Вооруженных Сил и статей 640, 644 «Руководства по медицинскому обеспечению Вооруженных Сил в мирное время» введенного в действие приказом начальника Тыла Вооруженных Сил – заместителя Министра обороны РФ от 15 января 2001 г. № 1.

44. Направление на стационарное лечение военнослужащего в плановом порядке в госпиталь (филиал) оформляется врачом консультативно-диагностического центра, поликлиники филиала, дата госпитализации согласовывается с начальником приемного отделения госпиталя (филиала).

45. Госпитализация осуществляется при наличии у военнослужащего следующих документов:

- направления консультативно-диагностического центра, поликлиники филиала установленного образца;

- медицинской книжки;
- удостоверения личности (военного билета).

46. За организацию госпитализации военнослужащего в госпиталь (филиал) отвечает начальник подразделения. Перед убытием на лечение и по прибытии с него военнослужащий должен представить письменный рапорт на его имя.

47. Поступающие по неотложным показаниям больные (пострадавшие) из числа военнослужащих госпиталя (филиала) госпитализируются в профильные отделения госпиталя (филиала).

48. При необходимости медицинского освидетельствования военнослужащие направляются в госпиталь (филиал), при этом военнослужащий должен иметь при себе:

- направление на медицинское освидетельствование из отдела кадров;
- медицинскую характеристику, заверенную гербовой печатью;
- служебную характеристику;
- медицинскую книжку;
- справку о травме (в случаях необходимости подтверждения обстоятельств получения травмы);
- удостоверение личности (военный билет).

49. Порядок поступления для освидетельствования в госпиталь (филиал) такой же, как и при поступлении на стационарное лечение.

50. Плановая госпитализация военнослужащих госпиталя (филиала) в другие военно-медицинские организации, осуществляется только с разрешения начальника госпиталя (заместителя начальника госпиталя по медицинской части).

Направление военнослужащих госпиталя (филиала) на плановое лечение (обследование) в ЛПУ государственного и муниципального здравоохранения осуществляется только с разрешения начальника госпиталя (заместителя начальника госпиталя по медицинской части) в случаях отсутствия возможности оказания требуемой медицинской помощи в условиях госпиталя (филиала).

VI. Выписка военнослужащих из госпиталя (филиала) или перевод в другие военно-медицинские организации

51. Выписка больных из числа военнослужащих из госпиталя и перевод их для дальнейшего лечения в другие ВМО осуществляется в соответствии с требованиями ст. 363 Устава внутренней службы Вооруженных Сил, ст. ст. 671, 672 Руководства по медицинскому обеспечению Вооруженных Сил на мирное время, введённого в действие приказом начальника Тыла Вооруженных Сил – заместителя Министра обороны РФ от 15 января 2001 г. № 1. При выписке больного из клиники в медицинской книжке записывается выписной эпикриз с указанием диагноза основного и сопутствующих заболеваний, особенностей их течения с

результатами проведенного обследования и лечения, конкретными рекомендациями врачу части по проведению лечебно-профилактических мероприятий и диспансерного динамического наблюдения. Эпикриз подписывается лечащим врачом, начальником отделения и начальником центра.

52. При переводе больного в другую ВМО при необходимости одновременно с ним пересылается подробная выписка из истории болезни, а также рентгенограммы, электрокардиограммы, гистологические препараты и данные других исследований.

53. Выписные эпикризы в медицинских книжках и выписки из историй болезни больных заверяются печатями в медицинской части госпиталя (филиала).

54. Военнослужащие, проходящие военную службу по призыву (в том числе курсанты 1, 2 курсов высших военных учебных заведений), отправляются в воинскую часть (ВВУЗ Министерства обороны) только по прибытии из нее (него) сопровождающих.

55. О дате выписки военнослужащего, проходящего воинскую службу по призыву, в адрес командира части заблаговременно высылается почтовое извещение (факс) с учетом времени, необходимого для прибытия из воинской части сопровождающего.

56. Для военнослужащих, проходящих воинскую службу по контракту, вызов сопровождающих из воинской части при выписке или переводе в другую ВМО осуществляется только на основании заключения нештатной военно-врачебной комиссии госпиталя.

57. Запрещается отправлять военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, в воинскую часть без сопровождающих, а также передавать их для сопровождения родственникам.

58. До прибытия сопровождающего из воинской части военнослужащие по призыву находятся на стационарном лечении.

VII. Консультация больных, находящихся на лечении в госпитале

59. Консультации больных, находящихся на стационарном лечении в отделениях госпиталя, проводятся в целях уточнения диагноза или корректировки назначенного лечения и осуществляются врачами-специалистами профильных отделений госпиталя и врачами-консультантами согласно приложению к приказу начальника госпиталя «О внутригоспитальных консультациях».

60. Консультации врачами-специалистами профильных отделений госпиталя и врачами-консультантами проводятся по понедельникам, средам, пятницам с 13 часов до 15 часов, по неотложным состояниям – в рабочие дни до 16 часов; после 16 часов и в выходные и праздничные дни консультации проводят дежурные специалисты.

61. Врачи-специалисты консультативных отделений консультируют больных по профилю ежедневно с 09 часов до 15 часов как по неотложным состояниям, так и в плановом порядке, и отвечают за контроль качества медицинской помощи в своих профильных отделениях.

62. Консультации больных, находящихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии, проводятся главными и ведущими специалистами или начальникам профильных отделений.

Категорически запрещается осуществлять консультации лицам из числа переменного состава госпиталя.

63. В случае, если заявка на консультацию не выполнена в установленные сроки, начальник (заведующий) отделения докладывает об этом рапортом главному специалисту госпиталя и заместителю начальника госпиталя по медицинской части.

64. Начальник (заведующий) консультативного отделения отвечает за обоснованность консультации профильного специалиста, сроки проведения консультации и объем проводимой консультативной работы.

VIII. Проведение консилиумов

65. В соответствии со статьей 48 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 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 или другую медицинскую организацию и для решения иных вопросов в случаях, предусмотренных Федеральным законом. Консилиум является одним из действенных мероприятий по управлению качеством оказания медицинской помощи.

66. Консилиум врачей созывается по инициативе лечащего врача в случаях:

- затруднения в постановке диагноза заболевания в установленные сроки;
- ухудшения состояния здоровья пациента;
- выявления сопутствующих заболеваний, которые влияют (могут влиять) на течение основного заболевания, а также заболеваний, требующих изменения курса проводимого лечения;
- для определения дальнейшей тактики и места лечения пациента;
- разрешения конфликтных ситуаций между врачом и пациентом (или его законным представителем), возникших в процессе оказания медицинской помощи, нарушения пациентом больничного режима;
- целесообразности направления больного для дальнейшего лечения в специализированные лечебные учреждения Минобороны или Минздрава России при отсутствии лицензии на отдельные виды медицинской

деятельности в ВМО;

- назначения дорогостоящих лекарственных средств, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, ежегодно устанавливаемый распоряжением Правительства Российской Федерации, а также Формуляр лекарственных средств Министерства обороны с оформлением и представлением на врачебную комиссию соответствующего проекта решения;

- изъятия органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора при наличии его информированного добровольного согласия;

- установления диагноза смерти мозга (специалисты, принимающие участие в изъятии и трансплантации/пересадке органов и/или тканей не могут быть включены в состав консилиума).

67. Решение о проведении консилиума принимает начальник (заведующий) отделения и не позднее, чем за сутки до его проведения, сообщает заместителю начальника госпиталя по медицинской части и начальникам профильных центров и отделений о составе врачей, которых необходимо привлечь к обсуждению. В необходимых случаях решение о проведении консилиума принимают главные специалисты или заместитель начальника госпиталя по медицинской части.

68. Предварительно за сутки до участников консилиума в письменном виде доводится перечень вопросов, выносимых на обсуждение, и основные сведения из истории болезни больного, содержащие данные о течении заболевания пациента, результаты клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования.

69. К проведению консилиума могут привлекаться заместитель начальника госпиталя по клинико-экспертной работе и заведующий отделением контроля качества медицинской помощи.

70. Численный состав консилиума диктуется сложностью случая и особенностью патологии. Для участия в консилиуме должны привлекаться наиболее опытные и компетентные врачи.

71. В целях повышения качества клинической подготовки обучающийся врачебный состав может присутствовать на консилиумах.

72. Консилиум проводится под руководством заместителя начальника госпиталя по медицинской части или главных (ведущих) специалистов госпиталя.

73. Перед началом обсуждения врачи-консультанты проводят объективное обследование больного и изучают его историю болезни.

74. Лечащий врач или начальник отделения кратко докладывает жалобы, анамнез заболевания, динамику состояния, основные результаты обследования и лечения больного, а также формирует цели предстоящего обсуждения.

75. В ходе обсуждения каждый врач докладывает свое мнение по результатам обследования больного, а затем руководителем консилиума формируется единое заключение.

76. В едином заключении отражаются сведения о причинах проведения консилиума, состоянии пациента на момент проведения консилиума, включая интерпретацию клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, течение заболевания пациента и решение консилиума врачей.

77. В случае, если кто-то из участников консилиума не согласен с позицией большинства и (или) имеет свое особое мнение, отказывается подписывать решение консилиума, он обязан записать особое мнение в протоколе и заверить его подписью.

78. Решение консилиума врачей оформляется протоколом в двух экземплярах и подписывается всеми участниками. Первый экземпляр заключения консилиума фиксируется в истории болезни больного, второй экземпляр представляется в отделение контроля качества медицинской помощи, где основные сведения о больном, диагноз и заключение консилиума записываются в книге учета консилиумов.

79. Согласно п. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» консилиумом врачей может быть принято решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением руководства госпиталя и самого гражданина в случаях:

а) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (несовершеннолетние, недееспособные);

б) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

80. Консилиум может созываться также на основании постановления судебно-следственных органов для выяснения вопросов, связанных с преступлениями против личности или здоровья человека путем проведения судебно-медицинской экспертизы.

81. Контроль за организацией проведения консилиумов в отделениях и реализацией их заключения осуществляет заместитель начальника госпиталя по медицинской части.

Структура протокола консилиума

1. **Заглавие.** Консилиум врачей в составе (или консилиум дежурных врачей – ст. 48 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» последнее предусматривает информирование руководства госпиталя в начале следующего рабочего дня, если нет возможности сделать это ранее).

2. **Состав** участников консилиума приводится в соответствии

с находящимися на момент обсуждения пациента врачами, включая тех, кто находится в режиме конференц-связи (дистанционный консилиум).

3. Имеющиеся на время консилиума **диагностические представления** о больном (полноценное изложение имеющихся диагностических представлений, включая все разделы истории болезни вплоть до установленного на момент консилиума клинического диагноза).

4. **Вопросы**, выносимые на консилиум лечащим врачом.

5. **Мнение лечащего врача** о лечебной тактике.

6. **Описательная часть** мнений участников консилиума (трактовка диагностических представлений и хирургической тактики в соответствии с вынесенными на консилиум вопросами).

7. **Констатирующая часть** консилиума – решение консилиума. Приводятся кратко ответы на вопросы, вынесенные на консилиум.

8. **Особые мнения** участников (приводятся в случае, если участник консилиума высказал суждения и заключение, отличающееся от общего мнения).

9. **Констатация** необходимости административных решений (перевод в другой стационар, отделение и др.), обеспечения медицинским имуществом. В этом разделе также должно быть отдельно оговорено, если обеспечение медицинским имуществом необходимо в силу жизненных показаний к применению лекарственного средства или медицинского изделия.

10. **Прогноз.** Констатация прогноза выносится в исключительных случаях, как правило, пациентам с прогрессирующим течением злокачественного новообразования, а также по решению органов военного управления.

11. **Подписи** участников консилиума.

IX. Проведение обходов

82. Обходы отделений должностными лицами госпиталя проводятся на основании и в порядке, регламентированном Руководством по организации работы Центрального военного клинического госпиталя (Москва, 2007 г.).

Обход подразделений госпиталя обычно проводится одним должностным лицом. К обходу могут привлекаться:

заместитель начальника госпиталя по медицинской части;

заместитель начальника госпиталя по материально-техническому обеспечению;

заместитель начальника госпиталя по медицинскому снабжению;

главные (ведущие) медицинские специалисты (консультанты) госпиталя;

главная медицинская сестра госпиталя.

Другие сотрудники госпиталя привлекаются по усмотрению лица, проводящего обход.

83. Плановые обходы подразделений хирургического профиля проводятся не реже одного раза в неделю по плану главного хирурга, согласованному с начальником госпиталя, в неоперационный для отделения (центра) день.

В случае, если в течение недели не представляется возможным провести во всех подразделениях госпиталя плановый обход, или за работой отделений (центров) и служб требуется дополнительный контроль, используются внезапные обходы, которые в дополнение к плановым обходам должны обеспечить бесперебойное и качественное медицинское и хозяйственное обслуживание госпитализированных пациентов. Как правило, данные обходы носят частный характер, в процессе которых рассматриваются наиболее важные вопросы.

84. Начальники лечебно-диагностических отделений (центров) при подготовке к плановому обходу должны лично проконтролировать готовность отделения (центра) к оказанию неотложной медицинской помощи больным; планирование работы в отделении (центре); организацию службы войск и соблюдение внутреннего порядка в отделении (центре); знание функциональных обязанностей личным составом отделения (центра); выполнение больным своевременного и полноценного обследования и лечения, надлежащего за ними ухода; своевременность проведения пациентам консультации и консилиумов по специальности в других отделениях; соблюдение правил медицинской этики и деонтологии; обеспеченность прав пациентов в отделении (центре); своевременность повышения квалификации медицинского персонала отделения (центра); проведение научной работы; внедрение в практику отделения (центра) передового опыта лечебно-диагностической и профилактической работы; подготовку по специальности и усовершенствование знаний прикомандированного к отделению (центру) медицинского состава воинских частей и лазаретов; соблюдение гигиенических норм и правил противоэпидемического режима работы в отделении (центре); периодичность выезда врачей-специалистов в воинские части и учреждения для оказания методической и практической помощи в организации лечебно-профилактической работы; обеспеченность безопасной эксплуатации медицинской техники, приборов и аппаратов в отделении (центре), профилактику профессиональных заболеваний у подчиненного личного состава и т. д. Кроме того, начальникам отделений (центров) целесообразно проанализировать состояние и эффективность работы отделения (центра); разработать предложения по ее совершенствованию; подготовить перечень мероприятий, которые должны решаться с привлечением командования госпиталя.

85. В установленное время начальники отделений (центров) и служб госпиталя встречают лиц, проводящих обход, и представляются им. В дальнейшем они действуют в соответствии с поступившими указаниями.

Проведение обхода начинается с доклада начальника отделения

(центра), который может быть заслушан в его кабинете или в ординаторской в присутствии врачей и среднего медицинского персонала данного отделения (центра). В докладе должны быть отражены: задачи, стоящие перед лечебно-диагностическим отделением (центром); основные статистические показатели его работы и их динамика; укомплектованность отделения (центра) медицинским персоналом, его профессиональная подготовленность и морально-психологическое состояние; обеспечение медицинской аппаратурой, медикаментами, лечебным питанием, хозяйственным оборудованием и инвентарем; состояние тяжелобольных и пациентов с неясной патологией; нерешенные проблемы и т. д.

86. В процессе обхода лечебно-диагностических отделений (центров) начальником госпиталя в первую очередь изучаются: боевая и мобилизационная готовность отделения; состояние профилактической и лечебно-диагностической работы; боевая подготовка, воспитание, воинская и трудовая дисциплина; морально-психологическое состояние личного состава; сохранность и состояние материальных средств; материально-техническое, бытовое и финансовое обеспечение больных и персонала отделения (центра); санитарно-гигиеническое состояние; соблюдение противоэпидемического режима и т. д.

87. Заместитель начальника госпиталя по медицинской части (главный специалист или специалист-консультант) при обходе, в большей степени, должен уделять внимание: организации и качеству оказания медицинской помощи; обследованию и лечению больных в отделении (центре); состоянию и направлениям совершенствования лечебно-диагностической работы и военно-врачебной экспертизы; оказанию лечебно-профилактическим учреждениям и войсковой медицинской службе в зоне ответственности методической и практической помощи; организации службы войск; поддержанию внутреннего порядка и другим мероприятиям.

88. Кроме того, указанные должностные лица во время обходов должны проверять: проведение лично начальником отделения осмотра в первые сутки всех вновь поступивших больных и закрепление их за врачами; осуществление им ежедневного осмотра всех тяжелобольных и не менее одного раза в неделю прочих пациентов; своевременное назначение больных на консультации, консилиумы, военно-врачебную комиссию; обоснованность выписки больных или их перевода в другие отделения (лечебные учреждения); периодичность обхода больных врачами и качество ведения ими историй болезни; осуществление начальником отделения (центра) контроля за работой врачей, среднего и младшего медицинского персонала; правильность выполнения врачебных назначений; качество ухода за больными; порядок использования и учет лекарственных средств, диагностической, лечебной аппаратуры; правильность хранения, учета и расходования ядовитых и наркотических лекарственных средств; качество и количество готовой пищи, поступающей из госпитальной кухни для питания больных; в отделениях хирургического профиля наличие утвержденного

графика проведения операций и т. д.

89. Результаты обходов подвергаются анализу и разбору, которые необходимо проводить в сравнении с результатами предыдущих обходов, с обязательной фиксацией в журнале учета обходов лечебно-диагностических отделений и служб госпиталя, в котором выделяется три графы: дата и Ф.И.О. проверяющего; выявленные недостатки; мероприятия, проведенные начальником отделения (центра, службы) по устранению выявленных недостатков. Выводы, сделанные в процессе внезапного обхода, при отсутствии начальника отделения (центра) могут быть доведены до дежурного медицинского персонала.

90. Обобщенные материалы плановых и внезапных обходов обсуждаются на еженедельном подведении итогов работы госпиталя.

Расписание обходов и должностные лица, привлекаемые к их проведению, определяются распоряжением главного специалиста при планировании рабочей недели на основании плана-графика.

Х. Организация внутригоспитальных переводов стационарных больных

91. Внутригоспитальные переводы стационарных больных являются вынужденной мерой и осуществляются в случаях:

- развития у больного любого контингента острых состояний, возникновения заболеваний, угрожающих жизни больного или представляющих опасность для здоровья окружающих, при которых профиль отделения пребывания больного не обеспечивает исчерпывающей медицинской помощи;

- нуждаемости больных в специализированном лечении по поводу непрофильных для отделения вновь выявленных или сопутствующих заболеваний и отсутствии показаний для дальнейшего лечения в данном отделении.

92. Решение на перевод больного принимается начальником отделения по согласованию с начальником принимающего отделения или ответственным дежурным по госпиталю (в нерабочее время) с последующим обязательным докладом заместителю начальника госпиталя по медицинской части.

93. Перевод больных осуществляется через приемное отделение.

94. При переводе больного история болезни вместе с ним передается в принимающее отделение.

95. Ответственность за правильность оформления и обоснованность плановых переводов больных возлагается на начальников отделений.

96. Контроль за порядком перевода больных осуществляет заместитель начальника госпиталя по медицинской части.

XI. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в госпитале

97. Высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП) в госпитале оказывается в соответствии с порядками и на основании стандартов, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учетом источников финансирования:

гражданам, имеющим законодательное право на получение бесплатной медицинской помощи в военно-медицинских организациях за счет средств, выделяемых из федерального бюджета на содержание Министерства обороны Российской Федерации;

иным гражданам, оказание бесплатной медицинской помощи в военно-медицинских организациях которым оказывается за счет средств фондов обязательного медицинского страхования, средств Федерального бюджета Российской Федерации, добровольного медицинского страхования или на платной основе.

98. Направление в госпиталь больных, нуждающихся в оказании ВМП, осуществляется по запросам начальников медицинских служб военных округов, центральных или окружных госпиталей и начальников (заведующих) амбулаторно-поликлинических учреждений госпиталя. Врачи-специалисты профильных отделений после изучения представленной медицинской документации планируют госпитализацию и представляют сроки госпитализации больных в медицинскую часть для информирования начальников медицинских служб военных округов, центральных или окружных госпиталей и начальников (заведующих) амбулаторно-поликлинических учреждений госпиталя.

99. Порядок оказания ВМП определен в ежегодном приказе начальника госпиталя «О порядке оказания высокотехнологичной медицинской помощи в федеральном государственном бюджетном учреждении «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации.

100. В период госпитализации больных начальники (заведующие) отделений организуют проведение мониторинга сроков госпитализации, своевременность переводов внутри госпиталя и выписки пациентов.

101. При поступлении пациентов с неполным уровнем предоперационного обследования начальники (заведующие) отделений, в которых оказывается ВМП, сообщают в медицинскую часть для информирования начальников медицинских служб военных округов, центральных или окружных госпиталей и начальников (заведующих) амбулаторно-поликлинических учреждений госпиталя о невыполнении порядка направления больных на оказание ВМП с формулировкой о наличии медицинских показаний для проведения дополнительного обследования.

102. Врач-методист медицинской части, врач-методист отдела медицинского страхования ведут учет пациентов всех отделений госпиталя, которым планируется оказание ВМП, по результатам оказания ВМП вносят указанные коды ВМП в информационную систему и представляют отчетные

материалы по выполненным видам ВМП командованию госпиталя и в ГВМУ МО РФ в установленные сроки.

103. За достоверность и правильность кодирования ВМП отвечают начальники (заведующие) отделений госпиталя.

ХII. Обеспечение гемотрансфузионными средствами больных в лечебных отделениях госпиталя

104. Обеспечение гемотрансфузионными средами (далее – ГТС) больных в лечебных отделениях организовано в соответствии с Федеральным законом от 20 июля 2012 г. № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов», Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 июня 2019 г. № 797 «Об утверждении Правил заготовки, хранения, транспортировки и клинического использования донорской крови и её компонентов и о признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 марта 2012 г. № 278н «Об утверждении требований к организациям здравоохранения (структурным подразделениям), осуществляющим заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов, и перечня оборудования для их оснащения», «Руководством по военной трансфузиологии» утвержденным начальником ГВМУ МО РФ в 2005 г.

105. Обеспечение компонентами крови пациентов в лечебных отделениях госпиталя осуществляется силами и средствами центра крови (далее ЦК) путем автономной заготовки этих средств от доноров резерва, активных доноров, родственников и друзей больных, а также пациентов-аутодоноров. В исключительных случаях (отсутствие в ЦК необходимых компонентов крови) допускается их истребование в лечебных учреждениях Министерства здравоохранения в рамках существующего законодательства.

106. Обеспечение препаратами донорской крови (растворами альбумина, иммуноглобулинами направленного действия, препаратами гемостатического действия) осуществляется за счет централизованных и децентрализованных поставок через отдел медицинского снабжения госпиталя.

107. Ответственность за организацию трансфузиологического обеспечения пациентов в лечебных отделениях возлагается на начальника центра (крови) - нештатного главного трансфузиолога госпиталя.

108. В целях повышения безопасности гемотрансфузий и решения организационно-методических вопросов в области производственной и клинической трансфузиологии ежегодным приказом начальника госпиталя создается постоянно действующая трансфузиологическая комиссия.

109. Для выполнения работ по истребованию, получению, подготовке к переливанию, а также по обеспечению медицинской безопасности при

трансфузии пациентам компонентов и препаратов крови в каждом отделении, использующем такие средства, назначают врача, ответственного за организацию гемотрансфузионной помощи в отделении, прошедшего обучение по вопросам трансфузиологии. Средний медицинский персонал, привлекаемый к помощи при проведении подготовительных мероприятий при переливании донорской крови и ее компонентов, подготавливается непосредственно врачами, ответственными за переливание крови с оформлением зачетной ведомости. Указанные лица допускаются к проведению трансфузионной помощи ежегодным приказом начальника госпиталя.

110. В каждом отделении, где осуществляется переливание компонентов крови, должны быть организованы и оснащены рабочие места для подготовки ГТС к переливанию. Рабочее место должно быть технически оснащено и укомплектовано нормативными, учетными и отчетными документами. Перечень оснащения устанавливается нештатным главным трансфузиологом госпиталя.

111. Истребование компонентов крови организует врач, ответственный за трансфузионную терапию в отделении. В требовании на ГТС должны быть заполнены все разделы заявки и скреплены подписью лечащего врача и начальника отделения. Требование заполняется в 2-х экземплярах (второй, остающийся в книжке, может быть осуществлен под копирку) (приложение 1).

112. При оперативных вмешательствах ответственным за переливание донорской крови и ее компонентов назначается врач, не участвующий непосредственно в проведении операции или анестезии. Проведение лабораторных исследований по совмещению крови донора и реципиента могут проводиться специалистами центра крови (лаборантом или врачом-трансфузиологом) в лаборатории иммуногематологического типирования и подбора совместимой крови (данные исследования выдаются на специальном бланке) или в кабинете переливания крови операционного блока (данные исследования вносятся непосредственно в протокол переливания ГТС).

113. Необходимость проведения гемотрансфузионной терапии обосновывается соответствующей записью в истории болезни лечащим врачом и согласовывается с начальником лечебного отделения и заведующим экспедиционным отделением ЦК.

114. У всех пациентов, которым может потребоваться переливание по системе АВО компонентов крови заблаговременно (при поступлении на стационарное лечение) определяют групповую принадлежность и резус фактор D. Порядок проведения изосерологических исследований определен Приказом начальника госпиталя от 9 марта 2016 г № 51 «Инструкция по проведению преаналитического этапа (порядок взятия, хранения и транспортировки) с биоматериалом для лабораторных исследований в ЦКЛД ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н.Бурденко». Первично эти исследования проводятся в лечебном отделении и подтверждаются в подразделениях (отделении

клинических инфекционно-иммунологических исследований (далее – ОКИИИ), отделениях экспресс-диагностики (далее – ОЭД) центра клинической лабораторной диагностики (далее – ЦКЛД). Дополнительно в ОКИИИ и ОЭД при ЦАРИИТ проводятся исследования на антиэритроцитарные антитела. Определение антигенов эритроцитов С,с,Е,е,К проводится у детей до 18 лет, женщин детородного возраста, реципиентов с отягощённым трансфузионным анамнезом, имеющих антитела к антигенам эритроцитов, реципиентов, нуждающихся в многократных трансфузиях донорской крови и (или) её компонентов. При наличии антиэритроцитарных антител пациентам осуществляется индивидуальный подбор крови в иммуногематологической лаборатории ЦК. При поступлении пациентов по неотложным показаниям определение антиэритроцитарных антител и фенотипа эритроцитов производится в течение одного часа в ОЭД при ЦАРИИТ в выходные, праздничные дни и в нерабочее (после 15:00) время.

115. Получение и транспортировку гемокомпонентов обеспечивает медицинский персонал лечебного отделения с использованием специальных термоконтейнеров.

116. Необходимым предварительным условием переливания компонентов крови является информированное добровольное согласие больного. Необходимость переливания гемокомпонентов обсуждается и согласовывается в письменном виде с пациентом, а при необходимости – с его законными представителями. При отсутствии законных представителей или в случаях, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением вышестоящего начальника. Согласие или отказ на переливание гемокомпонентов оформляется по установленной форме и подшивается к истории болезни (приложение 2).

117. Обеспечение ГТС больных, заключивших договор об оказании медицинских услуг, осуществляется на основе полной финансовой компенсации затрат по трансфузии ГТС в соответствии с утвержденным прейскурантом. Документом, подтверждающим оплату стоимости используемых ГТС, является копия платежного поручения (квитанция приходного ордера).

118. ГТС, предназначенные для трансфузии в подразделении, учитывают в «Книге учета переливания гемотрансфузионных и кровезамещающих средств» (ф. 20), регламентированной «Указаниями по ведению медицинского учета и отчетности в Вооруженных Силах Российской Федерации на мирное время» утвержденными начальником ГВМУ в 2001 г. ГТС, выданные в лечебные отделения, должны быть перелиты в максимально короткие сроки. Плановые гемотрансфузии следует проводить в первой половине рабочего дня. В случае отказа от трансфузии

или принятия решения о переливании гемокомпонентов другому реципиенту необходимо согласовать эти действия с экспедиционным отделением ЦК.

119. Данные о перелитых ГТС, использованных тест-системах, проведенных пробах на совместимость, динамика наблюдения за реципиентом в ходе и после трансфузии должны быть внесены в протокол переливания ГТС (приложение 3) и вклеены в историю болезни в хронологическом порядке.

120. Контейнеры после завершения трансфузии с небольшим содержанием ГТС (до 5 мл), а так же все пробы крови, использованные для исследований перед трансфузией, подлежат обязательному 48-часовому хранению в холодильнике, с дальнейшей утилизацией в установленном порядке.

121. В случае возникновения у реципиента реакции или осложнения в ходе биологической пробы, трансфузии или в посттрансфузионном периоде немедленно сообщить об этом начальнику лечебного отделения и дежурному по экспедиционному отделению ЦК. После купирования реакции и предварительного расследования ее причин заполнить бланк извещения о посттрансфузионной реакции и (или) осложнении (приложение 4) и передать в экспедиционное отделение центра крови.

122. Ответственность за рациональное назначение и целевое расходование ГТС в госпитале несут начальники лечебных отделений, штатный главный трансфузиолог госпиталя и врачи лечебных отделений, ответственные за организацию гемотрансфузионной помощи в отделениях.

123. Ежемесячно не позднее 5 числа следующего месяца после отчетного начальник ЦК представляет в финансово-экономическую службу госпиталя «Отчет о движении гемотрансфузионных сред по госпиталю».

ХIII. Оказание медицинской помощи (медицинских услуг) в госпитале в системе обязательного медицинского страхования

124. Оказание медицинской помощи в госпитале в системе обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с Гражданским кодексом РФ, Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителя», Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Лицензии на осуществление медицинской деятельности, ежегодным Постановлением Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», ежегодными Постановлениями Правительства Москвы «О территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», Тарифным соглашением на оплату медицинской

помощи, оказываемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы.

125. За организацию оказания медицинской помощи в госпитале в системе обязательного медицинского страхования отвечает заместитель начальника госпиталя по медицинской части.

126. Начальник отдела медицинского страхования отвечает за организацию своевременного выставления счетов Федеральному фонду обязательного медицинского страхования, страховым медицинским организациям за оказанную медицинскую помощь в рамках Территориальной программы, за организацию и контроль проведения вневедомственной медико-экономической экспертизы. По заявкам страховых компаний и поступающим жалобам от пациентов (их представителей) на качество оказания медицинской помощи начальник отделения медицинского страхования организует проведение внутриведомственной экспертизы качества оказания медицинской помощи, привлекая для ее проведения врачей отделения контроля качества медицинской помощи госпиталя и других медицинских специалистов при необходимости.

127. Объем оказания медицинской помощи определяется базовой и территориальной программ государственной гарантии оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

128. Медицинская помощь оказывается в амбулаторных и в стационарных условиях в рамках программы обязательного медицинского страхования.

129. Госпитализация больных в плановом порядке осуществляется в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 декабря 2020 г. № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования».

130. Дата госпитализации определяется начальником профильного отделения (на основании анализа имеющейся у пациента медицинской документации, результатов лабораторных и дополнительных исследований, выполненных в амбулаторно-поликлиническом учреждении) без ущерба для организации лечебно-диагностического процесса в отношении льготного контингента.

131. Основанием для выставления счета за оказанную стационарную медицинскую помощь (медицинские услуги) является «Карта выбывшего из стационара», паспортная часть которой заполняется при поступлении больного в приемное отделение. В случае, если «Карта выбывшего из стационара» не заведена в приемном отделении, она заводится в отделении.

132. Направление пациентов в госпиталь для оказания специализированной медицинской помощи осуществляется лечащим врачом медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи (далее - лечащий врач) в рамках программ обязательного медицинского страхования.

133. Медицинскими показаниями для оказания специализированной медицинской помощи в госпитале являются:

а) нетипичное течение заболевания и (или) отсутствие эффекта от проводимого лечения;

б) необходимость применения методов лечения, не выполняемых в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

в) высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием коморбидных заболеваний;

г) необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств в случаях, предусмотренных подпунктами "а" - "в" настоящего пункта;

д) необходимость дополнительного обследования в диагностически сложных случаях и (или) в случаях комплексной предоперационной подготовки у пациентов с осложненными формами заболевания и (или) коморбидными заболеваниями для последующего лечения;

е) необходимость повторной госпитализации по рекомендации федеральной медицинской организации.

134. При направлении пациентов в госпиталь лечащий врач формирует с использованием информационных систем в сфере здравоохранения в форме электронного документа, а при отсутствии доступа к указанным информационным системам - на бумажном носителе, следующие документы:

а) направление на госпитализацию, которое содержит следующие сведения:

фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания);

номер страхового полиса обязательного медицинского страхования и наименование страховой медицинской организации (при наличии);

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);

код основного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее - МКБ-10);

результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи;

профиль показанной пациенту специализированной медицинской помощи и условия ее оказания (стационарно, в дневном стационаре);

наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания специализированной медицинской помощи, или обособленного структурного подразделения федеральной медицинской организации (в случае возможности выбора обособленного структурного подразделения федеральной медицинской организации);

фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии).

При формировании направления на госпитализацию в форме документа на бумажном носителе оно должно быть написано разборчиво или сформировано в печатном виде, заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя направляющей медицинской организации (уполномоченного лица), печатью направляющей медицинской организации.

При формировании направления на госпитализацию в форме электронного документа оно подписывается усиленными квалифицированными электронными подписями лечащего врача, руководителя направляющей медицинской организации (уполномоченного лица);

б) выписку из медицинской документации, которая должна содержать диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья, проведенных диагностике и лечении, рекомендации о необходимости оказания специализированной медицинской помощи;

в) сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя.

135. Пациент (его законный представитель) при наличии результатов лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи может самостоятельно обратиться в госпиталь для оказания специализированной медицинской помощи.

Госпиталь при наличии объемов специализированной медицинской помощи на текущий финансовый год, обеспечивает формирование и передачу в форме электронного документа посредством информационных систем в сфере здравоохранения, а при их отсутствии - на бумажном носителе, направления в госпиталь, иных документов и сведений, в соответствии с пунктом 14 настоящего раздела настоящего Положения.

136. Основанием для госпитализации пациента в госпиталь является решение врачебной комиссии по отбору пациентов на оказание специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи (далее – врачебная комиссия) о наличии медицинских показаний для госпитализации, принятое на основании документов, указанных в пункте 14

настоящего раздела настоящего Положения. Врачебная комиссия создается приказом начальника госпиталя.

137. Врачебная комиссия в срок, не превышающий трех рабочих дней со дня получения документов и информации, поступивших посредством информационной системы в сфере здравоохранения или на бумажном носителе, принимает решение о наличии (отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в целях оказания специализированной медицинской помощи в госпитале.

138. Решение врачебной комиссии оформляется протоколом, содержащим следующие данные:

- а) основание создания врачебной комиссии (реквизиты нормативного акта);
- б) дата принятия решения врачебной комиссии;
- в) состав врачебной комиссии;
- г) сведения о пациенте (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания));
- д) номер полиса обязательного медицинского страхования пациента;
- е) страховой номер индивидуального лицевого счета пациента;
- ж) код диагноза в соответствии с МКБ-10;
- з) заключение врачебной комиссии, содержащее одно из следующих решений:

о наличии медицинских показаний для госпитализации пациента в госпиталь для оказания специализированной медицинской помощи с указанием диагноза, кода диагноза по МКБ-10, планируемой даты госпитализации пациента;

об отсутствии медицинских показаний для госпитализации пациента в госпиталь для оказания специализированной медицинской помощи с рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания;

о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи с указанием диагноза, кода диагноза по МКБ-10, кода вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемым программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи 5;

о необходимости проведения дополнительного обследования (с указанием необходимого объема дополнительного обследования);

о наличии медицинских показаний для направления пациента в иную федеральную медицинскую организацию (с указанием наименования иной федеральной медицинской организации, в которую рекомендовано направить пациента (при необходимости));

о наличии медицинских противопоказаний для госпитализации пациента в госпиталь, рекомендациями по дальнейшему медицинскому

обследованию, наблюдению и (или) лечению пациента по профилю заболевания, состояния (группы заболеваний, состояний).

139. Завершение заполнения паспортной части истории болезни и «Карты выбывшего из стационара» (при отсутствии данных в момент приема больного), а также раздела о выполненных лечебно-диагностических мероприятиях осуществляется лечащим врачом по окончании лечения больного. Начальник отдела медицинского страхования осуществляет контроль за правильностью внесения данных, в соответствующие разделы карты выбывшего из стационара, соответствие кода клинико-статистического группы диагнозу больного и выполненным лечебным мероприятиям. За полноту и качество заполнения всех разделов «Карты выбывшего из стационара» отвечает лечащий врач.

140. «Карта выбывшего из стационара» доставляется в отделение медицинского страхования в день выписки.

141. С целью организации и проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи начальник отдела медицинского страхования должен заблаговременно (не позднее, чем за 3 дня до проведения экспертизы) в письменном виде уведомить начальника медицинской части о перечне необходимых историй болезни и сроках их доставки в отделение медицинского страхования. Начальник медицинской части обязан принять все меры для организации своевременного представления медицинских документов с целью проведения медико-экономической экспертизы в отдел медицинского страхования. Истории болезни, истребуемые страховыми компаниями на экспертизу качества медицинской помощи, могут быть переданы для проведения предварительной проверки в отделение контроля качества медицинской помощи.

142. В случае возникновения разногласий во время проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества, требующих дополнительных разъяснений, начальник отдела медицинского страхования сообщает об этом начальнику профильного отделения. Начальник отделения обязан прибыть в отделение медицинского страхования и принять необходимые меры для урегулирования разногласий.

143. Запрещается приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, входящих в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при реализации Территориальной программы» за счет пациента.

XIV. Порядок оказания медицинской помощи (медицинских услуг) в госпитале по системе добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг

144. Оказание медицинской помощи в госпитале на возмездной основе осуществляется в соответствии с Гражданским кодексом Российской

Федерации, Налоговым кодексом Российской Федерации, Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 07 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Уставом госпиталя, Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг физическим и юридическим лицам в федеральном государственном бюджетном учреждении «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации», утвержденным приказом начальника госпиталя от 23 сентября 2019 г., преискурантом и Лицензией на медицинскую деятельность.

145. Медицинская помощь за плату предоставляется по юридическому адресу госпиталя: 105229, г. Москва, Госпитальная площадь, дом 3, а также по месту дислокации филиалов и структурных подразделений.

146. Госпиталь обязан предоставить информацию, доступную для посетителей, содержащую следующие сведения:

- наименование, адрес места нахождения госпиталя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, адрес места нахождения и телефон лицензирующего органа);

- перечень медицинской помощи, оказываемой за плату с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинской помощи и порядке их оплаты;

- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении медицинской помощи за плату, об уровне их профессионального образования и квалификации;

- режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении медицинской помощи за плату;

- сведения о контролирующих организациях, их адресах и телефонах.

147. Информация о перечне оказываемой медицинской помощи за плату и ее стоимости, а также вышеуказанная информация должна быть размещена на стендах (стойках) в регистратуре.

148. Медицинская помощь предоставляется гражданам (пациентам) в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

149. Оказание медицинской помощи за плату осуществляется согласно требованиям стандартов и нормативно-методических документов Министерства здравоохранения Российской Федерации,

предъявляемых к различным методам диагностики, профилактики и лечения различных нозологических форм заболеваний.

150. Медицинская помощь за плату физическим и юридическим лицам оказывается на основании заключенных в письменной форме договоров в рамках программ медицинского обслуживания.

151. Пациентам, самостоятельно обратившимся в госпиталь за оказанием медицинской помощи за плату, медицинская помощь оказывается по медицинским показаниям после получения предварительно подписанного информированного согласия при обязательном письменном уведомлении о возможности получения данной медицинской помощи бесплатно по месту основного медицинского прикрепления в рамках Программы государственных гарантий.

152. До заключения договора госпиталь в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую помощь за плату), в том числе назначенного режима лечения, могут повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

153. Основанием для оказания медицинской помощи является:

- отсутствие соответствующих медицинских манипуляций в системе ОМС или гарантированного государством объема бесплатной медицинской помощи по месту проживания;

- желание пациента получить медицинскую помощь у специалистов в госпитале на возмездной основе (за плату);

- оказание медицинской помощи иногородним жителям при отсутствии у них медицинского полиса;

- пациентам, находящимся на стационарном лечении, возможно оказание медицинской помощи за плату по манипуляциям, не входящим в стандарты ОМС при лечении конкретного заболевания, а также услуг по комфортному размещению пациента, дополнительного питания и т.д.

- оказание медицинской помощи гражданам иностранных государств (по разрешению начальника Генерального штаба МО РФ);

- уникальность медицинской манипуляции, операции или технологии, не выполняемых в других лечебных учреждениях.

154. Медицинская помощь предоставляется пациентам на основании и в полном соответствии с правилами внутреннего распорядка и режимом работы Госпиталя и оказывается при обращении пациентов в регистратуру или по предварительной записи. Информация о часах приема соответствующих специалистов и порядке записи к ним предоставляется медицинским персоналом в регистратуре госпиталя.

155. Неотложная медицинская помощь оказывается бесплатно всем категориям граждан. Оказание неотложной медицинской помощи на возмездной основе допускается только в случае включения данного вида медицинской помощи страховыми организациями в программу

добровольного медицинского страхования и по договорам с юридическими лицами.

156. В случае если при предоставлении медицинской помощи за плату потребуются предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такая медицинская помощь оказывается без взимания платы.

157. Выписка льготных рецептов при оказываемой медицинской помощи на возмездной основе, не предусмотрена.

158. Договоры на оказание медицинской помощи за плату заключаются с заказчиком (пациентом) по следующим формам:

- а) договор на предоставление платных медицинских услуг (амбулаторного лечения) с физическим лицом
- б) договор на предоставление платных медицинских услуг стационарного лечения с физическим лицом
- в) договор на предоставление платных медицинских услуг (стационарного лечения) с юридическим лицом.

159. Договоры регламентируют условия и сроки получения медицинских услуг, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон. Договор со стороны Госпиталя подписывает начальник госпиталя или уполномоченное на то лицо на основании выданной доверенности.

160. В случае недееспособности пациента, оформление договора на оказание медицинской помощи за плату возлагается на его представителей (ближайших родственников, опекуна или попечителя), также возможно подписание договора с юридическим лицом.

161. В случае заключения договора третьей стороной (физические и юридические лица) по оказанию медицинской помощи Пациенту (потребителю) договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй – у заказчика, третий – у потребителя (пациента).

162. По взаимной договорённости сторон допускается внесение изменений в данные типовые договора, не противоречащие законодательству, а также данного Положения, и не изменяющие сущности договоренности.

163. Договор по оказанию медицинской помощи за плату (амбулаторного лечения) для физических лиц заключается с заказчиком (пациентом) при обращении его за комплексным медицинским обследованием, не требующим госпитализации пациента в стационар.

164. После проверки документа, удостоверяющего личность пациента (паспорт), сотрудником регистратуры оформляется медицинская карточка в письменной или электронной форме, направление на обследование или консультацию, информированное согласие, договор на амбулаторное лечение и счет на оплату выбранных пациентом медицинских исследований, составленный в двух экземплярах.

165. Направление на исследование или консультацию с отметкой об оплате является основанием для оказания медицинской помощи. В направлении врач, выполнивший медицинское обследование и оформивший заключение, делает отметку об оказании медицинской помощи (в соответствующей графе указывает свой личный код и окончательный шифр медицинской манипуляции, указанный в прейскуранте цен). При расширении объема, сложности и стоимости выполненного исследования (по согласованию с пациентом), врач может изменять шифр медицинской манипуляции. Врач несет персональную ответственность за правильность оформления направления и точное указание шифра выполненных медицинских исследований. На основании указанных в направлении шифров производится окончательный расчет с оформлением акта приема оказанной медицинской помощи и делается отметка на пропуске для выхода пациента из Госпиталя.

166. Оказание медицинской помощи без направления, оформленного установленным образом, не допускается.

167. В случае мотивированного отказа пациентом от выполнения оплаченной медицинской помощи, оформляется письменное заявление с указанием причины. Если отказ от обследования произошел по вине медицинского персонала Госпиталя, данная медицинская помощь, по согласованию с пациентом, может быть оказана безвозмездно или за счет виновного лица.

168. Копии инструментальных исследований с указанием номера амбулаторной карточки хранятся в медицинских подразделениях, оказавших медицинскую помощь, в установленном порядке, а карточка амбулаторного больного храниться в электронном виде в течение трех лет.

169. В отдельных случаях, по решению начальника Госпиталя или его заместителя по медицинской части, допускается лечение пациентов за плату в непрофильном отделении.

170. Договор по оказанию медицинской помощи за плату (стационарного лечения) для конкретного лечения в условиях стационара определенного пациента заключается с физическим или юридическим лицом в двух экземплярах, один из которых, после подписания должностными лицами, передается заказчику (пациенту), другой остается в делах Госпиталя.

171. На соответствующий объем медицинской помощи за плату по требованию потребителя (заказчика) может быть составлена смета, которая в этом случае является неотъемлемой частью договора.

172. При обращении пациента в регистратуре отделения платных медицинских услуг оформляется медицинская карточка и направление на консультацию врача-специалиста.

173. В случае нуждаемости пациента в оказании медицинской помощи в условиях стационара, врач-специалист КДЦ или врач профильного отделения (в том числе консультативного) оценивает возможность и целесообразность стационарного лечения с последующим оформлением

медицинского заключения, в котором формулируется диагноз, определяется предполагаемый срок лечения с перечнем инструментальных исследований, вид предполагаемого оперативного или малоинвазивного вмешательства, вид анестезии и сроки нахождения в реанимации, а также заносятся необходимые данные о листке нетрудоспособности.

174. В регистратуре отделения платных медицинских услуг оформляются направление на стационарное лечение, карточка учета медицинских манипуляций, которые вместе с заключением о необходимости стационарного лечения и данными осмотра врача подшиваются в историю болезни. В экономическом отделе заключается договор, подписывается информированное согласие и оформляется счет для предварительной оплаты лечения. Направление на госпитализацию подписывается ответственным должностным лицом, который согласовывает дату госпитализации с начальником профильного отделения, после чего решение на госпитализацию принимает начальник Госпиталя (заместитель начальника госпиталя по медицинской части).

175. История болезни в приемном отделении оформляется на основании следующих документов:

- договор на оказание медицинской помощи на возмездной основе;
- информированное согласие;
- документ, удостоверяющий личность пациента (паспорт);
- направление на госпитализацию;
- карточка учета медицинских манипуляций.

176. В процессе стационарного лечения по истории болезни производятся промежуточные расчеты (не реже 1 раза в неделю) с целью определения произведенных затрат на лечение и информирования пациента о дальнейшем предполагаемом увеличении стоимости.

177. За сутки до выписки история болезни представляется в экономический отдел и отделение медицинского страхования для подсчета стоимости оказанной медицинской помощи и оформления соответствующего акта приема, который подписывается лечащим врачом или начальником отделения. Лечащий врач несет персональную ответственность за точное указание количества и видов выполненных медицинских манипуляций и лечебных назначений. На основании указанных в акте шифров оказанной медицинской помощи и их количества, производится окончательный расчет с пациентом.

178. Договор по оказанию медицинской помощи за плату (стационарного лечения), счет и акт приема оказанной медицинской помощи подписывается заказчиком (пациентом) и должностным лицом, которому делегировано право подписи, а затем заверяется гербовой печатью.

179. Со страховыми компаниями, работающими в системе добровольного медицинского страхования, могут быть заключены соответствующие договора по оказанию медицинской помощи застрахованным гражданам, которые составляются в двух экземплярах с

приложением страховой медицинской программы заказчика и списка застрахованных лиц. Оказание медицинской помощи производится после перечисления авансового платежа, либо предоставления гарантийного письма, по решению начальника Госпиталя.

180. Допускается заключение договоров по оказанию медицинской помощи за плату с юридическими и физическими лицами на лечение пациентов в течение календарного года, которые по соглашению сторон могут пролонгироваться.

181. Медицинская помощь оказывается на сумму, не превышающую размер аванса. По окончании срока действия договора между сторонами производятся взаиморасчеты.

182. Взаимодействие со страховыми компаниями, организациями, учреждениями, предприятиями осуществляет заведующий отделением медицинского страхования.

183. Контроль по организации работы связанной с оказанием медицинской помощи на возмездной основе и качеством ее выполнения в Госпитале осуществляется заместителями начальника Госпиталя в соответствии с их должностными обязанностями.

184. Контроль по оформлению платежных документов и ведением финансово-экономической деятельности осуществляет главный бухгалтер Госпиталя.

XV. Экспертиза временной нетрудоспособности

185. Экспертиза временной нетрудоспособности - вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности. Экспертизе временной нетрудоспособности подлежат все работающие по трудовым договорам на территории Российской Федерации граждане вне зависимости от гражданства, неработающие пациенты, в течение последнего месяца уволенные с работы или из рядов Вооруженных сил РФ, лица, состоящие на учете в государственных учреждениях службы занятости. Отказ пациента от получения листка нетрудоспособности не влечет за собой отказ от выполнения лечащим врачом требований данного порядка по оформлению медицинской документации в части экспертизы временной нетрудоспособности работающего пациента.

186. Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в соответствии со ст. ст. 48, 59, 60, 70 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказами Минздравсоцразвития РФ от 05 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» и от 1 сентября 2020 г. № 925н «Об утверждении

комиссии медицинской организации» и от 1 сентября 2020 г. № 925н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности, включая порядок оформления листков нетрудоспособности в форме электронного документа», приказом Минздрава РФ от 21 мая 2002 г. №154 «О ведении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях», действующим законодательством и настоящим порядком.

187. Экспертиза временной нетрудоспособности (далее – ЭВН) осуществляется лечащим врачом отделения под контролем начальника (заведующего) отделением, прошедших обучение в соответствии с п.3, ст.59 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», по экспертизе временной нетрудоспособности и качества оказания медицинской помощи.

188. В госпитале экспертиза временной нетрудоспособности осуществляется на основании лицензии на право медицинской деятельности, включая экспертизу временной нетрудоспособности.

XVI. Организация и порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности

189. Председатель врачебной подкомиссии по ЭВН:

- организует в госпитале работу по контролю качества и эффективности лечебно-профилактических мероприятий в отношении работающих пациентов;

- организует работу по контролю качества оказания медицинской помощи работающим пациентам и экспертизе их временной нетрудоспособности лечащими врачами лечебных отделений;

- контролирует работу лечащих врачей, начальников (заведующих) отделений по продлению сроков нетрудоспособности и лечения пациентов, организует работу врачебной подкомиссии госпиталя по вопросам ЭВН, обеспечивает условия для ее эффективной деятельности, лично подтверждает своей подписью листки нетрудоспособности пациентов, находящихся на лечении в госпитале и являющихся нетрудоспособными более 15 суток или при продолжении временной нетрудоспособности после стационарного периода лечения; - осуществляет выборочный текущий и по законченным случаям контроль за выполнением стандартов оказания медицинской помощи работающим пациентам, реализацией моделей конечных результатов их лечения, за проведением экспертизы временной нетрудоспособности врачами отделений; - принимает участие в решении сложных клинико-экспертных вопросов в отношении работающих пациентов;

- проводит анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности, соответствия сроков временной нетрудоспособности рекомендациям Минздрава РФ и ФСС;

- анализирует клиничко-экспертные ошибки по экспертизе временной нетрудоспособности, по полученным материалам принимает решения в пределах компетенции по текущим вопросам и представляет предложения начальнику госпиталя по совершенствованию ЭВН в отделениях;

- осуществляет взаимодействие с региональным отделением Фонда социального страхования, Фондом обязательного медицинского страхования, а также с медико-социальными экспертными комиссиями города. Рассматривает их иски и претензии;

- организует направление на курсы повышения квалификации врачей госпиталя по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;

- ежеквартально докладывает начальнику госпиталя о состоянии экспертизы временной нетрудоспособности в отделениях госпиталя и качества оказания медицинской помощи работающим пациентам, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, с анализом допущенных врачебных ошибок;

- рассматривает обращения пациентов по вопросам качества оказания медицинской помощи и экспертизы временной нетрудоспособности;

- осуществляет контроль за ведением медицинской документации, статистического учета и отчетности по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности в госпитале;

- контролирует правильность учета, хранения, заполнения и расходования бланков листов нетрудоспособности в отделениях госпиталя.

190. Председатель врачебной подкомиссии по ЭВН должен иметь следующие документы: - приказ о назначении врачебной подкомиссии (ВК); - функциональные обязанности председателя ВК госпиталя по ЭВН; - книга формы 35/у-02 для учета работы ВК по направлениям деятельности комиссии; список лечащих врачей отделений с образцами их подписей.

191. Врачебная подкомиссия госпиталя по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности принимает решение по представлению лечащего врача, подписанного начальником отделения и дает заключения о продлении лечения и сроков нетрудоспособности, а также выдаче листов нетрудоспособности пациентам, находящимся на стационарном лечении в отделениях госпиталя со сроком, превышающим 15 суток; о направлении на медико-социальную экспертизу длительно болеющих (не более 4-х месяцев, при травме и реконструктивных операциях не более 10 месяцев) пациентов, а при очевидно неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе и в более ранние сроки.

192. Лечащий врач, осуществляющий экспертизу временной нетрудоспособности:

- определяет признаки временной утраты трудоспособности на основе оценки состояния здоровья, характера и условий труда, социальных факторов; в первичных медицинских документах фиксирует жалобы пациента, анамнез, в т.ч. страховой с указанием сведений о месте работы и должности больного, о времени начала его нетрудоспособности до

госпитализации в госпиталь с указанием номера листка нетрудоспособности до госпитализации и даты его начала, общего количества дней нетрудоспособности до поступления в госпиталь, объективные данные с детальным описанием жалоб, препятствующих работе, назначает необходимые обследования и консультации, формулирует диагноз заболевания, после чего указывает степень функциональных нарушений органов и систем, наличие осложнений и степень их тяжести, обуславливающих нетрудоспособность, фиксирует в момент первичного осмотра заключение о временной нетрудоспособности пациента и необходимости оформления листка временной нетрудоспособности после окончания стационарного лечения или продолжения имеющегося листка;

- рекомендует лечебно-оздоровительные мероприятия, вид лечебно-охранительного режима, назначает дополнительные обследования, консультации;

- определяет сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний, наличия осложнений и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах, определенных стандартами лечения;

- формирует листок нетрудоспособности в бумажном виде, а при заявлении письменном заявлении пациента – в форме электронного документа. Лечащий врач при осмотрах в процессе лечения в дневниках отражает динамику заболевания, эффективность проводимого лечения, оценивает результаты лабораторных, инструментальных и специальных исследований;

- при выписке в выписном эпикризе указывает - восстановлена или не восстановлена трудоспособность пациента, номер листка нетрудоспособности, на какой срок он был выдан с учетом лечения в отделении и даты явки в поликлинику при сохранении критериев временной нетрудоспособности.

193. Минимально необходимое для работы количество бланков листков нетрудоспособности старшая медицинская сестра лечебного отделения получает по доверенности, подписанной начальником (заведующим) отделения, из бухгалтерии госпиталя. Хранение листков нетрудоспособности в бухгалтерии госпиталя и в отделениях осуществляется в соответствии с требованиями ФСС и Минздрава РФ от 29 января 2004 г. №18/29. Старшая сестра ведет книгу формы 036/у. В каждом разделе формы 036/у внесенные листки нетрудоспособности нумеруются подряд с 01 января по 31 декабря текущего года (01 января указывается первый порядковый номер, 31 декабря - последний). При заполнении журналов необходимо строго соблюдать форму, аккуратно заполняя все графы. Номера листков нетрудоспособности записываются в хронологическом порядке в двух (по шесть цифр) строках 2-й графы книги формы 036/у. Листок нетрудоспособности продолжение фиксируется в двух (по шесть цифр) строках 3-й графы. В графах 4-5 аналогично фиксируются данные о номерах

листочков нетрудоспособности, выданных другими лечебными учреждениями (первичные или продолжения). В день выписки из стационара старшая медицинская сестра отделения подсчитывает число дней нетрудоспособности по последнему листку (в графах 14-15 проставляются даты начала и окончания; в графе 16 количество дней нетрудоспособности с учетом первого и последнего дней освобождения как двух). В графе 17 отмечается, куда выбыл больной и в случае выдачи дубликата испорченного листка нетрудоспособности указывается порядковый номер испорченного листка нетрудоспособности и дата выдачи дубликата. Паспортную часть листка нетрудоспособности заполняет на основании паспорта пациента и данных истории болезни нештатная канцелярская медицинская сестра клиники. Корешки листков нетрудоспособности заполняются в соответствии с указанными в них требованиями, подпись больного обязательна. Корешки выданных листков нетрудоспособности прошиваются ниткой в левом нижнем углу пачки ранее выданной серии в порядке возрастания учетных номеров, сдаются в бухгалтерию госпиталя, где хранятся в течение 3-х лет, затем уничтожаются комиссией с составлением акта.

XVII. Порядок оформления и выдачи листков нетрудоспособности

194. Оформление документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, находившихся на лечении в отделениях госпиталя, проводится в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 сентября 2020 г. № 925н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности, включая формирование листков нетрудоспособности в форме электронного документа».

195. Выдача листков нетрудоспособности осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

196. Листок нетрудоспособности выдается больному, находившемуся на стационарном режиме, при выписке из стационара, а поступающему на дневной стационар оформляется в день поступления. Пациентам, проходящим лечение в амбулаторном режиме, листок нетрудоспособности выдается в день обращения. При получении листка нетрудоспособности пациент лично расписывается в корешке, в том числе и за сведения о его месте работы. Листок нетрудоспособности заполняется только лечащим врачом. **ЗАПРЕЩАЕТСЯ** оформление бланков листков нетрудоспособности средним медицинским персоналом клиники.

197. При заполнении раздела «**ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**» листка нетрудоспособности:

- в строке (наименование медицинской организации) указывается сокращенное наименование госпиталя в соответствии с Уставом – ФГБУ ГВКГ ИМ НН БУРДЕНКО МИНОБОРОНЫ РОССИИ;

- в строке (адрес медицинской организации) указывается адрес госпиталя, в соответствии с адресом осуществления медицинской деятельности по лицензии на медицинскую деятельность – МОСКВА ГОСПИТАЛЬНАЯ ПЛОЩАДЬ 3;

- в строке (ОГРН) указывается основной государственный регистрационный номер госпиталя - 1037739493901.

198. При выписке пациента из стационара для продолжения лечения в амбулаторно-поликлинических условиях по месту жительства в строке таблицы «Освобождение от работы», следующей после освобождения в связи с пребыванием в стационаре, проставляются дни, необходимые пациенту для явки в поликлинику с учетом выходных и праздничных дней. В целях улучшения преемственности в работе стационаров и поликлиник целесообразно давать больному для явки в поликлинику максимально короткий срок (1-3 дня). Больной должен явиться в поликлинику в последний день освобождения, указанный в таблице «Освобождение от работы», что указывается в выписном эпикризе.

199. При выписке гражданина после оказания ему медицинской помощи в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) выдается (формируется) листок нетрудоспособности в день выписки из госпиталя за весь период оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в условиях дневного стационара).

200. При продолжении временной нетрудоспособности после выписки из стационара решение о продлении листка нетрудоспособности одновременно до 10 календарных дней принимается врачебной комиссией госпиталя.

201. В случае заболевания (травмы, отравления) учащихся образовательных учреждений начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования, и учреждений послевузовского профессионального образования в период проведения оплачиваемых работ при прохождении производственной практики, а также в случае выполнения ими работы по трудовому договору листок нетрудоспособности выдается в соответствии с настоящей инструкцией.

202. При оформлении листков нетрудоспособности на бумажном носителе или сформированного в форме электронного документа в отделениях по профилю «онкология», «дерматовенерология», «психиатрия», при оказании медицинской помощи при заболевании, вызываемом ВИЧ, при психических расстройствах и расстройствах поведения, больным туберкулезом, по согласованию с нетрудоспособным гражданином или его законным представителем могут быть указаны должности врачей, оказывающих медицинскую помощь по иным профилям либо «лечащий врач».

203. Заполненный бланк листка нетрудоспособности (справки) заверяется печатью «для листков нетрудоспособности», которая ставится в

правом верхнем и нижнем углах основной части листка нетрудоспособности при выписке на работу. При необходимости дальнейшего лечения и продлении листка нетрудоспособности в другом лечебном учреждении печать на подписи и в правом нижнем углу не ставится, экспертное решение в строке «Иное» кодом 31 - «продолжает болеть» не проставляется и подпись врача не ставится.

204. За законность заполнения бланков листков нетрудоспособности отвечают лечащие врачи, начальники (заведующие) отделений, заместитель начальника госпиталя по клинико-экспертной работе.

XVIII. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при направлении гражданина медико-социальную экспертизу

205. На медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ) направляются граждане, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, нуждающиеся в социальной защите, по заключению врачебной комиссии при:

очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала;

благоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее 10 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций и не позднее 12 месяцев при лечении туберкулеза либо гражданин выписывается к занятию трудовой деятельностью;

необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза независимо от группы инвалидности и сроков временной нетрудоспособности.

206. При установлении инвалидности срок временной нетрудоспособности завершается датой, непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ.

207. Временно нетрудоспособным лицам, которым не установлена инвалидность, листок нетрудоспособности может быть продлен по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности с периодичностью продления листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии не реже чем через 15 дней или до повторного направления на МСЭ.

208. При отказе гражданина от направления на МСЭ или несвоевременной его явке на МСЭ по неуважительной причине листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа от направления на МСЭ или регистрации документов в учреждении МСЭ; сведения об этом указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

XIX. Порядок и условия признания гражданина инвалидом

209. Признание гражданина инвалидом осуществляется в соответствии с требованиями Постановления Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом», приказа Министерства труда и социального развития РФ от 27 августа 2019 г. №565н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении МСЭ граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

210. Условиями признания гражданина инвалидом являются:

а) нарушение здоровья со стойким расстройством функции организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

б) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

в) необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Наличие только одного из указанных условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом.

211. Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп – на 1 год.

212. В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленного стойким расстройством функции организма, возникшего в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет – категория «ребенок-инвалид».

213. В случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается день поступления заявления гражданина о проведении МСЭ. Инвалидность устанавливается до 1-го числа месяца, следующего за месяцем, на который назначено проведение очередной МСЭ гражданина (переосвидетельствования).

Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается в случае выявления в ходе осуществления реабилитационных мероприятий невозможности устранения или уменьшения степени ограничения жизнедеятельности гражданина, вызванного стойкими необратимыми изменениями, дефектами и нарушениями функций органов и систем организма.

214. В случае признания гражданина инвалидом в качестве причины инвалидности указываются общее заболевание, трудовое увечье, профессиональное заболевание, инвалидность с детства, инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны, военная травма, заболевание, полученное в период военной службы, инвалидность, связанная

с катастрофой на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска, а также иные причины, установленные законодательством Российской Федерации.

При отсутствии документов, подтверждающих факт профессионального заболевания, трудового увечья, военной травмы или других предусмотренных законодательством Российской Федерации обстоятельств, являющихся причиной инвалидности, в качестве причины инвалидности указывается общее заболевание. В этом случае гражданину оказывается содействие в получении указанных документов. При представлении в бюро соответствующих документов причина инвалидности изменяется со дня представления этих документов без дополнительного освидетельствования инвалида.

XX. Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу

215. Гражданин направляется на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, независимо от ее организационно-правовой формы, органом, осуществляющим пенсионное обеспечение либо органом социальной защиты населения.

216. Основанием для направления пациента, находящегося на лечении в госпитале, является решение врачебной комиссии госпиталя. Представление на ВК и оформление направления гражданина на МСЭ осуществляется после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, и ограничивающих жизнедеятельность.

Форма направления на МСЭ утверждена приказом Министерства труда и социальной защиты и Министерства здравоохранения РФ от 6 сентября 2018 г. № 578н/606н «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (форма № 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу»).

В направлении на МСЭ указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

Одновременно с направлением пациента в бюро МСЭ формируется «Реестр передачи направления на медико-социальную экспертизу». «Направление на медико-социальную экспертизу» (форма № 088/у) подписывается членами врачебной комиссии и заверяется гербовой печатью госпиталя.

217. Орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, а также орган социальной защиты населения вправе направлять на МСЭ гражданина,

имеющего признаки ограничения жизнедеятельности и нуждающегося в социальной защите, при наличии у него медицинских документов, подтверждающих нарушения функций организма вследствие заболеваний, последствий травм или дефектов, на основании его личного заявления.

218. Организации, оказывающие лечебно-профилактическую помощь, органы, осуществляющие пенсионное обеспечение, а также органы социальной защиты населения несут ответственность за достоверность и полноту сведений, указанных в направлении на МСЭ, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

219. В случае если организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, либо орган социальной защиты населения отказали гражданину в направлении на МСЭ, ему выдается справка, на основании которой гражданин (его законный представитель) имеет право обратиться в бюро самостоятельно.

Специалисты бюро проводят осмотр гражданина и по его результатам составляют программу дополнительного обследования гражданина и проведения реабилитационных мероприятий, после выполнения которой, рассматривают вопрос о наличии у него ограничения жизнедеятельности.

XXI. Организация проведения военно-врачебной экспертизы в госпитале

220. Военно-врачебная экспертиза в госпитале в мирное и военное время проводится в целях определения годности к военной службе, обучения (военной службе) по конкретным военно-учетным специальностям, обучения (службе) по специальностям в соответствии с занимаемой должностью, установления причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний у военнослужащих, решения других вопросов, предусмотренных законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства обороны Российской Федерации, других федеральных органов исполнительной власти.

221. Военно-врачебная экспертиза в госпитале осуществляется в строгом соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, действующими постановлениями Правительства Российской Федерации, приказами Министра обороны Российской Федерации и другими нормативно-правовыми актами по данному виду медицинской деятельности.

222. Для проведения военно-врачебной экспертизы и медицинского освидетельствования в госпитале ежегодно приказом начальника госпиталя создаются нештатные постоянно действующие военно-врачебные комиссии, из числа наиболее подготовленных в вопросах военно-врачебной экспертизы врачей-специалистов госпиталя, являющихся руководящим, методическим и

контролирующим органом по военно-врачебной экспертизе и медицинскому освидетельствованию для всех отделений и консультативно-диагностического центра госпиталя.

223. В состав нештатных постоянно действующих военно-врачебных комиссий госпиталя входят:

- председатель комиссии;
- заместитель председателя комиссии;
- врачи всех специальностей;
- секретари комиссии.

224. На нештатные постоянно действующие военно-врачебные комиссии госпиталя возлагаются следующие задачи:

- проведение медицинского освидетельствования следующим категориям:

военнослужащим госпиталя, проходящим военную службу по контракту;

военнослужащим, проходящим военную службу по призыву и контракту, находящимся в отделениях на стационарном лечении;

военнослужащим, проходящим военную службу по призыву и контракту, по направлению командиров воинских частей;

военнослужащим, проходящим военную службу по призыву и контракту, из военных округов и флотов по направлению вышестоящей военно-врачебной комиссии и федерального государственного казенного учреждения «Главный центр военно-врачебной экспертизы» Министерства обороны Российской Федерации;

членам семей военнослужащих, проходящих военную службу по контракту;

- методическое руководство военно-врачебной экспертизой и контроль организации, проведения и результатов обследований, лечебно-диагностических мероприятий в отделениях госпиталя;

- подготовка врачей по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы путем проведения инструкторско-методических занятий;

- проведение совместно с главными медицинскими специалистами госпиталя анализа результатов освидетельствования военнослужащих, разработка разъяснений и предложений по вопросам военно-врачебной экспертизы;

- рассмотрение заявлений, предложений, жалоб и прием посетителей по вопросам военно-врачебной экспертизы;

- ведение медицинского учета и отчетности, своевременное представление отчетов по установленной форме в вышестоящую военно-врачебную комиссию.

XXII. Порядок направления на медицинское освидетельствование военнослужащих в госпиталь

225. На военнослужащих, направленных на медицинское освидетельствование, представляются:

- направление на медицинское освидетельствование, оформленное в соответствии с установленными требованиями;
- медицинская характеристика;
- служебная характеристика;
- медицинская книжка военнослужащего;
- удостоверение личности (военный билет);
- справка о травме (в случаях необходимости подтверждения обстоятельств получения травмы).

226. Медицинское освидетельствование проводится по направлению:

- военнослужащих, проходящих службу по контракту, из войсковых частей и учреждений – прямого начальника от командира полка (корабля 1 ранга), им равным и выше;

- военнослужащих, проходящих службу по призыву, в целях определения годности к службе по военно-учетной специальности – командирами войсковых частей;

- военнослужащих госпиталя – начальника госпиталя;

- в случае выявления у военнослужащих, проходящих службу по призыву, при стационарном обследовании заболеваний, при которых действующим расписанием болезней предусмотрена категория годности к военной службе: «В» – ограниченно годен к военной службе, «Д» – не годен к военной службе – начальника госпиталя;

- в случае выявления у военнослужащих, проходящих службу по контракту, при стационарном или амбулаторном обследовании заболеваний, при которых действующим расписанием болезней предусмотрена категория годности к военной службе: «В» – ограниченно годен к военной службе, «Д» – не годен к военной службе, не годен к службе по военно-учетной специальности, – они могут быть направлены на военно-врачебную комиссию по решению начальника госпиталя;

- военнослужащих, нуждающихся в медицинском освидетельствовании для определения тяжести полученного ими увечья, или в случаях, когда действующим расписанием болезней предусмотрена временная негодность военнослужащих к военной службе – начальника госпиталя.

227. Право направления военнослужащих на медицинское освидетельствование (в случае выявления в процессе стационарного лечения и обследования заболеваний, предусматривающих категории годности «В» или «Д», временную негодность к военной службе и для определения степени тяжести полученного увечья) делегировано начальником госпиталя заместителю начальника госпиталя по медицинской части.

228. В случаях направления на медицинское освидетельствование решением начальника госпиталя, начальник (заведующий) отделения

направляет рапорт по установленной форме на имя заместителя начальника госпиталя по медицинской части.

XXIII. Сроки медицинского освидетельствования

229. В соответствии с действующими требованиями, освидетельствование военнослужащих проводится военно-врачебными комиссиями не позднее трех недель со дня начала обследования, а в связи с предстоящим увольнением из Вооруженных Сил Российской Федерации – не позднее 14 дней.

230. В случаях, когда освидетельствование военнослужащего в связи с неясностью диагноза не может быть проведено в установленные сроки, оно может быть продлено начальником госпиталя (заместителем начальника госпиталя по медицинской части) на основании рапорта начальника (заведующего) отделения с подробным указанием причин, служащих поводом для продления сроков освидетельствования. При принятии положительного решения рапорт прилагается к истории болезни.

231. О продлении сроков освидетельствования начальник (заведующий) отделения обязан поставить в известность командование части, направившее военнослужащего на медицинское освидетельствование.

232. Общий срок непрерывного нахождения на лечении и в отпуске по болезни (за исключением граждан, не проходящих военную службу и поступающих в военно-учебные заведения) не должен превышать сроков, предусмотренных пунктом 63 Положения. Если по истечении указанного срока непрерывного пребывания на стационарном лечении и в отпуске по болезни военнослужащий, проходящий военную службу по контракту, не может по состоянию здоровья приступить к исполнению обязанностей военной службы и нуждается в продолжении лечения, по завершении которого он сможет возвратиться к исполнению обязанностей военной службы, срок пребывания его на лечении может быть продлен решением прямого начальника от командира соединения, ему равных и выше. В этом случае начальник военно-медицинской организации направляет командиру воинской части, в которой проходит службу военнослужащий, отношение о продлении срока пребывания на лечении военнослужащего, в котором указывается основание продления срока непрерывного пребывания военнослужащего на лечении, необходимость продолжения лечения и его предполагаемый срок.

233. По истечении непрерывного продленного срока нахождения на лечении (в том числе в отпуске по болезни) военнослужащий подлежит освидетельствованию для определения категории годности его к военной службе.

XXIV. Порядок медицинского обследования и освидетельствования

234. Военно-врачебная экспертиза предусматривает проведение обследования и освидетельствования. При обследовании проводится комплекс диагностических мероприятий, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб военнослужащего, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, морфологических и иных исследований. При освидетельствовании проводятся изучение и оценка состояния здоровья и физического развития военнослужащего на момент проведения экспертизы в целях определения его годности к военной службе, с учетом результатов ранее проведенного обследования и с вынесением письменного заключения.

235. Медицинское освидетельствование проводится только при определившемся врачебно-экспертном исходе. Под определившимся врачебно-экспертным исходом понимается такое состояние здоровья, когда результаты обследования и лечения дают основание военно-врачебной комиссии вынести заключение о категории годности к военной службе и когда дальнейшее лечение не приведет к изменению этой категории.

236. При проведении освидетельствования одновременно осуществляются мероприятия, связанные с ежегодным медицинским обследованием, если оно не проводилось в текущем году. Учитывая данное положение, в план обследования военнослужащего в обязательном порядке необходимо включать лабораторные и инструментальные методы обследования, предусмотренные приложением № 10 к Руководству по диспансеризации в Вооруженных Силах Российской Федерации, утвержденному приказом Министра обороны Российской Федерации от 18 июня 2011 г. № 800. При этом сроки проведения освидетельствования не должны превышать установленные.

237. Освидетельствование (за исключением освидетельствования в целях предоставления отпуска по болезни или освобождения от исполнения обязанностей военной службы) проводят врачи-специалисты, включенные в состав нештатных постоянно действующих военно-врачебных комиссий и при необходимости – врачи других специальностей по соответствующим графам, статьям расписания болезней и ТДТ.

238. Осмотр генералов, адмиралов, военнослужащих, поступающих в академию Генерального Штаба Министерства обороны Российской Федерации, в Военную академию Министерства обороны Российской Федерации, специалистов войсковой части 45707, военнослужащих, направленных на контрольное обследование и повторное медицинское освидетельствование, в целях вынесения им экспертного заключения, проводится только нештатными главными специалистами госпиталя.

239. Экспертный осмотр врача-специалиста должен содержать:

- жалобы;
- анамнез;
- данные объективного исследования;

- краткие сведения о дополнительных методах обследования, подтверждающих диагноз;

- экспертный диагноз, сформулированный с учетом требований расписания болезней (то есть должна быть указана степень нарушения функции органов и систем);

- статью(и) расписания болезней, соответствующую(ие) установленному диагнозу;

- годность к военной службе с учетом соответствующей графы расписания болезней;

- причинную связь заболеваний;

- указание воинского звания, занимаемой должности, фамилии, имени, отчества врача и его четкую разборчивую подпись.

240. Консультации врачей-специалистов должны быть проведены в течение трех дней после госпитализации военнослужащего на медицинское освидетельствование. При невозможности вынесения экспертного заключения врачом-специалистом, он обязан поставить в известность главного специалиста госпиталя по своей специальности, а начальник (заведующий) отделения, где находится на обследовании военнослужащий, обязан при необходимости собрать клинико-экспертный консилиум.

241. По окончании медицинского освидетельствования лечащий врач оформляет медицинские и экспертные документы и представляет их на штатную военно-врачебную комиссию госпиталя и после принятия ею решения, направляет медицинские и экспертные документы установленным порядком старшей медицинской сестре (секретарю ВВК) медицинской части госпиталя.

242. После поступления указанных документов старшая медицинская сестра (секретарь ВВК) медицинской части госпиталя обязана зарегистрировать представленную медицинскую документацию и на следующий день представить в Главный центр военно-врачебной экспертизы Минобороны для утверждения.

243. Заключение штатной военно-врачебной комиссии госпиталя, не подлежащее утверждению Главным центром военно-врачебной экспертизы Минобороны, оформляется справкой в день освидетельствования и выдается на руки военнослужащему или высылается в адрес части.

244. Заключение штатной постоянно действующей военно-врачебной комиссии госпиталя, оформленное в соответствии с действующими требованиями свидетельством о болезни, справки о степени тяжести полученного увечья, установленным порядком направляются не позднее 5 дней после освидетельствования для утверждения Главным центром военно-врачебной экспертизы Министерства обороны.

245. Заключение военно-врачебной комиссии, утвержденное не позднее 3 рабочих дней после получения из Главного центра высылается командиру воинской части, в которой проходит военную службу

освидетельствованный, или начальнику кадрового органа, направившему его на освидетельствование.

При увольнении военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, или гражданина, проходящего военные сборы, непосредственно из военно-медицинской организации заключение военно-врачебной комиссии, утвержденное ЦВВК Главного центра, высылается в отдел военного комиссариата по месту жительства освидетельствованного.

246. После поступления в медицинскую часть госпиталя утвержденные Главным центром военно-врачебной экспертизы Министерства обороны свидетельства о болезни, справка военно-врачебной комиссии выдаются гражданам, проходящим (проходившим) военную службу (военные сборы), гражданам, проходящим альтернативную гражданскую службу, либо направляется в их адрес почтовой связью, либо выдается (направляется почтовой связью) их законным представителям.

XXV. Порядок расследования случая аварии (травмы) и проведения экстренной химиопрофилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов

247. В случае получения медицинским работником профессиональной травмы при оказании помощи пациенту или при контакте с его биологическими материалами начальник подразделения руководствуется приказом начальника госпиталя от 19 мая 2015 г. № 126 «О введении в действие инструкции «Экстренная профилактика парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ инфекции в госпитале и совместно с санитарно-эпидемиологическим отделением должен организовать учет и расследование этого аварийного случая. Результаты расследования регистрируются в Журнале учета аварийных ситуаций и травм медицинского персонала соответствующего подразделения. По каждому случаю, связанному с риском профессионального заражения медицинского работника, оформляется акт о медицинской травме.

248. Акт о травме (аварии) составляется в клиническом подразделении сразу после случившейся травмы (аварии) на основании объяснений пострадавшего и очевидцев, подписывается начальником подразделения, лицом, ответственным за охрану труда и безопасность персонала (в ночное время, выходные и праздничные дни – дежурным врачом по госпиталю) и очевидцами из числа медицинских работников.

249. Установление у медицинского работника риска заражения ВИЧ-инфекцией и парентеральными гепатитами предполагает проведение экстренной профилактики, которая должна быть назначена в первые 24 часа после травмы (аварии). Эффективность профилактики, проведенной позже 24 часов от момента аварии, резко снижается, а позже 72 часов она не назначается.

250. При отсутствии данных об инфицированности пациента гемоконтактными инфекциями, которому оказывалась медицинская помощь, выполняется исследование его крови, по результатам которого принимается решение о проведении профилактики медицинскому работнику.

251. Данные пациента, травмированного медицинского работника и результат исследования фиксируются начальником подразделения в Журнале учета аварийных ситуаций и травм медицинского персонала, который хранится в подразделении.

252. Для назначения и проведения экстренной химиопрофилактики необходимо в кратчайшие сроки (24 ч) обратиться в Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом (ИКБ № 2, г. Москва, 8-я улица Соколиной горы, д. 15).

253. Информацию о травме у медицинского работника необходимо отправить экстренным извещением в санитарно-эпидемиологическое отделение госпиталя.

254. С момента установления риска инфицирования за медицинским работником организуется диспансерное динамическое наблюдение в течение 12 месяцев. Лица, подвергшиеся угрозе заражения ВИЧ-инфекцией и гемоконтактных гепатитов, находятся под наблюдением врача-инфекциониста в течение 1 года (3, 6 и 12 месяцев) с обязательным обследованием на наличие маркера ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов.

255. Деятельность санитарно-эпидемиологического отделения осуществляется в соответствии с санитарным законодательством Российской Федерации.

XXVI. Организация патологоанатомической работы в госпитале

256. Патологоанатомическая работа в госпитале ведется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 06 июня 2013 г. № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий», приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 марта 2016 г. № 179н «О Правилах проведения патологоанатомических исследований», Руководством по патологоанатомической работе в Вооруженных силах Российской Федерации на мирное время, 2018 г., а также другими нормативными документами, регулирующими патолого-анатомическую деятельность.

257. Патологоанатомическая работа включает в себя комплекс мероприятий, направленных на совершенствование профилактической и лечебно-диагностической работы в госпитале. Основными из них являются:

прижизненная патоморфологическая диагностика заболеваний путем исследования биопсийного и операционного материала;

производство патологоанатомических вскрытий умерших от болезней и боевых травм с целью установления причин и изучения структуры летальных исходов;

анализ и обобщение дефектов в оказании медицинской помощи и их причин по материалам летальных исходов, участие в разработке мероприятий по их устранению и предупреждению;

участие в работе комиссий по изучению летальных исходов и клинико-анатомических конференций.

258. Начальник (заведующий) патологоанатомического отделения подчиняется начальнику госпиталя. По вопросам организации патологоанатомической работы начальник (заведующий) патологоанатомического отделения руководствуется указаниями начальника Центральной патологоанатомической лаборатории Министерства обороны.

XXVII. Морфологические исследования биопсий и операционного материала

259. Прижизненные патоморфологические исследования биопсийного и операционного материала проводятся с целью установления или подтверждения клинического диагноза заболевания и его осложнений, определения показаний, обоснованности и эффективности проводимых лечебных мероприятий.

260. Организация полной, своевременной и правильной доставки биоматериала в патологоанатомическое отделение возлагается на начальника отделения, где взят материал.

261. Патоморфологическое исследование операционного материала проводится во всех случаях удаления органов, частей тела или иссечения тканей, независимо от характера патологического процесса и показаний к оперативному вмешательству. Этому исследованию также подлежат самопроизвольно выделившиеся у больных кусочки тканей (например, во время рвоты, кашля, маточного кровотечения и т. п.).

262. В необходимых случаях проводятся экстренные (интраоперационные) гистологические исследования операционного материала, при которых заключения выдаются в течение 20 мин. после доставки биоматериала в патологоанатомическое отделение. Они выполняются, как правило, для определения объема хирургического вмешательства путем установления характера опухоли (доброкачественная или злокачественная) и границ резекции. Экстренные (интраоперационные) гистологические исследования проводятся параллельно с цитологическим исследованием.

263. Врачи-клиницисты обязаны знать диагностические возможности методов патоморфологического исследования и при постановке заключительного клинического диагноза не ограничиваться только их данными, а руководствоваться результатами комплексного клинического обследования больного.

264. Материал, подлежащий гистологическому исследованию, тотчас по иссечении доставляется в патологоанатомическое отделение в

нефиксированном виде или помещается для фиксации в емкость с 10% раствором нейтрального забуференного формалина. Объем фиксирующей жидкости должен в 10 раз превышать объем фиксируемого материала. Хранение материала в лечебном отделении без фиксации запрещается. На посуде с материалом должна быть наклейка с фамилией и инициалами больного. Помещать в одну емкость несколько объектов исследования, взятых из различных мест и от разных больных, не разрешается. Небольшие язвы, опухоли, каверны в резецированных органах до фиксации маркируются оперирующим хирургом путем прошивания нитью.

265. На каждый направляемый на патоморфологическое исследование материал, лично врачом, производившим биопсию или операцию, в двух экземплярах заполняется бланк направления на гистологическое (цитологическое) исследование по установленной форме. В направлении после паспортных данных указывается дата биопсии, количество биоптатов (объектов исследования), откуда получен материал, его характеристика, предполагаемый клинический диагноз, особенности клинической картины болезни, цель исследования (например: на амилоид, на туберкулез и т. д.). При исследовании материала гинекологических больных в направлении указываются дополнительные данные анамнеза, характеризующие менструальный цикл и детородную функцию. При биопсиях лимфатических узлов, трепанобиопсиях костей указываются клинические данные исследования гемограмм, миелограмм, протеинограмм, а также длительность заболевания, состояние печени, селезенки, лимфатических узлов. При исследовании костей и суставов предоставляются рентгенограммы, томограммы и т. д. При выполнении эндоскопических биопсий кратко описывается эндоскопическая картина и указывается локализация взятого материала. Во всех случаях приводятся сведения об основных лечебных мероприятиях, их сроках и дозах, особенно о применении химио-, иммуно-, гормонотерапии, таргетной и лучевой терапии. В случаях, если больному ранее уже проводилось патоморфологическое исследование, лечащий врач обязан указать в направлении дату первичного исследования, его номер, учреждение, в котором оно производилось, и заключение. Если такое исследование производилось в другом лечебном учреждении, то целесообразно вместе с направлением предоставить патологоанатому и гистологические (цитологические) препараты проводившихся ранее исследований.

266. Врач, производящий взятие материала для гистологического исследования, отвечает за его правильную фиксацию, маркировку, сохранность, доставку (или отправку) в течение одних суток после взятия в патологоанатомическое отделение. Задерживать объекты исследования на длительный срок, а затем отсылать их в патологоанатомическое отделение партиями запрещается.

267. Кусочек ткани, удаленный при биопсии с диагностической целью, категорически запрещается без участия патологоанатома делить на

части и посылать в различные патологоанатомические учреждения, так как при исследовании неравнозначного материала могут быть даны противоречивые заключения.

268. Заключение о результатах гистологического (цитологического) исследования в день получения из патологоанатомического отделения подшивается в историю болезни, в медицинскую книжку, а также заносится в операционный журнал и указывается в выписном (посмертном) эпикризе.

269. Сроки выполнения прижизненных патолого-анатомических исследований (с момента приемки материала): 1) для интраоперационного биопсийного (операционного) материала - не более 20 минут на один тканевой образец; 2) для биопсийного (операционного) материала, не требующего декальцинации и (или) дополнительных окрасок (постановок реакций, определений), - не более 4 рабочих дней; 3) для биопсийного (операционного) материала, требующего декальцинации и (или) применения дополнительных окрасок (постановок реакций, определений), изготовления дополнительных парафиновых срезов, — не более 10 рабочих дней; 4) для биопсийного (операционного) материала, требующего проведения дополнительных иммуногистохимических методов исследования с применением до 5 маркеров, — не более 7 рабочих дней; 5) для биопсийного (операционного) материала, требующего проведения дополнительных иммуногистохимических методов исследования с применением более 5 маркеров, — не более 15 рабочих дней; 6) для биопсийного (операционного) материала, требующего проведения дополнительных электронно-микроскопических методов исследования, — не более 7 рабочих дней; 7) для биопсийного (операционного) материала, требующего проведения дополнительных молекулярно-биологических методов исследования, - не более 10 рабочих дней; 8) для биопсийного (операционного) материала, требующего проведения дополнительных генетических методов исследования, - не более 10 рабочих дней.

270. Цитологическому исследованию подлежат:

пункционный материал (пунктаты опухолей, опухолевидных образований, уплотнений любой локализации).

эксфолиативный материал (секреты, экскреты, отделяемое и соскобы с поверхности эрозий, язв, ран, свищей, мокрота, промывные воды, экссудаты, трансудаты).

эндоскопический материал (материал, полученный при бронхоскопии, катетеризации бронхов, эзофаго-, гастро-, дуодено-, лапаро-, ректоромано-, колоно-, цистоскопии).

биопсийный материал (мазки-отпечатки и соскобы с кусочков биопсийного материала).

271. Материал для цитологического исследования должен быть доставлен в лабораторию в ближайшие сроки (первые часы) после получения (содержимое кист, моча, промывные воды, экссудаты, мокрота и др.). Мазки, высушенные на воздухе, могут храниться в течение суток. Емкости с жидким

материалом и стекла-мазки должны быть маркированы (указаны фамилия, инициалы больного) и содержать объект исследования только одного больного.

272. На каждый направляемый для цитологического исследования материал, лично врачом, производившим забор, в двух экземплярах заполняется бланк направления, аналогичный, как и на гистологическое исследование.

273. Сроки цитологического исследования, независимо от характера присланного материала, как правило, составляют 1-2 дня.

XXVIII. Патологоанатомические исследования умерших

274. Патологоанатомическому исследованию подлежат:

все умершие в госпитале от заболеваний;

умершие на дому военнослужащие и военнослужащие запаса (в отставке), находившиеся под наблюдением врачей военно-лечебных учреждений, при наличии прижизненного диагноза заболевания;

военнослужащие, погибшие на поле боя, на этапах медицинской эвакуации от боевой хирургической травмы и боевой терапевтической патологии.

275. Судебно-медицинскому исследованию подлежат:

- умершие от механических повреждений, отравлений, механической асфиксии, действия крайних температур, электричества, после искусственного аборта (произведенного вне лечебного учреждения), от насильственных причин (за исключением боевой травмы) или же если имеются указания на возможность одной из этих причин (независимо от сроков наступления смерти и сроков пребывания пострадавшего в лечебном учреждении);

умершие, личность которых не установлена;

умершие от неизвестных причин;

умершие скоропостижно, независимо от места смерти, в тех случаях, когда причина смерти врачом лечебного учреждения не установлена и медицинское свидетельство о смерти не выдавалось;

умершие в лечебных учреждениях при неустановленном диагнозе.

Во исполнение статьи 5 Закона РФ «О погребении и похоронном деле» от 12 января 1996 г. № 8-ФЗ в случае волеизъявления членов семьи, близких родственников или их законного представителя об отказе от патологоанатомического вскрытия, патологоанатомическое исследование не назначается, если не возникли обстоятельства, препятствующие этому. Это случаи смерти:

больных, находившихся в военно-лечебном учреждении менее суток;

от инфекционных заболеваний и при подозрении на них;

когда имел место какой-либо дефект в оказании медицинской помощи (в том числе и не повлиявший на исход заболевания);

после диагностических инструментальных исследований, проведения лечебных мероприятий (во время или после операции, переливания крови, передозировки, реакции индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и т. п.);

от боевой хирургической травмы и боевой терапевтической патологии; пострадавших в связи с ликвидацией экологических и техногенных катастроф и их последствий.

В этих случаях патологоанатомическое исследование не отменяется.

276. Патологоанатомическому исследованию подлежат:

все умершие в госпитале от заболеваний;

умершие на дому военнослужащие и военнослужащие запаса (в отставке), находившиеся под наблюдением врачей военно-лечебных учреждений, при наличии прижизненного диагноза заболевания;

военнослужащие, погибшие на поле боя, на этапах медицинской эвакуации от боевой хирургической травмы и боевой терапевтической патологии.

277. Судебно-медицинскому исследованию подлежат:

умершие от механических повреждений, отравлений, механической асфиксии, действия крайних температур, электричества, после искусственного аборта (произведенного вне лечебного учреждения), от насильственных причин (за исключением боевой травмы) или же если имеются указания на возможность одной из этих причин (независимо от сроков наступления смерти и сроков пребывания пострадавшего в лечебном учреждении);

умершие, личность которых не установлена;

умершие от неизвестных причин;

умершие скоропостижно, независимо от места смерти, в тех случаях, когда причина смерти врачом лечебного учреждения не установлена и медицинское свидетельство о смерти не выдавалось;

умершие в лечебных учреждениях при неустановленном диагнозе.

278. Во исполнение статьи 5 Закона РФ «О погребении и похоронном деле» от 12 января 1996 г. № 8-ФЗ в случае волеизъявления членов семьи, близких родственников или их законного представителя об отказе от патологоанатомического вскрытия, патологоанатомическое исследование не назначается, если не возникли обстоятельства, препятствующие этому. Это случаи смерти:

больных, находившихся в военно-лечебном учреждении менее суток;

от инфекционных заболеваний и при подозрении на них;

когда имел место какой-либо дефект в оказании медицинской помощи (в том числе и не повлиявший на исход заболевания);

после диагностических инструментальных исследований, проведения лечебных мероприятий (во время или после операции, переливания крови, передозировки, реакции индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и т. п.);

от боевой хирургической травмы и боевой терапевтической патологии; пострадавших в связи с ликвидацией экологических и техногенных катастроф и их последствий.

В этих случаях патологоанатомическое исследование не отменяется.

279. Решение об отмене патологоанатомического вскрытия принимает начальник госпиталя или его заместитель по медицинской части на основании письменного заявления членов семьи, близких родственников или их законного представителя с указанием причины отказа и отсутствия претензий к качеству лечения. Заявление с резолюцией вклеивается в историю болезни умершего.

280. В случае отмены вскрытия медицинское свидетельство о смерти оформляется начальником (заведующим) патологоанатомического отделения на основании данных истории болезни умершего.

281. Констатация факта наступления биологической смерти производится дежурным или лечащим врачом, о чем в истории болезни делается соответствующая запись с указанием даты и времени наступления смерти в часах и минутах, с приложением акта о наличии у умершего зубов и изделий из цветного металла и других ценных предметов.

282. К телу умершего прикрепляется бирка с указанием лечебного отделения, где наступила смерть, воинского звания, фамилии, имени, отчества, года рождения умершего, даты и времени смерти. Повязки, катетеры, дренажи, интубационная и трахеостомическая трубки оставляются на своих местах.

283. Для вывоза умершего из лечебного в патологоанатомическое отделение (не ранее 2 часов после наступления смерти) необходимо подать заявку дежурному диспетчеру патологоанатомического отделения по телефонам 8(499)2635555 (доб. 38-06) или 8(916)8636773 в любое время суток.

284. Сразу же после наступления смерти лечащий врач составляет посмертный клинический эпикриз и формулирует заключительный клинический диагноз. В посмертном клиническом эпикризе подлежат отражению следующие вопросы:

дата начала заболевания и жалобы больного;

дата первичного обращения за медицинской помощью с указанием медицинского учреждения, куда обратился больной, какую получил помощь;

дата и место первичной госпитализации, названия всех лечебных учреждений, где в последующем обследовался и получал лечение больной, содержание диагностических и лечебных мероприятий;

обобщенная характеристика течения заболевания за период пребывания в каждом лечебном учреждении;

дата поступления в данное военно-лечебное учреждение, диагноз направления, предварительный диагноз, окончательный диагноз, даты их установления, содержание диагностических и лечебных мероприятий (при

проведении операций — название операции, продолжительность, вид наркоза);

даты появления, характер осложнений, принятые меры;

характеристика терминального состояния, содержание реанимационных мероприятий;

дата и время констатации биологической смерти в часах и минутах.

285. Заключительный клинический диагноз является медицинским заключением о характере имевшегося у больного заболевания, непосредственной причине и механизме наступления смерти. Он должен быть патогенетически обоснованным, соответствовать клиническим фактам. В заключительном клиническом диагнозе отражаются нозологические формы основного (конкурирующего, сопутствующего, фонового) заболевания, их этиология и патогенез, клинико-морфологические проявления, степень функциональных нарушений, стадия болезни, осложнения и сопутствующие заболевания. В конце диагноза указываются непосредственная причина и механизм наступления смерти.

286. Оформленная история болезни умершего подписывается лечащим врачом, начальником лечебного отделения и визируется начальником госпиталя или его заместителем по медицинской части.

287. Патологоанатомические вскрытия умерших производятся в часы, определенные распорядком работы патологоанатомического отделения. История болезни представляется в патологоанатомическое отделение в ближайшие часы после смерти больного (при наступлении смерти после 14.00 — не позднее 12.00 следующего дня).

288. Патологоанатом приступает к патологоанатомическому исследованию только после изучения истории болезни, медицинской книжки умершего и другой медицинской документации.

289. На патологоанатомическом вскрытии обязаны присутствовать начальник лечебного отделения и лечащий врач. Желательно присутствие всех врачей, принимавших участие в диагностике и лечении больного.

290. По завершении патологоанатомического вскрытия патологоанатом оформляет медицинское свидетельство о смерти. Оно выдается на руки члену семьи, близкому родственнику или их законному представителю, который предъявил паспорт умершего и личный паспорт.

291. В каждом случае патологоанатомического вскрытия составляется протокол посмертного патологоанатомического исследования. Оформление протокола должно быть закончено не позднее 30 дней после вскрытия.

292. Патологоанатомическое исследование завершается формулированием патологоанатомического диагноза и составлением клинико-патологоанатомического эпикриза с определением непосредственных причин и механизмов смерти, сличением заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, установлением характера и причин дефектов в оказании медицинской помощи.

293. В раздел протокола посмертного патологоанатомического исследования «Дефекты медицинской помощи и медицинской документации по мнению патологоанатома» заносятся все дефекты, которые патологоанатом обнаружил при аутопсии и изучении медицинских документов. Дефекты, выявленные дополнительно совместно с клиницистами на комиссии по изучению летальных исходов (далее КИЛИ), указываются в акте комиссии, прилагаемому к протоколу посмертного патологоанатомического исследования.

294. В случае обнаружения грубого дефекта лечебно-диагностической работы, повлиявшего на исход заболевания, начальник (заведующий) патологоанатомического отделения обязан немедленно доложить о нем начальнику госпиталя.

295. Выписка из протокола посмертного патологоанатомического исследования, включающая патологоанатомический диагноз, клинко-патологоанатомический эпикриз, заключение о причине смерти и сличение клинического и патологоанатомического диагнозов, вклеивается в историю болезни и медицинскую книжку умершего, после чего они сдаются в медицинскую часть госпиталя.

XXIX. Клинико-анатомический анализ летальных исходов

296. Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов проводится коллегиально с участием патологоанатома и лечащего врача, в спорных случаях, на комиссии по изучению летальных исходов (далее – КИЛИ). При несогласии сторон рассмотрение летального исхода переносится на обсуждение клинико-анатомической конференции. В тех случаях, когда согласованное заключение не удастся вынести даже на клинико-анатомической конференции, официально принимается точка зрения патологоанатома. Результаты клинико-анатомического анализа отражаются в клинико-патологоанатомическом эпикризе протокола посмертного патологоанатомического исследования, акте КИЛИ и протоколе клинико-анатомической конференции.

297. При сличении диагнозов учитывается тот заключительный клинический диагноз, который указан в посмертном клиническом эпикризе. В случаях отсутствия деления заключительного клинического диагноза на рубрики (основное заболевание, осложнения и сопутствующие заболевания) в качестве основного заболевания принимается и подлежит сличению нозологическая форма, указанная в диагнозе первой. При этом в акте КИЛИ и протоколе клинико-анатомической конференции отмечается неправильное оформление клинического диагноза. Сличение производится только после приведения диагнозов в соответствие с МКБ-10.

298. На КИЛИ возлагается установление обстоятельств возникновения заболевания (травмы), особенностей его течения, танатогенеза, определение качества оказания медицинской помощи,

разработка конкретных практических мероприятий по устранению и предупреждению выявленных недостатков. На КИЛИ подлежат разбору все летальные исходы в госпитале.

299. Ответственным за организацию и состояние работы КИЛИ является заместитель начальника госпиталя по медицинской части. Ежегодным приказом начальника госпиталя определяется постоянный состав КИЛИ. Председателем комиссии терапевтического профиля, как правило, назначается ведущий терапевт, хирургического профиля – ведущий хирург, постоянными членами – врачи-консультанты, начальник или наиболее подготовленный врач отделения анестезиологии и реанимации, рентгенологического отделения, отделения функциональной диагностики, отделения клинической лабораторной диагностики, патологоанатомического отделения, в качестве секретаря КИЛИ - один из наиболее квалифицированных ординаторов. Окончательный состав КИЛИ определяется в оперативном порядке в зависимости от характера заболевания у умершего при обязательном участии лечащего врача и патологоанатома, производившего вскрытие. Врачей, принимавших участие в лечении больного, членами комиссии не назначают.

300. Председатель комиссии обязан заблаговременно изучить всю необходимую документацию, относящуюся к данному случаю смерти (медицинскую книжку, историю болезни, выписку из протокола посмертного патологоанатомического исследования и другие материалы) и определить рецензента из числа наиболее опытных врачей госпиталя. При необходимости запрашиваются материалы из других лечебных учреждений, где ранее лечился больной. Заседание комиссии назначается не позднее 15 суток после поступления в медицинскую часть госпиталя истории болезни умершего с выпиской из протокола посмертного патологоанатомического исследования.

301. На заседании комиссии заслушиваются краткие доклады лечащего врача, других врачей, принимавших участие в лечении умершего больного, врача-патологоанатома и рецензента. Заседание комиссии протоколируется секретарем.

302. Лечащий врач обязан обосновать выставленный больному клинический диагноз, доложить как развивалось заболевание, когда и по какой причине возникли осложнения, какие в связи с этим принимались конкретные меры и их результаты.

303. Патологоанатом докладывает комиссии патологоанатомический диагноз и эпикриз, проводит сличение клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию, осложнениям основного заболевания и сопутствующим заболеваниям, представляет сведения о выявленных дефектах в оказании медицинской помощи, их причинах и влиянии на исход заболевания.

304. Рецензент на основании изучения медицинской документации докладывает и представляет комиссии письменное заключение о

своевременной госпитализации больного, полноте его обследования и правильности лечения в догоспитальном и госпитальном периодах. Сопоставляя клинические и патологоанатомические данные, рецензент определяет конкретные причины допущенных ошибок, предлагает меры по их предупреждению в будущем. В случае несовпадения мнений патологоанатома и лечащего врача, рецензент обосновывает одно из них или высказывает свое, привлекая для этого данные научной литературы. Он определяет зависимость частных ошибок лечащего врача от всей системы организации лечебно-диагностической работы в лечебном отделении и госпитале в целом.

305. При анализе медицинской помощи в догоспитальном периоде комиссия устанавливает:

качество работы врачебной комиссии, обследовавшей больного при призыве в армию и по прибытии в воинскую часть;

состояние активного выявления больных в воинской части, качество углубленного медицинского обследования и диспансерного динамического наблюдения за больными;

своевременность первичного обращения больного за медицинской помощью;

полноценность обследования в медицинском пункте части (корабля), поликлинике, качество и своевременность диагностики, правильность лечения;

своевременность госпитализации;

правильность транспортировки больного в лечебное учреждение.

306. При анализе медицинской помощи в госпитальном периоде комиссия устанавливает:

обоснованность, своевременность и полноту обследования больного в лечебном учреждении;

правильность и своевременность постановки, полноту заключительного клинического диагноза;

обоснованность лечебных назначений и оперативных вмешательств;

правильность и своевременность выполнения лечебных процедур и хирургических операций;

адекватность послеоперационного ведения больного;

соблюдение преемственности в диагностике и лечении больного на всех этапах госпитализации.

307. Качество ведения медицинской документации комиссией оценивается применительно к каждому этапу госпитализации. При этом обращается внимание на грамотность врачебных записей, полноту отражения жалоб, анамнестических сведений, данных объективного обследования, наличие записей обхода начальника отделения, других должностных лиц, предоперационных эпикризов, послеоперационных диагнозов, состояние ведения наркозных карт и карт интенсивной терапии, правильность формулировки заключительного клинического диагноза.

308. По окончании работы комиссии составляется акт в четырех экземплярах, который подписывается составом комиссии. Один экземпляр акта хранится в медицинской части госпиталя (вместе с приложенным к нему заключением рецензента), второй и третий передаются в патологоанатомическое отделение, четвертый — прилагается к истории болезни.

309. В случаях выявления комиссией дефектов в оказании медицинской помощи в акте в обязательном порядке указываются: период оказания медицинской помощи (догоспитальный, госпитальный), вид дефекта, суть дефекта, где был допущен дефект (номер воинской части или лечебного учреждения, лечебное отделение), конкретные причины дефектов, должности, воинские звания, фамилии и инициалы врачей, допустивших дефекты, какое учебное заведение и когда они окончили, где и когда специализировались, в какой степени дефекты медицинской помощи связаны с наступлением летального исхода (повлияли или не повлияли), а также конкретные практические рекомендации по устранению и предупреждению обнаруженных недостатков лечебно-диагностической работы в войсках и военно-лечебных учреждениях.

310. При выявлении комиссией дефектов в оказании медицинской помощи, допущенных врачами других лечебных организаций или воинских частей, председатель комиссии в обязательном порядке направляет в адрес соответствующих командиров (начальников) выписку из акта КИЛИ.

311. Клинико-анатомические конференции (далее — конференции) являются обязательной формой специальной подготовки врачей госпиталя. Они проводятся с целью повышения квалификации врачей и разработки мероприятий по улучшению качества диагностики, лечения больных и медицинского обеспечения в целом на основе всестороннего научного разбора летальных исходов.

312. К участию в конференции привлекаются врачи части, в которой служил умерший больной, а также врачи госпиталя, в котором больной умер. Участие в конференции лечащего врача и патологоанатома, производившего вскрытие, обязательно.

313. Обсуждению на конференциях подлежат все летальные исходы с расхождением клинического и патологоанатомического диагнозов основного заболевания, случаи смерти с дефектами в оказании медицинской помощи, представляющие научный и практический интерес, а также случаи, оставшиеся после посмертного патологоанатомического исследования неясными.

314. Помимо общегоспитальных, могут проводиться терапевтические и хирургические конференции с участием врачей соответствующих профилей. Общегоспитальные клинико-анатомические конференции проводятся ежемесячно, профильные — по мере необходимости.

315. Повестку конференции определяет заместитель начальника госпиталя по медицинской части совместно с начальником (заведующим)

патологоанатомического отделения. При этом на одной конференции разбору подлежат не более двух случаев смерти, за исключением тематических конференций. За 7 — 10 дней до конференции участникам доводится план ее работы. Конференции проводятся в дни и часы, отведенные для специальной подготовки врачей.

316. Конференции проводятся под председательством начальника госпиталя или лица, назначенного его распоряжением. Кроме заместителя начальника госпиталя по медицинской части, им может быть патологоанатом, ведущий терапевт или хирург или один из наиболее опытных врачей госпиталя. Запрещается назначать председателем конференции начальника отделения, в котором умер больной.

317. Лечащий врач, пользуясь заранее подготовленным рефератом, кратко докладывает клиническую картину заболевания, указывает основные проявления заболевания, которые послужили отправными пунктами при постановке предварительного и заключительного клинических диагнозов, дает оценку профилактическим и лечебно-диагностическим мероприятиям в воинской части и в медицинских учреждениях, в которых ранее проводилось обследование и лечение больного. Он доводит до участников конференции результаты лабораторных и специальных методов обследования, при этом используются таблицы, диаграммы, характеризующие течение заболевания и его особенности. Приводятся данные научной литературы, обосновывающие или опровергающие сделанные при жизни больного заключения. Свой доклад лечащий врач завершает формулировкой клинического диагноза, с которым умерший был направлен на вскрытие, указывает непосредственную причину и механизмы смерти по клиническим данным. В случае, когда умерший лечился в других отделениях и учреждениях, после лечащего врача заслушиваются врачи этих отделений (учреждений), которые дополняют доклад лечащего врача особенностями соответствующих этапов лечения. Целесообразно заслушивание специалистов диагностических отделений, которые уточняют клиническую картину и патогенез заболевания по своему профилю.

318. В случаях летальных исходов от инфекционных заболеваний санитарно-эпидемиологическую обстановку в гарнизоне и полноту проведенных санитарно-противоэпидемических мероприятий докладывает эпидемиолог.

319. Патологоанатом докладывает основные патологоанатомические изменения, обнаруженные при вскрытии трупа, результаты гистологических и специальных методов исследования (гистохимических, бактериологических, биохимических и др.). Свое выступление он иллюстрирует демонстрацией макропрепаратов, микропрепаратов и диапозитивов. В заключение патологоанатом формулирует патологоанатомический диагноз и эпикриз, в котором особое внимание уделяет патогенезу заболевания, особенностям его течения и клинико-анатомическим сопоставлениям, раскрывает непосредственную причину и

механизм смерти больного, указывает дефекты в оказании медицинской помощи, их причины и влияние на исход заболевания. Используя результаты статистических исследований и данные литературы, патологоанатом показывает особенности обсуждаемого случая.

320. Оппонент критически анализирует качество профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в отношении больного, проведенных в догоспитальном и госпитальном периодах, дает принципиальную оценку выявленным дефектам в оказании медицинской помощи и их причинам. Он приводит научные данные, отражающие современные представления об этиологии, патогенезе, диагностике и лечении разбираемого заболевания.

321. После выступления основных докладчиков слово предоставляется всем желающим принять участие в обсуждении. Лечащий врач и патологоанатом имеют право на заключительное слово. Итог конференции подводит председатель, который высказывает окончательное суждение о течении, особенностях патогенеза заболевания, характере выявленных дефектов в оказании медицинской помощи, мерах по их устранению и предупреждению, а также дает оценку выступлениям.

322. Протокол конференции ведет выделенный для этой цели секретарь из врачей госпиталя. Протокол записывается в специальный журнал, хранящийся в медицинской части госпиталя и учтенный по несекретному делопроизводству. Протокол конференции должен быть кратким, содержать основные положения выступлений. К протоколу прилагаются доклады лечащего врача, патологоанатома и оппонента.

XXX. Организация работы медицинского архива госпиталя

323. Медицинский архив госпиталя входит в состав отделения (медицинской статистики с архивом) медицинской части.

324. Дела со сроком хранения до 5 лет включительно хранятся до истечения сроков хранения, после чего уничтожаются в установленном порядке. Дела со сроком хранения 10 лет и более хранятся в госпитале, после чего могут передаваться на дальнейшее хранение в соответствующие архивы.

325. Работа медицинского архива госпиталя организована в соответствии с приказами Министра обороны РФ от 31 августа 2005 г. № 200 «Об утверждении наставления по архивному делу в Вооруженных Силах», от 26 июля 1997 г. № 33 «Об утверждении Перечня документов со сроками их хранения». В медицинском архиве подлежат хранению все законченные медицинские документы. На медицинский архив возлагается:

прием, сортировка и хранение законченной медицинской документации;

контроль состояния и хранения медицинской документации;

подготовка и выдача документальных материалов в научных и справочных целях;

выдача материалов архива в установленном порядке.

326. Помещение медицинского архива должно удовлетворять следующие требования:

изолировано от других помещений;

быть сухим и безопасным в пожарном отношении и от затопления;

быть оборудовано шкафами или стеллажами;

в хранилище должна поддерживаться постоянная температура от +14 до +20 градусов, относительная влажность воздуха от 45 до 65%;

окна на первом и втором этажах должны быть заделаны металлическими решетками;

архив должен иметь необходимые противопожарные средства.

327. В помещениях архива не допускается хранение посторонних предметов, всегда должны поддерживаться порядок и чистота. Не допускается занимать под архив подвальное или чердачное помещение. Вход в помещение медицинского архива посторонним лицам воспрещается. Дверь в помещение архива должна быть в нерабочее время заперта на замок, опечатана или опломбирована. В целях контроля состояния архива и сохранности архивных документов не реже 1 раза в месяц должны производиться проверки, по результатам которых делается запись в журнале проверки архива. Ответственность за состояние архива, за качество подготовки и своевременность сдачи в архив документов, а также состояние и сохранность архивных документов, несет заведующий медицинским архивом или лицо, исполняющее его обязанности.

328. Все законченные медицинские документы при подготовке к сдаче в архив подлежат оформлению в соответствии с требованием «Временной инструкции по ведению делопроизводства в Вооруженных Силах», утвержденной Минобороны России 19 августа 2009 г. № 205/2/588.

329. Оформление дела предусматривает:

нумерацию листов (для книг и журналов);

подшивку или переплет;

составление заверительной надписи с подписью должностного лица, ответственного за делопроизводство в подразделении (для историй болезни с подписью лечащего врача).

330. Истории болезни перед сдачей в архив прошиваются прочными нитками с учетом возможности свободного стиля чтения текста, который не должен подходить к линии подшивки (переплета) ближе 2 см, а листы не должны выступать за края обложки.

331. Истории болезни в период подготовки их для сдачи в архив систематизируются по годам, а внутри года по алфавиту фамилий, имен и отчеств и подшиваются в дела. Истории болезни, начатые в одном году, а законченные в другом, подшиваются в дело того года, в котором они закончены.

332. На все сдаваемые в архив документы составляются описи. Медицинские отчеты, книги и журналы медицинского учета вносятся в описи отдельно от историй болезни. В описи указывается наименование и

номер документа, отчетный период (для историй болезни – №, фамилия и инициалы больного, отчетный период). Описи подписываются начальником медицинской части или лицом, исполняющим его обязанности. Описи подшиваются в отдельное дело, которое хранится в учреждении. Перечень документов, подлежащих хранению, определен приказом Министра обороны Российской Федерации от 26 июля 1997 г. № 33 «Об утверждении Перечня документов со сроками их хранения». Срок хранения документов исчисляется с 1 января года, следующего за годом окончания их ведения.

333. Все истории болезни, поступающие в медицинский архив, должны храниться в таком порядке, который обеспечивал бы возможность:

их быстрого нахождения для наведения справок;

научной обработки;

полной сохранности.

334. (Например, располагаться на стеллажах, будучи отсортированными по годам, внутри годов по алфавиту фамилии, имени и отчеству).

335. Выдача медицинских документов из архива производится по письменному заявлению начальника отделения (заведующего отделением), с обязательной пометкой о дате возврата, исключительно с разрешения начальника медицинской части или заведующего отделением (медицинской статистики с медицинским архивом). Передача историй болезни сотрудникам контролирующих организаций (полиция, прокуратура, следственный отдел) осуществляется только после согласования с руководством госпиталя.

336. При изъятии медицинского документа на его место вкладывается карточка учета истории болезни архива госпиталя, в которой указывается информация об изъятых документах, а также кем он изъят и (или) куда передан. Информация о выданном из архива медицинском документе заносится в журнал учета движения архивных документов. Письменные разрешения на выдачу архивного материала из архива подшиваются в отдельное дело с пометкой на разрешение порядкового номера согласно журналу учета движения архивных документов. За сохранность и своевременность возвращения этих материалов отвечает истребовавшее их лицо.

337. Продолжительность хранения медицинских документов определена приказом Министра обороны Российской Федерации от 26 июля 1997 г. № 33 «Об утверждении Перечня документов со сроками их хранения». По истечении срока хранения медицинские документы, не представляющие научного интереса, могут быть уничтожены в установленном порядке.

338. На все документы, подлежащие уничтожению, составляется опись, которая прикладывается к акту об уничтожении архивных документов. Акт подписывается должностными лицами отделения медицинской статистики с медицинским архивом и утверждается

начальником медицинской части. Акт уничтожения архивных медицинских документов с описью хранится в подразделении 50 лет.

339. Истории болезни хранятся в архиве 25 лет. По истечении 25 лет хранения в архиве истории болезни уничтожаются установленным порядком.

340. При возникновении форс-мажорных обстоятельств (пожар, затопление, стихийное бедствие и т.п.), приведших к утере историй болезни, составляется акт с описью утерянных историй болезни, а также обстоятельств утери, который подписывают должностные лица подразделения, и утверждает начальник медицинской части. Акт с описью утерянных историй болезни хранится в архиве 50 лет.

XXXI. Организация контроля лечебного питания в госпитале

341. Организация контроля лечебного питания предусматривает проведение следующих мероприятий:

контроль обеспечения больных лечебным питанием по нормам лечебных пайков и рационов, установленных для госпиталя;

контроль своевременности назначения лечебного питания больным при поступлении в госпиталь и снятия их с довольствия при выписке (переводе в дневной стационар или в филиал);

проведение контроля в госпитале режима питания, своевременности и полноты доведения до больных назначенных диет, дополнительного питания и средств нутриционной поддержки (использование энтеральных смесей для коррекции нутритивного статуса и в качестве пред- и послеоперационной периодах);

контроль технологии приготовления диет поварами с использованием технологических карточек приготовляемых блюд;

медицинский контроль эпидемиологом госпиталя санитарного состояния центрального пищеблока и пищеблоков отделений госпиталя, столовых отделения госпиталя.

342. Лечебное питание стационарных больных в госпитале обеспечивается в соответствии с номенклатурой диет и показаниями их назначения в отделениях.

343. Номенклатура постоянно действующих диет в госпитале устанавливается и утверждается начальником госпиталя, заместителем начальника госпиталя по медицинской части, отделением продовольственной службы, врачом-диетологом в соответствии с требованиями руководящих документов, государственных контрактов на оказании услуг по организации питания для нужд Минобороны России в 2015-2017 г.г.

344. Сводные меню-раскладка продуктов для питания больных составляется начальником продовольственной службы, врачом-диетологом, диетической медсестрой с учётом технологических условий и режимов, приёмов, рецептур и норм выхода готовых блюд, мясных и рыбных порций в

соответствии с приказом Министра обороны Российской Федерации от 21 июня 2011 года №888 «Об утверждении руководства по продовольственному обеспечению военнослужащих РФ и некоторых других категорий лиц, а также обеспечению кормами (продуктами) и подстилочными материалами штатных животных воинских частей в мирное время». Перед согласованием и утверждением раскладка подписывается начальником госпиталя, заместителем начальника госпиталя по медицинской части, заместителем начальником госпиталя по МТО.

345. Меню-раскладка составляется в 3-х экземплярах. Первые экземпляры хранятся в делопроизводстве Исполнителя услуг, вторые используются поварами и заведующими производством при приготовлении диет, третий экземпляр направляется для расчётов и хранения в бухгалтерию финансовой службы госпиталя.

В обеденном зале отделений госпиталя для ознакомления больных и медперсонала вывешиваются копии меню на каждый день.

346. Продукты, получаемые для приготовления диет, взвешиваются и выдаются со склада в присутствии диетической медсестры и инженера продовольственной службы госпиталя по накладным, выписанным в двух экземплярах, отдельно на каждый приём пищи на основании раскладки продуктов и данных учёта движения питающихся.

Получатель услуг делает отметку в каждой накладной о проверке качества и количества выданных со склада продовольственных товаров. На все получаемые продукты должны иметься сертификаты об их доброкачественности, условиях и сроках выпуска и реализации в соответствии с требованиями санитарного законодательства РФ и условиями государственных контрактов.

Категорически запрещается реализация продуктов сомнительного качества и пониженной пищевой ценности, а также продуктов, не предусмотренных перечнем государственных контрактов.

Контроль качества готовой пищи, санитарного состояния кухонь, пищеблоков отделений, соблюдения технологии приготовления диет возложен на начальника продовольственной службы госпиталя.

347. Указания начальников отделений и врача-диетолога по вопросам диетологии и лечебной кулинарии в пределах их компетенции являются обязательными для выполнения должностными лицами Исполнителя услуг.

348. За 30 минут до начала раздачи пищи в отделения ответственный дежурный врач по госпиталю должен проверить качество диетических блюд и санитарное состояние производственных помещений кухни. Результаты проверки санитарного состояния кухни и опробования пищи записываются в книге учёта контроля качества приготовленной пищи. Разрешение на выдачу пищи в клиники даёт дежурный по госпиталю.

349. Командование госпиталя, а также лица, контролирующие работу кухонь по указанию начальника госпиталя, результаты своей проверки и

опробования диетических блюд записывают в разделе «оценка командиром» книги контроля качества приготовленной пищи.

350. Пища должна доставляться в отделения госпиталя своевременно и выдаваться больным в часы, установленные распорядком дня госпиталя: завтрак – 9.00-10.00, второй завтрак – 11.00-11.30, обед – 14.00-15.00, полдник – 17.00-17.30, ужин – 19.00-20.00, второй ужин – 22.00.

Температура выдаваемых первых блюд должна быть не ниже 75°C, вторых блюд – не ниже 65°C, холодных блюд и напитков в пределах 7-14°C.

Срок выдачи готовых блюд не должен превышать 2 часов с момента приготовления пищи.

Расход продуктов и готовой пищи для отсутствующих больных может храниться не более 4-х часов (в холодильнике) при обязательном подогреве в микроволновой печи или паровых коробках перед выдачей.

351. Доставка пищи в отделения проводится в соответствии с графиком специальным автотранспортом, используемым только по прямому назначению.

Доставка пищи в отделения проводится отдельным рейсом или отдельным транспортом в специально выделенных термосах, термоконтейнерах, гастроремках и судках (промаркированных красной краской).

352. Пища выдаётся официантками столовых сторонней организацией больным в обеденных залах (буфетных) непосредственно на стол больному, также доставляется до палат лежачим больным. Питание лежачих больных, неспособных самостоятельно принимать пищу, осуществляется медицинскими палатными сестрами клиники или младшими медицинскими сестрами.

353. Больные должны обеспечиваться столовой посудой и столовыми приборами в соответствии с нормами столово-кухонного имущества. Ножи и вилки не выдаются больным в отделениях психиатрии.

354. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за работой сторонней организацией, обеспечивающей лечебное питание в госпитале, осуществляют специалисты 736 ГЦГСЭН Министерства обороны. Внутриведомственный контроль осуществляют специалисты санитарно-эпидемиологического отделения госпиталя.

Они обязаны организовать контроль выполнения:

правил производственной и личной гигиены на объектах лечебного питания (ежедневно);

проведения лабораторных исследований, смывов с инвентаря, оборудования, посуды, рук и спецодежды поваров и официанток на санитарно-показательную микрофлору (1 раз в полгода, а по эпидемиологическим показаниям по назначению врача-эпидемиолога).

В случае обнаружения кишечной палочки или другой флоры в смывах с различных объектов столовой и рук поварского состава необходимо немедленно сообщать начальнику санитарно-эпидемиологического

отделения для принятия мер.

355. Специалисты санитарно-эпидемиологического отделения и врачи-диетологи отделения лечебного питания контролируют санитарное состояние кухонь, выполнение требований лечебной кулинарии, качество используемых продуктов и приготовляемых диет.

356. Ответственные дежурные врачи госпиталя обязаны:

знать количество стационарных больных, находящихся на лечении в отделениях, число выписанных и поступивших больных;

назначать лечебное питание больным, поступающим на лечение в отделениях, в соответствии с принятой в госпитале номенклатурой диет и показаниями их назначения;

при проверке столовой лично проверять санитарное состояние производственных помещений, автотранспорта, используемого для доставки готовой пищи и хлеба в отделения, соблюдение работниками кухни правил производственной и личной гигиены;

контролировать своевременность, качество и полноту диет в столовых сторонней организации № 1/7 и 1/8;

проводить опробование всех приготовленных диетических блюд и давать заключение о санитарном состоянии кухни и качестве диет с записью в Книге контроля качества приготовленной пищи.

357. Больным, поступающим в отделения по скорой и неотложной помощи, с острой хирургической патологией или неясным диагнозом, дежурным врачом назначается «голод» до уточнения диагноза и назначения дежурным врачом необходимой диетотерапии.

358. Больным, проходящим лечение в режиме дневного стационара (при переводе в дневной стационар) и нуждающимся в диетотерапии, при назначении питания обязательно указывается в истории болезни диета и режим питания (обеспечение завтраком, обедом, полдником, ужином).

359. При использовании программы АРМ 1 заявки на питание формируются в электронном виде по диетам, назначенным лечащими врачами, (поступающим больным диеты назначают дежурные врачи по госпиталю).

360. Начальник продовольственной службы и врач-эпидемиолог госпиталя:

ежедневно контролируют санитарное состояние кухонь, складских помещений для хранения сырья и готовых продуктов на территории госпиталя на соответствие их «Санитарно-эпидемиологическим требованиям к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»;

контролируют выполнение правил производственной и личной гигиены на объектах лечебного питания, проведение лабораторных исследований смывов на бактерии группы кишечной палочки (БГКП) с инвентаря, оборудования, посуды, рук и спецодежды поваров и официанток на санитарно-показательную микрофлору (1 раз в полгода, по эпидемиологическим показаниям);

в случае обнаружения кишечной палочки или другой флоры в смывах с различных объектов столовой и рук поварского состава немедленно докладывают заместителю начальника госпиталя по медицинской части;

ежеквартально производят отбор проб готовой пищи на соответствие «Гигиеническим требованиям безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов» по микробиологическим показателям в 985 ЦГСЭН;

ежемесячно производят отбор воды из клинических кухонь на соответствие «Гигиеническим требованиям к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения» в 985 ЦГСЭН;

контролируют правильность эксплуатации технологического оборудования и инвентаря.

361. В госпитале контроль санитарного состояния буфетных, качества и полноты доведения диет ежедневно осуществляют дежурные врачи, врачи-диетологи, диетические медсестры и старшие медицинские сестры госпиталя.

Они контролируют доведение до больных назначенных диет в качестве оказанных услуг. Постоянный контроль полноценности питания больных организует и проводит заместитель начальника госпиталя по лечебной работе.

Начальник центра не реже 1 раза в месяц, начальник отделения два раза в неделю проверяют санитарное состояние буфетной-столовой и качество пищи с записью в книге оценки качества выдаваемой пищи.

362. На входе в столовую госпиталя должен вывешиваться распорядок работы столовой с указанием времени и очередности приема пищи больными, а также перечня лечебных диет.

Список разрешенных и запрещенных продуктов для передачи больным с требованиями к их хранению вывешивается на холодильниках в лечебных отделениях.

363. Ответственность своевременности подачи данных для постановки и снятия с питания в госпитале (дата и время), указание режима питания больных в отделениях возлагается на лечащих врачей, начальников лечебных отделений.

364. В случае выявления групповых пищевых отравлений среди больных должностные лица, контролирующие лечебное питание в госпитале, имеют право до начала расследования ознакомиться с необходимой для расследования документацией и получить от Исполнителя необходимые сведения, приостановить реализацию готовой пищи и сомнительных продуктов, взять пробы образцов подозрительной пищи (продуктов) для лабораторного анализа.

365. Расследования пищевых отравлений среди больных проводят специалисты санитарно-эпидемиологической отделения совместно с начальником продовольственной службы госпиталя.

366. При выявлении грубых нарушений санитарного состояния объектов питания, условий приготовления и низкого качества пищи, не доведения положенных норм лечебного пайка должностные лица, контролирующие лечебное питание, должны немедленно докладывать о

случившемся начальнику госпиталя для принятия мер, организовать составление акта учета нарушений условий контракта Исполнителем услуг.

В акте фиксируются факты и содержание допущенных нарушений.

Акт учета нарушений составляется в двух экземплярах в присутствии представителя Исполнителя услуг, подписывается членами комиссии (состав комиссии – не менее 3-х человек: начальник продовольственной службы, дежурный врач, представитель санитарно-эпидемиологического отделения).

Не позднее 48 часов с момента выявления недостатков Акт утверждается начальником госпиталя.

При отказе Исполнителя услуг от подписи в акте делается отметка об отказе Исполнителя или отражается особое мнение и мотивы несогласия исполнителя услуг с выводами комиссии.

Первый экземпляр акта учёта нарушений после утверждения начальником госпиталя передаётся председателю комиссии по приёмке услуг (заместитель начальника госпиталя по МТО) для принятия штрафных и административных санкций, второй – хранится в отделении лечебного питания.

367. Основанием для применения штрафных и административных санкций за нарушения в организации питания больных и убытки по вине Исполнителя услуг является:

а) невыполнение и/или нарушение требований санитарного законодательства при организации питания, условий транспортировки, хранения, переработки, реализации продуктов питания, технологических процессов приготовления диет;

б) наличие на складе и использование в лечебном питании сомнительных и недоброкачественных продуктов, безопасность и безвредность которых не подтверждена документами установленного образца;

в) несвоевременное приготовление и несвоевременная выдача пищи больным, повлекшие за собой вынужденное изменение распорядка дня и нарушения лечебного процесса в госпитале;

г) выдача готовой пищи больным в количествах, не соответствующих расчётным выходам в меню-раскладке с учётом допустимых отклонений;

д) несоблюдение при приготовлении диет технологических процессов, режимов, приёмов, рецептур и норм, выхода готовых блюд, мясных и рыбных порций, установленных требованиями законодательства РФ и действующим контрактом;

е) отказ Исполнителя услуг от проверки качества диет или продуктов лечебного питания, хранящихся на объектах Исполнителя.

368. Факты нарушений, изложенных в актах учёта нарушений, должны подтверждаться письменными заявлениями больных и медицинского персонала, копиями документов, и (или) фотографиями, рассматриваться в течение двух рабочих дней.

369. Материалы о недостатках выявленных санитарно-эпидемиологическим отделением представляются начальнику продовольственной службы госпиталя.

XXXII. Порядок осуществления внутреннего контроля качества

370. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в госпитале осуществляется на основании ст.90 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к документации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

371. Целями внутреннего контроля качества медицинской помощи в отделениях госпиталя является:

обеспечение прав пациентов на получение гарантированного объема и надлежащего качества медицинской помощи в соответствии с установленным порядком оказания и стандартом медицинской помощи, а также разработанными на их основе клиническими протоколами;

своевременное выявление и профилактика дефектов оказания медицинской помощи;

повышение качества оказываемой медицинской помощи;

разработка предложений для принятия управленческих решений, направленных на создание и поддержание условий оказания медицинской помощи, определенных требованиями действующего законодательства в сфере охраны здоровья граждан.

372. При осуществлении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности решаются следующие задачи:

соответствие оказываемой медицинской помощи установленному порядку оказания медицинской помощи, стандарту медицинской помощи;

соблюдение безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации, а также медицинского оборудования;

соблюдение качества и безопасности оказания медицинских услуг, в том числе диагностики, лечения, профилактики, реабилитации;

мониторинг результатов проведенного контроля качества медицинской помощи;

выявление и анализ причин, повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;

контроль реализации управленческих решений.

373. Внутренний контроль осуществляется путем оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическому признаку, на основании анализа первичной учетной медицинской документации, иной документации, непосредственного осмотра пациента:

- 1) сбора жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра;
- 2) диагностических мероприятий;
- 3) оформления и обоснования диагноза;
- 4) лечебно-профилактических мероприятий, медицинской реабилитации;
- 5) мероприятий медицинской экспертизы, медицинского освидетельствования;
- 6) сроков оказания медицинской помощи;
- 7) преемственности, этапности оказания медицинской помощи;
- 8) результатов оказания медицинской помощи;
- 9) оформления медицинской документации.

374. При проведении внутреннего контроля оцениваются соблюдение установленных порядков оказания и стандартов медицинской помощи, своевременность, эффективность и безопасность оказания медицинской помощи (оптимальность выбора медицинских технологий с учетом минимизации риска их применения, принятие адекватных мер профилактики ятрогенных осложнений, соблюдение правил хранения и применения лекарственных препаратов, расходных материалов, обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в соответствии с санитарно-эпидемиологическими нормами и правилами и др.).

375. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в госпитале осуществляется на следующих уровнях:

на первом уровне внутренний контроль проводится заведующими отделениями (структурными подразделениями) путем оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи;

на втором уровне – консультантом, начальником центра (по профилю), ведущим и главным медицинскими специалистами, врачами-экспертами отделения (контроля качества медицинской помощи);

на третьем уровне – врачебной комиссией госпиталя.

376. На первом уровне начальник отделения определяет полноту выполнения стандартов при определенной нозологической форме, правильность выбора методов обследования и лечения, своевременность и обоснованность установления диагноза, адекватность лечения, наличие дефектов оказания медицинской помощи и др. В результате оценки ряда показателей формируется «Карта экспертной оценки качества оказания медицинской помощи».

377. На втором уровне внутренний контроль осуществляется консультантами, начальниками центров (по профилю), ведущими и главными медицинскими специалистами путем проведения экспертизы качества медицинской помощи первого уровня (выборочные случаи), в том числе реэкспертизы случаев, подлежащих обязательной экспертной оценке, а также внутренний контроль осуществляется сотрудниками отделения (контроля качества медицинской помощи) путем проведения повторной экспертизы качества медицинской помощи случаев, подлежащих обязательной экспертной оценке.

378. На третьем уровне врачебной комиссией госпиталя, проводится внутренний контроль наиболее сложных и конфликтных ситуаций, требующих комиссионного рассмотрения, вырабатывается и принимается решение по дальнейшей тактике ведения пациента, о профессиональном, должностном соответствии медицинских работников и другим вопросам.

379. На втором и третьем уровнях внутренний контроль может проводиться по совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическому признаку.

380. Работа врачебной комиссии организуется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

381. Внутреннему контролю в обязательном порядке подлежат случаи оказания медицинской помощи:

- 1) все случаи оказания медицинской помощи, в которых не был достигнут запланированный конечный результат;
- 2) все случаи летальных исходов;
- 3) все случаи внутригоспитальных инфекций и осложнений;
- 4) все случаи переводов больных в другие лечебные учреждения;
- 5) все случаи досрочного увольнения по болезни с военной службы;
- 6) случаи с первичным выходом на инвалидность трудоспособных лиц;
- 7) случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года;
- 8) все случаи заболеваний с удлиненными или укороченными сроками лечения (временной нетрудоспособности);
- 9) все случаи с расхождением диагнозов;
- 10) случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов и их родственников;
- 11) другие случаи, возможной причиной которых является низкий уровень качества медицинской помощи;
- 12) все случаи с необоснованным отказом в госпитализации, повлекшие за собой ухудшение состояния больного;
- 13) все случаи с госпитализацией без наличия на то показаний;
- 14) при возникновении несчастных случаев в ЛПУ;
- 15) при несвоевременном направлении на госпитализацию, повлекшем ухудшение состояния больного;
- 16) случаи с возникновением ятрогенных осложнений в госпитале;
- 17) при завышении стоимости лечения (включение в счет неоказанных услуг, необоснованность использования дорогостоящих технологий и т. д.);
- 18) при нарушении медицинской этики и деонтологии;
- 19) все случаи экстренных поступлений;
- 20) все случаи с поступлением и переводами в ОРИТ;
- 21) все случаи с выполнением повторных лапаротомий в течение одной госпитализации;

22) все случаи с выполнением лапароскопических и эндоскопических операций;

23) истории болезни онкологических больных.

382. Случаи оказания медицинской помощи, подлежащие внутреннему контролю в обязательном порядке, рассматриваются в первую очередь.

383. Врачебной комиссией (подкомиссией) госпиталя в обязательном порядке проводится внутренний контроль случаев оказания медицинской помощи, сопровождающихся жалобами граждан или их законных представителей на доступность и качество медицинской помощи.

384. Формы внутреннего контроля:

1) текущий внутренний контроль осуществляется преимущественно на первом уровне, направлен на выявление отклонений в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) и принятие необходимых мер по их устранению;

2) заключительный внутренний контроль осуществляется преимущественно на втором и третьем уровнях по результатам законченных случаев оказания медицинской помощи, направлен на предупреждение и пресечение дефектов оказания медицинской помощи;

3) ретроспективный внутренний контроль осуществляется преимущественно на втором, третьем и четвёртом уровнях, направлен на совершенствование организации и оказания медицинской помощи.

385. Устанавливаются следующие обязательные объемы проведения внутреннего контроля:

для заведующих отделениями (структурными подразделениями), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара и в стационарных условиях, – ежемесячно 100% экспертиз от числа законченных случаев оказания медицинской помощи;

для консультанта, начальника центра (по профилю), ведущих и главных медицинских специалистов – не менее 50 экспертиз ежеквартально;

для отделения (контроля качества медицинской помощи) – ежемесячно не менее 10% законченных случаев оказания медицинской помощи (в том числе случаев контроля качества первого уровня).

386. Результаты внутреннего контроля на втором и третьем уровне фиксируются в «Журнале внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

387. Работа врачебной комиссии госпиталя на четвёртом уровне контроля отражается в «Протоколе заседания врачебной комиссии госпиталя».

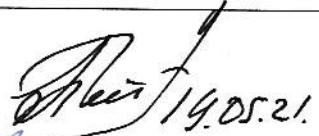
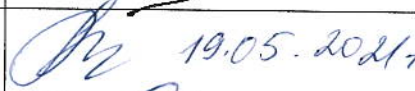
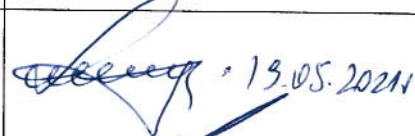
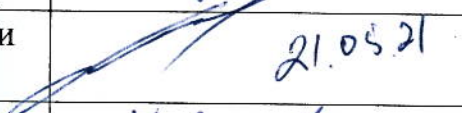


**ЗАМЕСТИТЕЛЬ НАЧАЛЬНИКА ГОСПИТАЛЯ
ПО МЕДИЦИНСКОЙ ЧАСТИ**
полковник медицинской службы



В. Чернецов

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

приказа начальника
ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н.Бурденко» Минобороны России
от «26» мая 2021 г. № 211

Ф.И.О.	Занимаемая должность лица, с которым согласовывался приказ	Подпись должностного лица и дата согласования
Потехин Н.П.	Заместитель начальника госпиталя по клиничко-экспертной работе	 14.05.21
Харланова А.В.	Начальник отдела ОМС	 19.05.2021
Королев А.Е.	Заведующий отделением (контроля качества медицинской помощи)	 13.05.2021
Онуфриевич А.Д.	Начальник центра крови	 21.05.21
Бобин А.Н.	Заведующий патологоанатомическим отделением	 21.05.21
Волынков И.О.	Начальник санитарно-эпидемиологического отделения	 19.05.21

ЛИСТ ДОВЕДЕНИЯ
приказа начальника ГВКГ им. Н.Н. Бурденко от «26» мая 2021 г. № 211

№ п/п	Наименование отделения (центра)	Подпись	Дата	Примечание
1	Главный хирург			
2	Главный терапевт			
3	Начальник консультативно-диагностического центра			
4	Начальник приемно-эвакуационного отделения			