

- Ludupova EYu, Denisova MA. Podhody k obespecheniyu vnutrennego kontrolya kachestva medicinskoj pomoshchi cherez ocenku udovletvorennosti pacientov v medicinskoj organizacii [Approaches to ensuring internal quality control of medical care through assessing patients' satisfaction with the medical organization]. Vestnik Rozdravnadzora [Vestnik of Rozdravnadzor]; 2016; <https://cyberleninka.ru/article/n/podhody-k-obespecheniyu-vnutrennego-kontrolya-kachestva-meditsinskoj-pomoschi-cherez-otsenku-udovletvorennosti-patsientov-v>
- Berseneva EA, Mendel' SA, Savostina EA. Opyt anketirovaniya pacientov kak instrumenta processnogo upravleniya medicinskim uchrezhdeniem [Experience of questioning patients as a tool for process management of a medical institution]. Aktual'nye problemy mediciny v Rossii i za rubezhom; Vypusk V: Sbornik nauchnyh trudov po itogam mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii [Actual problems of medicine in Russia and abroad; Issue V: Collection of scientific papers on the results of the international scientific-practical conference. 2018; 48-50.
- Siburina TA, Barskova GN, Laktionova GN. Metodicheskie podhody k issledovaniyu udovletvorennosti pacientov vysokotekhnologichnoj medicinskoj pomoshch'yu [Methodical approaches to the study of patient satisfaction with high-tech medical care]. Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social aspects of public health]. 2013; 1 (29): <http://vestnik.mednet.ru/content/view/454/30/lang.ru/>
- Sadovoj MA, Kobyakova OS, Deev IA, Kulikov ES, Tabakaev NA, Tyufilin DS, Vorob'eva OO. Udovletvorennost' kachestvom medicinskoj pomoshchi: «vsem ne ugodish'» ili «pacient vseгда prav»? [Satisfaction with the quality of medical care: «you can not please everyone» or «the patient is always right»?]. Byulleten' sibirskoj mediciny [Bulletin of Siberian Medicine]. 2017; 16 (1): 152–161: <http://bulletin.tomsk.ru/jour/article/viewFile/786/645>

© С.О. Шкитин, Е.А. Берсенева, А.В. Березников, Р.Т. Таирова, Ю.О. Онуфрийчук, 2018

УДК 616.1-085.22-07

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(2).65-70

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ В ОТДЕЛЕНИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА НА ОСНОВЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОРЯДКОВ И СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**ШКИТИН СЕРГЕЙ ОЛЕГОВИЧ**, соискатель ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», Россия, 105064, Москва, ул. Воронцово Поле, 12, стр. 1, тел. 8-903-963-39-32, e-mail: [ishkitin@gmail.com](mailto:ishkitin@gmail.com)

**БЕРСЕНЕВА ЕВГЕНИЯ АЛЕКСАНДРОВНА**, докт. мед. наук, профессор, руководитель Центра высшего и ДПО ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», Россия, 105064, Москва, ул. Воронцово Поле, 12, стр. 1, тел. 8-916-216-84-59, e-mail: [eaberseneva@gmail.com](mailto:eaberseneva@gmail.com)

**БЕРЕЗНИКОВ АЛЕКСЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ**, докт. мед. наук, профессор Научно-образовательного центра прикладной медицины и пищевой безопасности Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, Россия, 119991, Москва, Ленинские горы, 1, тел. 8-964-799-10-22, e-mail: [avbereznikov@mail.ru](mailto:avbereznikov@mail.ru)

**ТАИРОВА РАИСА ТАИРОВНА**, канд. мед. наук, старший научный сотрудник Национального НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта ФГБНУ ВО «РНМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Россия, 109074, Москва, Славянская площадь, 4, стр. 1

**ОНУФРИЙЧУК ЮЛИЯ ОЛЕГОВНА**, канд. мед. наук, доцент кафедры медицинской реабилитации физических методов лечения Института медико-социальных технологий ФГБОУ ВО МГУПП, Россия, 125080, Москва, Волоколамское шоссе, 11

**Реферат. Цель исследования** — разработать методику обеспечения выполнения медицинской организацией порядков и стандартов медицинской помощи в отделениях терапевтического профиля многопрофильного стационара. **Материал и методы.** В исследовании проводилась экспертная оценка случаев оказания медицинской помощи пациентам с острыми и хроническими формами ишемической болезни сердца, фибрилляцией предсердий, декомпенсированной хронической сердечной недостаточностью с привлечением экспертов качества медицинской помощи. Затем производилась оценка качества медицинской помощи пациентам в медицинских организациях с разными подходами к организации ее оказания. После определения наиболее эффективной методики организации оказания медицинской помощи производилась оценка эффективности внедрения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. **Результаты и их обсуждение.** При организации оказания медицинской помощи с использованием схем лечения, разработанных на основе порядков и стандартов медицинской помощи, выявлялось наименьшее количество нарушений. При дальнейшем внедрении системы внутреннего контроля, основанной на контроле соответствия медицинской помощи схемам лечения, нарушения выявлялись в еще более меньшем количестве случаев. **Выводы.** Внедрение в клиническую практику и практику проведения внутреннего контроля качества в медицинских организациях схем лечения, разработанных на основе порядков и стандартов медицинской помощи, способствует снижению доли нарушений при оказании медицинской помощи.

**Ключевые слова:** качество медицинской помощи, схема лечения.

**Для ссылки:** Оптимизация лекарственной терапии в отделениях терапевтического профиля многопрофильного стационара на основе выполнения порядков и стандартов медицинской помощи / С.О. Шкитин, Е.А. Берсенева, А.В. Березников [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2018. — Т. 11, вып. 2. — С.65-70. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(2).65-70

# DRUG THERAPY OPTIMIZATION IN THERAPEUTIC DEPARTMENTS AT MULTISPECIALTY HOSPITAL BASED ON THE IMPLEMENTATION OF THE ORDERS AND STANDARDS OF MEDICAL CARE

**SHKITIN SERGEY O.**, external postgraduate student of N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Russia, 105064, Moscow, Vorontsovo Pole str., 12, bld. 1, tel. 8-903-963-39-32, e-mail: ishkitin@gmail.com

**BERSENEVA EUGENIA A.**, D. Med. Sci., professor, Head of the Center for higher and additional professional education of N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Russia, 105064, Moscow, Vorontsovo Pole str., 12, bld. 1, tel. 8-916-216-84-59, e-mail: eaberseneva@gmail.com

**BEREZNIKOV ALEXEY V.**, D. Med. Sci., professor of Scientific and educational center for applied medicine and food safety of M.V. Lomonosov Moscow State University, Russia, 119991, Moscow, Leninsky gory, 1, tel. 8-964-799-10-22, e-mail: avbereznikov@mail.ru

**TAIROVA RAISA T.**, C. Med. Sci., senior researcher of National research institute of cerebrovascular diseases and stroke of N.I. Pirogov Russian State Medical University, Russia, 109074, Moscow, Slavyanskaya square, 4, bld. 1

**ONUFRIYCHUK JULIA O.**, C. Med. Sci., associate professor of the Department of medical rehabilitation and physical methods of treatment of the Institute of Medical and Social Technologies, Russia, 125080, Moscow, Volokolamsk highway, 11

**Abstract. Aim.** A methodology aiming to ensure the implementation of medical services according to the order and standards of medical care in the departments of the therapeutic profile of a multi-specialty hospital was developed.

**Material and methods.** An expert assessment of medical care delivered for patients with acute and chronic types of coronary heart disease, atrial fibrillation, and decompensated chronic heart failure was performed with involvement of experts in the quality of care. Then, the quality of medical care provided for patients in medical organizations was assessed with different approaches to the organization of its delivery. After determining the most effective methods for organizing the provision of medical care, effectiveness of introduction of internal quality and safety control of medical activities has been assessed. **Results and discussion.** When organizing the provision of medical care using the treatment regimens developed on the basis of the orders and standards of medical care, the smallest number of violations was reached. With the further introduction of internal control system based on monitoring compliance of medical care with treatment regimens, the violations were detected in even fewer cases. **Conclusion.** Introduction of internal quality control and the practical treatment schemes developed on the basis of the orders and standards of care into clinical practice in medical institutions helps to reduce the proportion of violations in health care.

**Key words:** quality of medical care, treatment regimen.

**For reference:** Shkitin SO, Berseneva EA, Bereznikov AV, Tairova RT, Onufriychyuk JuO. Drug therapy optimization in therapeutic departments at multispecialty hospital based on the implementation of the orders and standards of medical care. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2018; 11 (2): 65-70. **DOI:** 10.20969/VSKM.2018.11(2).65-70.

Обеспечение доступности и качества медицинской помощи достигается, в том числе, применением порядков и стандартов медицинской помощи. Однако порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи не содержат четких схем лечения пациентов, а только примерный перечень показанных лекарственных препаратов. При этом клинические рекомендации содержат различные подходы к лечению пациентов [1]. Соответственно, порядки и стандарты медицинской помощи обязательны для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, схемы лечения пациентов (алгоритмы оказания медицинской помощи) должны им соответствовать [2].

**Введение.** Планирование закупок лекарственных препаратов медицинскими организациями зачастую осуществляется по заявкам их отделений. При этом отсутствует должный расчет потребности медицинских организаций в лекарственных препаратах, закупки производятся по аналогии с предыдущими периодами, без надлежащей оценки соотношения цены и качества лекарственной терапии. В ряде медицинских организаций закупаются лекарственные препараты с низкой и сомнительной эффективностью при лечении соответствующих заболеваний [2].

Таким образом, планирование закупок лекарственных препаратов медицинскими организация-

ми не всегда соответствует реальной потребности медицинской организации в них, что способствует снижению качества оказания медицинской помощи вследствие дефицита показанных пациентам лекарственных препаратов, а также избытка невостребованных лекарственных препаратов. Решением этой проблемы может стать внедрение в клиническую практику медицинских организаций алгоритмов оказания медицинской помощи, на основании которых пациентам будет оказываться медицинская помощь, проводиться контроль качества назначения лекарственной терапии, а также осуществляться планирование закупок лекарственных препаратов [1].

**Цель** настоящего исследования — разработать методику обеспечения выполнения медицинской организацией порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в отделениях терапевтического профиля многопрофильного стационара.

#### **Задачи:**

1. Изучить принципы организации лекарственной терапии в терапевтических отделениях многопрофильных стационаров.
2. Разработать методику оптимизации лекарственной терапии в медицинских организациях.
3. Разработать систему контроля лекарственной терапии в терапевтических отделениях стационаров терапевтического профиля.

Исследование проведено в терапевтических отделениях трех многопрофильных стационаров с различным подходом к организации проведения лекарственной терапии.

В рамках осуществления контроля объемов, сроков, условий и качества оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в равной пропорции проведено 1020 экспертиз качества медицинской помощи, оказанной в период с января по декабрь 2016 г. в терапевтических отделениях трех медицинских организаций. Терапевтические отделения медицинских организаций отличались друг от друга подходами к организации оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Экспертиза качества медицинской помощи проводилась по случаям оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдром, стенокардией напряжения, нарушением ритма и проводимости сердца, декомпенсированной хронической сердечной недостаточностью. Для проведения экспертиз качества медицинской помощи привлекались врачи-эксперты по специальности «терапия», соответствующие квалификационным требованиям законодательства в сфере обязательного медицинского страхования [3]. В ходе проведения экспертизы качества медицинской помощи выявлялись системные ошибки в ее оказании.

В медицинской организации (МО) № 1 (Владимирская область) (далее МО № 1) не существует сложившейся клинической практики при лечении пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а также не внедрены в практику разработанные схемы лечения пациентов (алгоритмы оказания медицинской помощи). Соответственно, при проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности отсутствует эталон, позволяющий производить оценку качества выполнения показанных лечебных мероприятий.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи в МО № 1 в структуре нарушений при оказании медицинской помощи превалирует отсутствие назначения (ненадлежащее назначение) показанных, регламентированных соответствующими стандартами медицинской помощи лекарственных препаратов (39,6% случаев). Такие нарушения в обязательном медицинском страховании классифицируются кодом дефекта 3.2.1 при отсутствии риска прогрессирования имеющихся заболеваний и формирования осложнений и кодом дефекта 3.2.3 при формировании или реализации таких рисков. Кроме того, в 21,0% случаев выявлялась нерациональная фармакотерапия лекарственными препаратами-синонимами, аналогами и антагонистами по фармакологическому действию (код дефекта 3.12).

Среди наиболее часто встречающихся нарушений при оказании медицинской помощи в МО № 1 выявлены:

1) отсутствие назначения статинов пациентам с острым инфарктом миокарда в 18,3% случаев (код дефекта 3.2.1);

2) отсутствие назначения нитроглицерина внутривенно при острой сердечной недостаточности в 11,5% случаев (код дефекта 3.2.3);

3) необоснованное назначение рибоксина и витаминов в остром периоде инфаркта миокарда, не регламентированное стандартом медицинской помощи, в 11,4% случаев (код дефекта 3.12);

4) отсутствие назначения непрямых антикоагулянтов пациентам с фибрилляцией предсердий и высоким риском развития ишемического инсульта (CHADS2 > 1 балла) при отсутствии абсолютных противопоказаний (HASBLED < 3 баллов) в 7,6% случаев (в 5,8% случаев выявлен код дефекта 3.2.1 и в 1,8% случаев выявлен код дефекта 3.2.3).

В медицинской организации № 2 (г. Москва) (далее МО № 2) существует сложившаяся клиническая практика при лечении пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, но не внедрены в практику схемы лечения пациентов (алгоритмы оказания медицинской помощи). При этом под сложившейся клинической практикой понимаются традиционные подходы к лечению пациентов, разработанные не на основе стандартов медицинской помощи, а на основе учебников, учебных пособий, отчасти национальных руководств, клинических рекомендаций, но без участия клинического фармаколога и администрации медицинской организации. Соответственно, при проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности отсутствует эталон, позволяющий производить оценку выполнения показанных лечебных мероприятий.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи в МО № 2 в структуре нарушений при оказании медицинской помощи превалировала нерациональная фармакотерапия лекарственными препаратами-синонимами, аналогами и антагонистами по фармакологическому действию (25,9% случаев, квалифицированных кодом дефекта 3.12). Кроме того, в 21,3% случаев выявлялось отсутствие назначения (ненадлежащее назначение) показанных, регламентированных соответствующими стандартами медицинской помощи лекарственных препаратов (код дефекта 3.2.1 и код дефекта 3.2.3).

Среди наиболее часто встречающихся нарушений при оказании медицинской помощи в МО № 2 выявлены:

1) необоснованное назначение милдроната в остром периоде инфаркта миокарда, не регламентированное стандартом медицинской помощи, в 15,0% случаев (код дефекта 3.12);

2) отсутствие коррекции электролитных нарушений при лечении острой сердечной недостаточности петлевыми диуретиками в 13,5% случаев (в 7,8% случаев — код дефекта 3.2.1, в 5,7% случаев — код дефекта 3.2.3);

3) одновременное назначение омега-3 (ингибитора CYP2C19) и клопидогрела (метаболизирующегося до активного метаболита при участии CYP2C19) у пациентов с острым коронарным синдромом в 6,4% случаев (код дефекта 3.12);

4) назначение органических нитратов пролонгированного действия с выраженными побочными

действиями пациентам со стенокардией напряжения II функционального класса в 6,1% случаев (код дефекта 3.12).

В медицинской организации №3 (Ханты-Мансийский автономный округ) (далее МО № 3) разработаны и внедрены в практику на основе стандартов медицинской помощи схемы лечения пациентов (алгоритмы оказания медицинской помощи) с участием клинического фармаколога и утвержденные приказом руководителя медицинской организации. Однако внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в части контроля надлежащего выполнения лечебных мероприятий все же проводится без сравнения медицинской помощи, оказанной пациенту, с эталоном, следовательно, это не позволило в полной мере произвести оценку выполнения показанных пациенту лечебных мероприятий.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи в МО № 3 в структуре нарушений при оказании медицинской помощи превалировало отсутствие назначения (ненадлежащее назначение) показанных, регламентированных соответствующими стандартами медицинской помощи лекарственных препаратов без создания риска формирования неблагоприятного исхода (код дефекта 3.2.1 в 9,3% случаев). При этом не было выявлено ни одного случая назначения нерациональной фармакотерапии.

Среди наиболее часто встречающихся нарушений при оказании медицинской помощи в МО № 3 выявлены:

- 1) недостаточные дозировки петлевых диуретиков при лечении острой сердечной недостаточности в 3,7% случаев (код дефекта 3.2.1);
- 2) ненадлежащее назначение кордарона для постоянного приема без назначения нагрузочных доз у пациентов с фибрилляцией предсердий в 2,2% случаев (код дефекта 3.2.1).
- 3) назначение бета-адреноблокаторов с низкой кардиоселективностью пациентам с ишемической болезнью сердца и хронической обструктивной болезнью легких в 2,2% случаев (код дефекта 3.2.1);
- 4) отсутствие назначения статинов пациентам с острым инфарктом миокарда в 1,9% случаев (код дефекта 3.2.1).

Таким образом, различия в организации медицинской помощи в медицинских организациях обуславливали различие в частоте выявления и структуре системных нарушений при ее оказании. Так, в МО № 1 была выявлена самая высокая частота встречаемости дефектов отсутствия назначения показанных лекарственных препаратов (39,6%) и дефектов нерациональной фармакотерапии (21,0%).

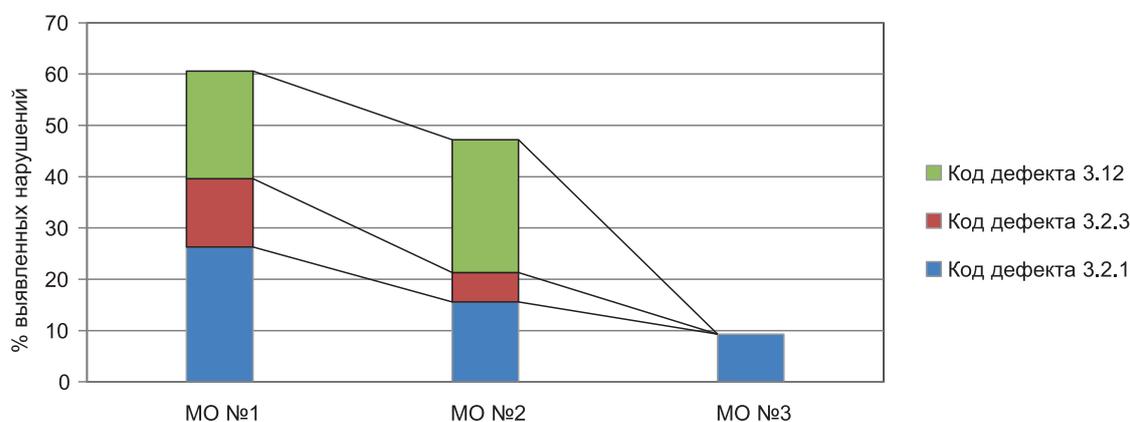
В структуре нарушений при оказании медицинской помощи в МО № 2 наиболее часто встречался дефект нерациональной фармакотерапии (25,9%). В МО № 2 частота выявления отсутствия назначения показанных лекарственных препаратов ниже в 1,23 раза (21,0%), чем в МО № 1 ( $p < 0,05$ ). Частота выявления нарушений с созданием риска неблагоприятного исхода отличается в 2,3 раза [13,3 и 5,7% в МО № 1 и в МО № 2 соответственно ( $p < 0,05$ )].

В МО № 3 не выявлено дефектов нерациональной фармакотерапии, а также нарушений, создающих риск формирования неблагоприятного исхода. Частота выявления нарушений с отсутствием назначения показанных лекарственных препаратов в МО № 3 ниже в 2,3 раза, чем в МО № 2 (29,3% и 1,3% соответственно) ( $p > 0,05$ ) (рисунки).

Очевидно, что качество лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в МО № 3 выше, чем в МО № 2 и МО № 1. Системные ошибки в назначении лекарственных препаратов в МО № 3 объяснялись в основном ненадлежащим проведением внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в части назначения лекарственных препаратов, что не позволяло сравнивать медицинскую помощь с внедренными схемами лечения (алгоритмами оказания медицинской помощи), а отчасти — с отсутствием отдела по контролю качества медицинской помощи.

Системные ошибки в назначении лекарственной терапии в МО № 2 объяснялись еще и оказанием медицинской помощи в соответствии со сложившейся клинической практикой, основанной не на стандартах медицинской помощи, без должного контроля со стороны клинического фармаколога.

Системные ошибки в назначении лекарственных препаратов в МО № 1 обусловлены отсутствием каких-либо разработанных схем лечения, позволя-



Частота выявления нарушений при оказании медицинской помощи

ющих контролировать соответствие медицинской помощи эталону.

Создание единых алгоритмов оказания медицинской помощи, разработанных на основе стандартов медицинской помощи, с участием профильного заместителя руководителя медицинской организации, заведующего отделением, клинического фармаколога может служить таким эталоном. При этом проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в части назначения лекарственных препаратов осуществляется как контур контроля исполнения схем лечения (алгоритмов оказания медицинской помощи). Реализация такой методики возможна при условии создания отдела контроля качества медицинской помощи, проводящего аналитику выявленных системных ошибок лечения.

Методика разработки схемы лечения (алгоритма оказания медицинской помощи):

1. Формирование рабочей группы с участием профильного заместителя руководителя медицинской организации, заведующих отделениями, клинического фармаколога.

2. Выбор эталона — порядка оказания медицинской помощи/стандарта медицинской помощи для 5—7 наиболее распространенных нозологических форм [4, 5, 6, 7].

3. Выделение обязательных и дополнительных лечебных мероприятий.

4. Экономическое обоснование соотношения цены и качества лекарственных препаратов — выбор наиболее эффективного генерика.

5. Разработка схемы лечения (алгоритма оказания медицинской помощи).

При выборе схем лечения исключаются лекарственные препараты избыточно дорогие и изначально более дешевые аналоги. В дальнейшем такое планирование позволяет существенно экономить средства медицинской организации [8]. Схемы лечения являются приложением к приказу руководителя медицинской организации. Изменение схем лечения (алгоритмов оказания медицинской помощи) возможно только по решению врачебной комиссии.

В январе 2017 г. в МО № 3 был сформирован отдел контроля качества медицинской помощи, осуществляющий контроль качества и безопасности медицинской деятельности в части сравнения назначенной пациенту лекарственной терапии с эталоном — схемой лечения (алгоритмом оказания медицинской помощи). Контур контроля осуществляется отделением контроля в виде чек-листа по оценке лекарственной терапии. Результаты работы отдела контроля качества медицинской помощи оценивались по результатам проведения экспертиз качества медицинской помощи, оказанной в период с января по декабрь 2017 г. В ходе оптимизации лечения пациентов в части поиска оптимального соотношения цены и качества лекарственной терапии были внесены изменения в схемы лечения (алгоритмы оказания медицинской помощи). По итогам внесения изменений для каждой из исследуемых нозологических форм было составлено по 3 схемы лечения — по 1 основной и по 2 альтернативным

[1]. По сравнению с 2016 г. частота выявления нарушений снизилась в 3,4 раза ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, даже в медицинских организациях, в которых были внедрены схемы лечения (алгоритмы оказания медицинской помощи), введение контура контроля достоверно снижает частоту выявления нарушений при оказании медицинской помощи.

#### **Выводы:**

1. Обеспечение выполнения медицинской организацией порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в отделениях терапевтического профиля многопрофильного стационара с оптимальным соотношением цены и качества лекарственной терапии возможно путем разработки и внедрения в клиническую практику медицинской организации методики оказания медицинской помощи в соответствии со схемами лечения (алгоритмами оказания медицинской помощи), разработанными на основе стандартов медицинской помощи.

2. В терапевтических отделениях многопрофильных стационаров медицинская помощь, оказанная в соответствии со схемами лечения (алгоритмами оказания медицинской помощи), показывает достоверно более низкую частоту выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе с созданием рисков формирования неблагоприятного исхода.

3. При проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в части проведения лекарственной терапии сравнение медицинской помощи со схемами лечения (алгоритмами оказания медицинской помощи) как эталонами достоверно снижает частоту выявления нарушений при оказании медицинской помощи в 3,4 раза.

***Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.*

***Декларация о финансовых и других взаимоотношениях.** Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получили гонорар за исследование. Конфликта интересов между учреждениями, которые представляют авторы, нет.*

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Экспертная деятельность в обязательном медицинском страховании: практ. пособие / А.В. Березников, В.П. Конев, Ю.О. Онуфрийчук [и др.]. — М.: Инфра-М, 2016. — 184 с.
2. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. — М.: ФГБУ ЦМИКЭЭ, 2015. — 116 с.
3. Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому

страхованию, утвержденному приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230.

4. Стандарт специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы), утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 01.07.2015 № 405ан.
5. Стандарт специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы), утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 01.07.2015 № 404ан.
6. Стандарт специализированной медицинской помощи при сердечной недостаточности, утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 24.12.2012 № 1554н.
7. Стандарт специализированной медицинской помощи при фибрилляции и трепетании предсердий, утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.12.2012 № 1622н.
8. Декомпенсированная хроническая сердечная недостаточность / С.О. Шкитин, Г.И. Нечаева, А.В. Березников [и др.] // Вестник Росздравнадзора. — 2017. — № 2. — С.53—60.

#### REFERENCES

1. Bereznikov AV, Konev VP, Onufriyukh YuO et al. Jekspertnaja dejatel'nost' v objazatel'nom medicinskom strahovanii: prakticheskoe posobie [Expert activity in compulsory medical insurance: practical manual]. Moskva [Moscow]: Infra-M. 2016; 184 p.
2. Predlozhenija (prakticheskie rekomendacii) po organizacii vnutrennego kontrolja kachestva i bezopasnosti medicinskoj dejatel'nosti v medicinskoj organizacii (stacionare) Federal'noj sluzhby po nadzoru v sfere zdravooxranenija [Suggestions (practical recommendations) on the organization of internal quality control and safety of medical activities in the medical organization (hospital) of the Federal Service for Supervision of Health]. Moskva: FGBU СМІКJeJe [Moscow].
3. Porjadok organizacii i provedenija kontrolja ob#emov, srokov, kachestva i uslovij predostavlenija medicinskoj pomoshhi po objazatel'nomu medicinskomu strahovaniju,

utverzhdennomu prikazom Federal'nogo fonda objazatel'nogo medicinskogo strahovanija ot 01.12.2010 № 230 [The procedure for the organization and monitoring of volumes, terms, quality and conditions for the provision of medical assistance for compulsory health insurance, approved by the Order of the Federal Fund of Mandatory Medical Insurance № 230 of December 1, 2010].

4. Standart specializirovannoj medicinskoj pomoshhi pri nestabil'noj stenokardii, ostrom i povtornom infarkte miokarda (bez pod'ema segmenta ST jelektrokardiogrammy), utverzhdennyj prikazom Ministerstva zdravooxranenija RF ot 01.07.2015 № 405an [Standard of specialized medical care for unstable angina pectoral, acute and repeated myocardial infarction (without the elevation of the ST segment of the electrocardiogram) approved by the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of July 1, 2015, № 405an].
5. Standart specializirovannoj medicinskoj pomoshhi pri ostrom infarkte miokarda (s pod'emom segmenta ST jelektrokardiogrammy), utverzhdennyj prikazom Ministerstva zdravooxranenija RF ot 01.07.2015 № 404an [Standard of specialized medical care for acute myocardial infarction (with the rise of the ST segment of the electrocardiogram), approved by the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of July 1, 2015, № 404an].
6. Standart specializirovannoj medicinskoj pomoshhi pri serdechnoj nedostatochnosti, utverzhdennyj prikazom Ministerstva zdravooxranenija RF ot 24.12.2012 № 1554n. [Standard of specialized medical care for heart failure, approved by Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of December 24, 2012 № 1554n].
7. Standart specializirovannoj medicinskoj pomoshhi pri fibrilljacii i trepetanii predserdij, utverzhdennyj prikazom Ministerstva zdravooxranenija RF ot 28.12.2012 № 1622n [Standard of specialized medical care for atrial fibrillation and fluttering, approved by Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of December 28, 2012 № 1622n.].
8. Shkitin SO, Nechaeva GI, Bereznikov AV et al. Dekompensirovannaja hronicheskaja serdechnaja nedostatochnost' [Decompensated chronic heart failure]. Vestnik Roszdravnadzora [Bulletin of Roszdravnadzor]. 2017; 2: 53-60.