

**Протокол
заседания Координационного совета по организации
защиты прав застрахованных лиц при предоставлении
медицинской помощи и реализации законодательства
в сфере ОМС в Республике Алтай**

14.04.2026 г.

г. Горно-Алтайск

Присутствовали:

Хубезов Д.А. - заместитель Председателя Правительства Республики Алтай

Корчуганова О.А. - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Алтай;

Вилисова Н.М. - директор филиала АСП ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Республике Алтай (далее - страховая медицинская организация, СМО);

Нонукова И.В. - руководитель Территориального органа Росздравнадзора по Республике Алтай;

Григоренко Е.Н. - председатель Алтайской республиканской организации «Ассоциация врачей Республики Алтай»;

Камшилина Д.С. - секретарь Координационного совета, начальник отдела защиты прав застрахованных Территориального фонда;

На заседании Координационного совета вынесено 2 вопроса: «Результаты контрольно-экспертных мероприятий по случаям оказания медицинской помощи, завершившихся летальным исходом в условиях круглосуточного стационара за 2025 год», «Об оказании медицинской помощи отдельным категориям ветеранов боевых действий за 2025 год».

«Результаты контрольно-экспертных мероприятий по случаям оказания медицинской помощи, завершившихся летальным исходом в условиях круглосуточного стационара за 2025 год».

Заслушали: Вилисову Н.М.

**I. Анализ летальных случаев в круглосуточном стационаре
по возрастам**

В 2024 году количество летальных случаев в круглосуточном стационаре составил 661 случай в 2025 году 634 случая или 95,9%, в сравнении с 2024 годом наблюдается динамика снижения летальности на 4,1%.

Из таблицы видна положительная динамика снижения летальности детей (мальчиков и девочек) в возрасте от 0 до 15 лет, мужчин трудоспособного и пожилого

возраста, но при этом наблюдается отрицательная динамика по женщинам трудоспособного и пожилого возраста, рост составил 13,7 и 8,2% соответственно.

Анализ летальных случаев в круглосуточном стационаре в разрезе медицинских организаций

Самая большая доля госпитализаций как в 2024 году, так и в 2025 году приходится на БУЗ РА «РБ»: 48,4% в 2024 году и 46,8% в 2025 году. При увеличении количества госпитализаций в БУЗ РА «РБ» в 2025 году на 5,7% наблюдается положительная динамика уменьшения количества летальных случаев в круглосуточном стационаре на 2,4% меньше, чем в 2024 году.

В БУЗ РА «ПЦ», в БУЗ РА «Турочакская РБ» наблюдается снижение летальных случаев в круглосуточном стационаре в 2 раза по сравнению с 2024 годом.

Кроме того, снижение летальных случаев в круглосуточном стационаре в БУЗ РА «Кош-Агачская РБ» на 21,1%, БУЗ РА «Улаганская РБ» на 44,4%, БУЗ РА «Усть-Коксинская РБ» на 40,0%, БУЗ РА «Усть-Канская РБ» на 25%, БУЗ РА «Онгудайская РБ» на 17,1%, БУЗ РА «Чойская РБ» на 33,3%.

При этом количество летальных случаев на 9 случаев или 15% увеличилось в БУЗ РА «Майминская РБ», на 7 случаев или 33,3% в БУЗ РА «Шебалинская РБ» и на 100%, БУЗ РА «Чемальская РБ».

В целом по Республике наблюдается снижение количества летальных случаев в круглосуточном стационаре с 661 в 2024 году до 634 в 2025 году или на 4,1%.

Анализ летальных случаев в круглосуточном стационаре по профилям

Основная доля летальных случаев в круглосуточном стационаре в 2024 - 2025 годах приходится на профиль «терапия» от 26,5% до 28,1% и хирургия 20,4% и 17,8%, при этом по профилю «хирургия» наблюдается снижение количества летальных случаев.

Так же наблюдается снижение количества летальных случаев в круглосуточном стационаре по профилям: кардиология на 27%, нейрохирургия на 20%, неонатология на 37,5%, онкология на 1,8%, педиатрия на 50%, челюстно-лицевой хирургии на 66,7%.

При этом количество летальных случаев в круглосуточном стационаре по профилям: «неврология» увеличился на 1 случай или 1,1%, пульмонология на 11 случаев (19,5%), «терапия» на 3 случая (1,7%), травматология и ортопедия на 4 случая (28,6%), урология на 2 случая (25%) и эндокринология на 3 случая или 150%.

Следует отметить, что по таким профилям как: «акушерство и гинекология», «отоларингология», «ревматология» в 2025 году летальные случаи отсутствуют, а по профилям: «детская онкология», «инфекционные болезни», «офтальмология», «сердечно-сосудистая хирургия» в 2024 году летальные случаи отсутствуют, а в 2025 году наоборот зафиксированы.

Как ранее было отмечено, в целом по Республике наблюдается снижение количества летальных случаев в круглосуточном стационаре с 661 в 2024 году до 634 в 2025 году, или на 4,1%.

Анализ результатов контрольно-экспертных мероприятий

В соответствии с Приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» при проведении контрольно-экспертных мероприятий медицинская организация предоставляет в течение

10 рабочих дней после получения соответствующего запроса медицинскую документацию в оригинале или в виде копий, заверенных установленным порядком.

Из 634 летальных случаев в круглосуточном стационаре 21% или 133 случая без дефектов, 19,2% или 122 случая в работе и по 59,8% или 379 случаям применены санкции.

В соответствии с п.29 приложения № 4 Приказа Минздрава России от 05.08.2022 № 530н установлена обязанность медицинских организаций делать копии ПМД, которые предоставляются по запросам контролирующих органов (следствия, суда, прокуратуры и других).

Некоторые медицинские организации несмотря на неоднократно направленные запросы от СМО не предоставляют своевременно пояснения либо подтверждение об изъятии документации контролирующими органами ПМД. Бывают случаи, когда в сопроводительном документе от МО в СМО указывают о направлении документации (просто копируют список из запроса СМО), но фактически истории не предоставляют.

По коду дефекта «2.12. Непредставление медицинской документации» из 13 случаев, 1 случай по БУЗ РА «Кош-Агачская РБ», который только один и подписан на сумму 59 тыс. руб., от МО не поступило пояснений и ответов, со снятием согласились.

Остальные 12 случаев по БУЗ РА «РБ», МД до сих пор не предоставлена.

Цель СМО, не зарабатывать на не предоставлении МД по летальным случаям, а исполнять свои договорные обязательства и проводить экспертизы качества оказанной МП. Во многих регионах, за непредставление МД по летальным случаям СМО снимают суммы уже через 2 месяца, в том числе в случае изъятия МД контролирующими органами.

По коду дефекта «2.13. Отсутствие в документации ИДС» применены санкции к: БУЗ РА «Кош-Агачская РБ 1 случай, БУЗ РА «РБ» 9 случаев и 1 случай по БУЗ РА «Майминская РБ».

По коду дефекта «3.1. Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий 11 случаев в т.ч.:

8 случаев по коду «3.1.1. не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица» из которых 6 случаев по БУЗ РА «РБ» и по 1 случаю по БУЗ РА «Шебалинская и Майминская РБ» с такими нарушениями как:

- при жизни не верифицирован генерализованный ТЭ синдром с формированием, кроме ИИ головного мозга, геморрагического некроза селезенки и н/доли правого легкого, распространенных субэндокардиальных некрозов миокарда. Не полная прижизненная верификация диагноза;

- при жизни не верифицирована двусторонняя пневмония. Дефекты врачебного наблюдения и обследования;

- расхождение диагнозов с учетом результатов вскрытия

- не проведено контрольное УЗИ брюшной полости 14.02.25, не диагностирована атеросклеротическая гангрена тонкой кишки и геморрагический перитонит, не проведено экстренное опер лечение, краткость пребывания в х/о и тяжесть состояния;

- расхождение диагнозов по основной причине смерти и смертельному осложнению, совпадение по сопутствующей БСК. Следовало провести ВК по тактике профилактики ТЭО при ФП. Мнение врача эксперта (пульмонология): Дефектов не

найдено. Мнение врача эксперта (гематолог): в листе назначений лекарственные препараты указаны не по МНН.

- на вскрытии не выставлен рак сигмовидной кишки. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов 1 категории.

- не диагностирован обширный инфаркт правой почки.

- расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов 1 категории- не диагностирован рак хвоста поджелудочной железы с метастазами

- не выполнено МСКТ брюшной полости, не диагностирован мезентериальный тромбоз с некрозом подвздошной кишки и не проведено срочное оперативное лечение. Расхождение диагнозов 1 категории. Код дефекта 3.1.1 Мнение эксперта (терапевт): при имеющихся показаниях не проведена повторная консультация хирургом, не выполнено МСКТ брюшной полости. Не выявлен мезентериальный тромбоз, не проведено оперативное лечение.

3 случая по коду **«3.1.3. приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания»** из них 2 случая по БУЗ РА «РБ» и 1 случай по БУЗ РА «Майминская РБ»:

- гипердиагностика ОНМК. Не выявлена непосредственная причина смерти.

- с учетом локализации инфаркта показана запись ЭКГ в отведениях V7-9 V3R-V4R при поступлении; при жизни верифицирован рецидив ОИМ. При жизни не верифицирован рецидив ОИМ по задней стенке (явившийся непосредственной причиной смерти).

- не выполнено УЗИ брюшной полости Не диагностирована Хр язва ДПК с префорацией перитонитом Расхождение диагноза Не выполнено экстренное оперативное лечение

По коду дефекта **«3.10. Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2 - 3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме)»** из 12 случаев 10 случаев по БУЗ РА «РБ» и по 1 случаю по БУЗ РА «Чемальская и Майминская РБ»:

- отсутствует ИД на мед.вмешательство. Не проведена оценка данных МСКТ грудной и брюшной полости, расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов 2й категории - не диагностированы хронический двусторонний пиелонефрит с абсцедированием, абсцесс селезенки, сепсис. Мнение эксперта (нефролог): отсутствует ИД на мед.вмешательство. Не диагностированы хронический двусторонний пиелонефрит с абсцедированием, абсцесс селезенки, сепсис. Расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов.

- не выполнено МСКТ брюшной полости, лапароскопия. Не проведен консилиум. Не диагностирован о.мезентериальный тромбоз с некрозом тонкой и толстой кишки. Не проведено экстренное оперативное лечение. расхождение диагнозов 2 категории, нет осмотра реаниматолога при поступлении, нет осмотра дежурного врача в динамике в день поступления, нет оценки риска тромбоэмболических осложнений и риска кровотечений. Доза эликвиса занжена.

- не выполнен анализ крови на концентрацию фолиевой кислоты, вит. В12 - КР "Когнитивные расстройства у лиц пожилого возраста". Не выполнена компьютерная томография юрюшной полости/ МРТ ОБП с контрастированием. При имеющихся показаниях (анемия) не выполнена ФГДС -КР "цирроз и фиброз печени". Непроведение показанных диагностических мероприятий и неверная трактовка имеющихся лабораторно-клинических изменений привело к расхождению клинического и патолого-анатомического диагнозов 2 категории. В лечении не назначены невсасываемые

кишечные антибактериальные препараты рифаксимин или орнитин; отсутствует назначение осмотических слабительных.

- нет интерпретации высокого уровня мочевины и креатинина Нет УЗИ почек, не осмотрен терапевтом, не проведен консилиум Расхождение клинико и патологоанатомического диагнозов 2 категории, Расхождение 2 категории, не осмотрен урологом(нефропатия, повышение уровня мочевины, креатинина. Нет УЗИ органов ТВС) код 3.

- при проведении патолого-анатомического вскрытия инсульта не обнаружено. Нет контроля МСКТ головного мозга. Имеет место расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов;

- нет консультации невролога 27.28 10.2025 г. - острое начало, кома. Нет нейровизуализации головного мозга. Лечение ишемического инфаркта головного мозга не проводилось. Расхождение 2 категории. СРБ и ПКТ определены однократно. Не проводилось патолого-анатомическое исследование, информации нет, нет и отказа Необоснованное назначение цефатоксима, в Кош-Агаческой больнице находилась 19 дней, получала цефтриаксон, левофлоксацин цефоперазон/сульбактам.

- не выполнен дуплекс вен н/конечностей. Не диагностирован флеботромбоз правой бедренной вены и массивной ТЭЛА. Профилактика ТЭЛА не проводилась

- представлена выпика из т/о от 03.12.24г. При жизни не верифицирована КМП, декомпенсация ХСН, не проведено ЭХО КГ, МНУП. Как следствие не установленного диагноза КМП, декомпенсация ХСН лечение ССЗ не проводилось. Не проведены исследования: определение сывороточного железа, ОЖСС, насыщение трансферрина железом, концентрации ферритина. При имеющихся показаниях (явления ХСН: плеврит, асцит) не определен натрийуретический пептид, ЭХО КГ. Лечение ХСН не проводилось.

- не выполнен осмотр молочных желез, не выполнена консультация онколога и не выставлен диагноз C50(приказ 203 н от 10.05.2017г). Расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов 2-3 категории, обусловлено не проведением диагностических исследований.; Мнение онколога: не выполнена пальпация молочных желез.

- не выполнена оценка риска ВТЭО , код дефекта 3.2.1 Мнение эксперта (онкология):анамнез заболевания малоинформативен. Нет осмотра колостомы и ее на личия, во всех осмотрах стул в норме. Расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов. Не ясна цель введения вит. В1.

- не выполнена консультация реаниматологом при поступлении (SPO2 76%), не выполнен своевременный перевод в ОАР/ПИТ. При имеющихся показаниях не выполнена ЭХО-ЭКГ. Не выполнена оценка прогноза по шкале CURB/CRB-565 или PORT; не выполнена оценка тяжести пневмонии по шкале АТО/АОИБ или SMART-COP; не выполнено микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты; не выполнено исследование уровня ПКТ, КЩС крови и газов крови с определением РаО2, РаСО2, Ph, бикарбонатов, лактата, не выполнено УЗИ легких; Не выполнено исследование мокроты на КУМ- приказ МЗ №951 от 2014г. При жизни не верифицирована ГКМП, ХСН ставшая причиной смерти. Должное обследование и лечение не проводилось. Нет ЭХО-ЭКГ. Не заподозрена ХСН. Имеет место расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов 2-3 категории.- код дефекта 3.10 Нет оценки эффективности АМТ через 48-72 часа. нет коррекции АМТ.

По коду дефекта «3.11. Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи:

- отсутствие протокола установления смерти человека - Постановление Правительства РФ №950 от 20.02.2012г. Отсутствие протокола реанимационных мероприятий и отсутствие протокола патолого-анатомического вскрытия не позволяют провести оценку качества оказания медицинской помощи\

- недостаточная кратность определения гликемии у пациентки с сахарным диабетом в тяжелом состоянии в условиях ПИТ(показано каждые 3-4 часа), глюкоза крови определена однократно при поступлении; гликированный гемоглобин не определен- нельзя судить о достижении целевых значений гликемии (в т.ч. натощак через 2 часа после еды, перед сном, ночью) и гликированного гемоглобина, а следовательно судить об адекватности сахароснижающей терапии. Отсутствует протокол патолого-анатомического вскрытия (досудочная летальность - ФЗ №323. Приказ МЗ РФ №354н от 06.06..2013г "О порядке проведения патолого-анатомического вскрытия").

- с учетом снижения Нв до 59 г/л не выполнена ФГДС, не проведена консультация хирургом, источник кровотечения до конца не ясен. Отсутствие протокола вскрытия не позволяет провести оценку качества оказания мед. помощи

- описана клиника делириозного расстройства сознания. Нет судебно-химического исследования крови -суррогаты, алкоголь. Не ясна тактика оказания мед.помощи - в реанимацию переводят по показаниям, а не по очереди и наличию мест.! Диагноз по классификации, но клиника не соответствует (эпилептический-фибрилляция- смерть) классическая цепь+ светлый промежуток 12.01.. Не выявлена ТЭЛА. Нет консультации кардиолога при появлении пароксизма ФП. Сложно оценить качество мед.помощи по имеющимся данным;

- отсутствие протокола ПАВ и/или судебно-медицинского заключения не позволяют провести оценку качества оказания медицинской помощи Письмо ФФОМС от 26.01.2024 Отсутствует информация о проведении исследования биологических жидкостей на наличие этанола и метанола При гипергликемии (42,5 ммоль/л) не выполнена консультация эндокринолога, при проведении инсулинотерапии не выполнено исследование уровня гликемии в динамике, не проведена коррекция гипогликемической терапии;

- и т.д.

По коду дефекта 3.13. Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента:

- СК Ф 26 мл/мин от 06.03.25, Нв 54 г/л от 07.03.25 Нв47 г/л, назначение метформина противопоказано при клинических выраженных симптомах острых и хронических заболеваний --- усугублении тканевой гипоксии, риск лактаацидоза(см инструкцию к препарату) см КР "СД 2 тип" у взрослых, 2022.см Алгоритм специализированной мед помощи больным СД 2 тип, 2023, 2025

- необоснованное применение лекарственных препаратов. Противопоказан одновременный прием кеторолака и др. НПВС (парацетамол — прием 23.09.–27.09.2025). Противопоказано применение кеторолака при СКФ менее 30 мл/мин (у пациента СКФ 23.09. — 25 мл/мин, креатинин крови — 260 мкмоль/л). Не выполнена коррекция дозы антибактериальной терапии (АМТ) с учетом СКФ. Пациент получал цефоперазон + сульбактам с 02.10. по 08.10.2025 в макс. суточной дозе 4,0 г (по 2,0 г x 2 р.), при этом СКФ у пациента составляла 16–23 мл/мин, и необходимо было уменьшить дозу до 2,0 г в сутки (по 1,0 г x 2 раза) — согласно инструкции по применению лекарственных препаратов.

- 1. В Протоколе осмотра от 29.04.25 г указано на наличие кашля с гнойной мокротой, выраженную одышку, дыхательную недостаточность. В Посмертном эпикризе указано на ухудшение состояния пациента 28.04.25 г: кашель с гнойной мокротой, удушье на О2 7-8 л/мин, консультирован пульмонологом. Однако в Протоколе осмотра от 28.04.25 г. эти данные отсутствуют, они указаны в протоколе от 29.04.25 г. 2. Отсутствует рекомендованное рентгенологом по результатам Рг ОГК 28.04. и пульмонологом МСКТ ОГК. 3. Отсутствует выполнение РГ ОГК – 29.04.25 г. при установлении перевода в ОРИТ. 4. Отсутствует в полном объеме выполнение требований Российских национальных рекомендаций «Нозокомиальная пневмония у взрослых». Код дефекта 3.2.2 В раздел Диагноз: 1. В Протоколе осмотра от 29.04.25 г указано на наличие кашля с гнойной мокротой, выраженную одышку, дыхательную недостаточность, которые ранее (24-28.04.25) отсутствовали, т.е. имеются признаки внутрибольничной (госпитальной пневмонии). В заключительном клиническом диагнозе, в Посмертном эпикризе отсутствует формулировка внутрибольничной (госпитальной пневмонии). 2. Отсутствует протокол вскрытия, тогда как имеется кашель с гнойной мокротой, Л-18х109, 93% нейтрофилы. Не выполнено требование п 5Б ч. 3 статьи 67 Закона РФ № 323-ФЗ: «67. 3. По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев: 2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти; 5) смерти: б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него». 3. В Протоколе установления смерти №152 от 29.04.25 г. указаны два взаимоисключающих пункта: реанимационные мероприятия проводились 30 мин и реанимационные мероприятия не проводились вообще, тогда как имеется Протокол СЛР. В раздел Лечение 1. По Листу назначений 26.04.25 г введено: - бевацизумаб –1000 мг (84%), тогда как схема предусматривает 15 мг/кг 15х79= 1185 мг; - карбоплатин – 486 мг, тогда как расчет дозы АУК 6 (79 кг, 62 кг, креатинин 80 мкм/л) = 718 мг, с учетом 40% редукции доза =430 мг (60%); - паклитаксел – 231 мг, тогда как из расчета, указанного в протоколе назначения от 26.04.25 г: 175 мг/м² х1,9 = 333 мг, с учетом редукции 40% = 200 мг (60%). Приказом МЗ РФ от 27.05.1997 г. № 170 и МКБ-Х пересмотра отнесено к нанесению вреда здоровью пациента при выполнении терапевтической процедуры (Y60-Y69): «Y63.8 Ошибочность дозировки во время других терапевтических процедур». 2. В Посмертном эпикризе указано на введение 26.04.25 меропенема в дозе 486 мг, тогда как в Листе назначений присутствует введение только цефтриаксона 29.04.25, в Карте ИТ – цефеперзон сульбактам. Отсутствует обоснование изменения АБТ. неправильный выбор методов диагностики;

- пневмония госпитальная, диагноз подтвержден данными МСКТ от 16.12.2025г. Коррекция АМТ только 17.12.2025г. Нет динамики R-графии или МСКТ. На фоне терапии меропенемом отрицательная динамика. Нет реанимационных карт 18.12.-22.12.2025;

- при поступлении состояние тяжелое SPO2 88% на кислороде (не указана сатурация на атм.воздухе). Нет осмотра реаниматолога. При наличии отеков до в/3 голени, передней брюшной стенки, SPO2 90%- состояние не может быть удовлетворительным, показан ежедневный осмотр врача. 17.02. СРБ до 205,5 мг/л - не характерно для ХОБЛ. 27.02. пациент агрессивен, дезориентирован, SPO не определяется, нет осмотра реаниматолога. 28.02.- мокрота слизисто-гнойная, жидкий стул, SPO2 не определяется, АД-80/60 мм.рт.ст.!! состояние оценено как средней тяжести. 01.03.-02.03. заторможен, SPO2 не определяется, АД < до 70/40. Преждевременный перевод из ОАР(SPO 91% на кислороде, АД-80/60, заторможенность.

Цефтриаксон не рекомендуется при инфекционном обострении ХОБЛ 4 стадии (КР МЗ "ХОБЛ", 2024г). АМТ не соответствовала КР МЗ РФ. требовалась коррекция АМТ с 28.02.25г;

- противопоказано применение верошпирона при СКФ менее 10 мл/мин. (у пациента СКФ 7 мл/мин). Не выполнена коррекция дозы антибиотиков с учетом СКФ * пациент получает цефотаксим 4 гр/сут. а необходимо уменьшать дозу до 2 г/сут.

- при поступлении SPO2 45% показана ИВЛ. Антибактериальная терапия должна быть назначена согласно КР МЗ РФ "пневмония у взрослых", "грипп у взрослых" 2022г. Недостаточная АМБ терапия при тяжелой пневмонии. Пациентка поступила в тяжелом состоянии 10.04, лабораторное обследование (ОАК, газы крови, Биох.анализ., коагулограмма) - показаны 10.04.25г. Код дефекта 3.13 Мнение эксперта (инфекционист): недооценка степени тяжести, неадекватная тяжести.

-и т.д.

3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, в т.ч.:

3.2.1. не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;

- недооценка тяжести при поступлении (острая декомпенсация СН) - показан осмотр реаниматолога. Назначение депаглифлозина некорректно (КШ). С учетом проявлений острой декомпенсации СН лечение недостаточное. Дефекты врачебного наблюдения, лечения;

- нет согласия ЗЛ на мед.вмешательство (нет подписей членов консилиума). Не проведен дуплекс БЦС в течении 3 часов;

- не выполнено исследование кислотно-основного состояния крови при поступлении и в динамике; не выполнено исследование уровня миоглобина в моче. При явлениях ОКС не выполнена консультация кардиологом, нет ЭХОКГ - КР МЗ Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST". Не проведена терапия: АСК, ингибиторы агрегации тромбоцитов, гиполипидемическими препаратами. При явлениях ОПП, анурии не выполнена консультация нефрологом, не решен вопрос о заместительной терапии (гемодиализ).

- не выполнен осмотр неврологом; не проведена клиническая диагностика существующих симптомов врачом психиатром; не выполнено КТ/МРТ головного мозга, не выполнен анализ на концентрацию фолиевой кислоты, витамина В-12 - КР" Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста";

- Стартовая антимикробная терапия (с 01.10.2025г) не соответствует рекомендациям по лечению тяжелой пневмонии. Назначение цефтриаксона/цефотаксима на 13е сутки данной госпитализации (+09.09 по 18.09.25г в Майминской РБ) необоснованно. Стартовая терапия должна была быть назначена с учетом высокой вероятности суперинфекции госпитальной флорой. В ОАК 02.10.25г лейкоц.12, нейтроф. 9.6; 8.10 лейкоц 9.9; 15.10 лейкоц 14.4, нейтр.13.2% Креатинин 324 мкмоль/л -- ОПП. СРБ 02.10.25г 81.6, 08.10.25г 127. Лабораторная динамика отрицательная. Показана коррекция.

- и т.д.

3.2.2. приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного

лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);

- кома 3-4 балла при первичном осмотре 19.08.25г по шкале Глазго менее 9бал. показана интубация, ИВИ, интубирован только 20.08.25г в 6:00. наличие комы с очаговой симптоматикой и ЧМТ, проведение диагностических мероприятий для исключения внутричерепной гематомы (МСКТ), при невозможности -диагностическая трепанация;

- не выполнен осмотр врачом реаниматологом через 15 минут от момента поступления (поступление 05.06.25г в 23:10, запись осмотра реаниматолога -06.06.25г в 11:00). Не выполнено КИЦС крови, не выполнена рентгенография черепа, не выполнено УЗИ ОБП. Отсутствует информация о проведении исследования этанола и метанола в биологических жидкостях. Отсутствует протокол рентгенографии ОГК, не выявлено наличие двусторонней пневмонии, лечение пневмонии не проводилось. При проведении коррекции водно-электролитных нарушений не выполнено исследование КИЦС, нет динамики;

- ухудшение состояния 24.03.25 в виде нарастания ОДН (острой дыхательной недостаточности) в виде тахипноэ 22 в мин, v (снижение) SpO2 до 93%, спутанное сознание, ослабление дыхания в легких, лейко. (лейкоциты) $2,8 \cdot 10^9/\text{л}$, Hb (гемоглобин) 103 г/л (при поступлении 111 г/л), сдвиг L-формулы влево (п/я 82). Показаны: R-графия (рентгенография) / МСКТ ОГК (органов грудной клетки), исслед. СРБ. Не было: наблюдения дежурного врача (занижена тяжесть состояния), повторного осмотра лечащего врача. 25.03: ОДН усугубилась до II степени (ЧД (частота дыхания) до 26 в мин, SpO2 85%). Показаны: латеральный контроль, осмотр пульмонолога, реаниматолога. Недостатки: МСКТ ОГК (R-графия ОГК — без очагов и инфильтратов), исключение других причин ОДН. Отмечалось и t° (повышение) t° тела до фебрильных цифр 23/03 и 24/03. Не диагностирована двусторонняя пневмония тяжелой ст. тяжести. При SpO2 < 90% не исследован газовый состав крови. Не была назначена антимикробная терапия, ДЗЛ (дифференциальная диагностика);

- и т.д.

3.2.4. приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях)

- недооценка данных УЗИ бр полости от 24.04.(утолщение стенок ж пузыря) и лейкоцитоз до 13.от 23.04.25 Нет наблюдения за больным 25.04, 26.04. Несвоевременно диагностика гангренозно--перфоративного холецистита и перитонита(на 5-е сутки пребывания в х/о) и несвоевременное оперативное лечение ;

- с учетом ХБС 5 б(ВАШ) отсутствует терапия при поступлении, нет данных о проведенной противоболевой терапии Не в полном объеме с учетом ХБС, при ОАК от 01. апреля L $0,8 \times 10 \times 9/\text{л}!!!$ не проведено стимуляция лейкопоза, что является критическим при поступлении, т.е меры не приняты Заключение врача терапевта: Не выполнена консультация онкологом, при ухудшении состояния больного, не выполнена динамика показателей уровня креатинина и подсчета суточного диуреза, нет консультации нефролога для решения вопроса о проведение ЗПТ. Препараты железа назначены без определения показателей железа в организие---инструкция по применению препаратов. В ИДС на мед вмешательства не указано полностью ФИО и телефон лица, которому возможно передача информации о состоянии здоровья Отсутствует подсчет суточного диуреза у пациентки в тяжелом состоянии, гипотонией и снижение СКФ до 18 мл/мин В листе врачебных назначений лек препараты указы по торговым наименованиям, а не по МНН, приказ №1094н. Не проведена гемостимулирующая терапия у пациентки с нейропенией 4 ст. Отсутствует лабораторный контроль у пациентки с отрицательной динамикой Отсутствует

консультация реаниматолога Отсутствует консультация гематолога/онколога, в том числе посредством ТМК.

Рекомендации:

1. Страховой медицинской организации:

1) Внеплановую целевую экспертизу качества медицинской помощи проводить при всех летальных случаях, за исключением случаев летального исхода вне периода оказания медицинской помощи, в том числе при вызове бригады скорой медицинской помощи до её приезда;

2) мультидисциплинарную внеплановую целевую экспертизу качества медицинской помощи проводить при всех летальных исходах при оказании медицинской помощи на разных уровнях ее оказания;

3) усилить контроль за проведением и документальным оформлением результатов экспертиз качества медицинской помощи, проводимых экспертами качества, в том числе с мультидисциплинарным подходом;

4) рассмотреть вопрос о сроках ожидания первичной медицинской документации для контроля экспертных мероприятий в 3 месяца.

2. Медицинским организациям:

1) Обеспечить надлежащее оформление первичной медицинской документации, контроль наличия посмертного эпикриза и протокола патологоанатомического вскрытия, на основании Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.12.2025) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" п.5 статьи 67, письменных отказов от госпитализации в медицинской документации;

2) предъявлять все случаи медицинской помощи на оплату, в том числе случаи медицинской помощи с летальным исходом;

3) в соответствии с п. 29 приложения № 4 Приказа Минздрава России от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения» делать копии карт в целях обеспечения проведения КЭМ;

4) рассмотреть необходимость предоставления заверенных копий (на электронном/бумажном) носителе первичной медицинской документации в целях соответствия сроков проведения экспертизы качества медицинской помощи, соответствии сроков рассмотрения обращений граждан, установленных законодательством.

II. «Об оказании медицинской помощи отдельным категориям ветеранов боевых действий за 2025 год»

Заслушали: Корчуганову О.А.

Всесторонняя поддержка ветеранов специальной военной операции – один из государственных приоритетов. В зоне особого внимания - сохранение и поддержка здоровья, а значит медицинская помощь, которую ветераны получают бесплатно и без очереди по полису ОМС.

В целях организации оказания участникам специальной военной операции первичной медико-санитарной помощи филиал государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» по Республике Алтай представляет в ТФОМС РА сведения о месте нахождения участника специальной военной операции (при наличии такой информации и отличии такого места нахождения от места регистрации участника специальной военной операции), его контактные данные, информацию о возможных ограничениях в состоянии здоровья, затрудняющих самостоятельное его обращение в медицинскую организацию, иную информацию о

состоянии его здоровья. ТФОМС РА определяет медицинскую организацию, выбранную участником специальной военной операции для получения первичной медико-санитарной помощи и направляет ей полученную от филиала Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» информацию в целях организации участнику специальной военной операции первичной медико-санитарной помощи во внеочередном порядке.

Также в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи указанная категория граждан имеет право на внеочередное оказание медицинской помощи, а именно:

- выездные медицинские бригады с необходимым медицинским оборудованием – если пациент не может самостоятельно приехать в поликлинику;
- медицинская реабилитация – предоставляется во внеочередном порядке, в том числе амбулаторно, стационарно и на дому. При оказании медицинской реабилитации на дому медорганизация предоставляет пациенту необходимые медицинские изделия на весь период лечения;
- организация динамического наблюдения, в том числе с использованием телемедицинских технологий;
- санаторно-курортное лечение (вне зависимости от наличия инвалидности);
- паллиативная помощь (при организации помощи на дому за пациентом закрепляется выездная паллиативная бригада, осуществляющая выезд к такому пациенту на дом с частотой, не реже 1 раза в неделю и по медицинским показаниям);
- оказание специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной при наличии показаний (участник СВО имеет право на пребывание в одноместной или двухместной палате (при наличии));
- по назначению врача обеспечение медицинскими изделиями и необходимыми лекарственными препаратами.

С января 2025 года ТФОМС РА ведет отдельный учет случаев оказания медицинской помощи участникам специальной военной операции в разрезе условий и форм ее оказания, а также учет таких пациентов, получивших медицинскую реабилитацию с учетом ее этапности. Также доработана форма реестров счетов за оказанную медицинскую помощь по установлению признака участника СВО. Значение вышеуказанного поля заполняется медицинской организацией на основании представленных застрахованным лицом документов, подтверждающих его социально-значимый статус. Поле «Социально-значимая категория лиц» для ведения персонифицированного учета оказанной медицинской помощи дополнена критериями:

035 – участник СВО, уволенный в запас (отставку)

065 – член семьи участника СВО

810 – инвалид 1 группы

813 – инвалид 1 группы участник СВО

816 – инвалид 1 группы член семьи участника СВО

На следующих слайдах представлена информация о медицинской помощи, оказанной для участников СВО в 2025 году в рамках реализации базовой программы ОМС.

Скорая медицинская помощь – 274 вызова (1 606, тыс.руб.), амбулаторно-поликлиническая помощь на сумму 8 914, 7 тыс.руб., медицинская помощь оказанная в условиях дневного стационара - 60 случаев лечения (6 002, 2 тыс.руб.), специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в условиях круглосуточного стационара – 160 случаев лечения (12 298,6 тыс.руб.).

Объем финансового обеспечения медицинской реабилитации составил 8 038, 5 тыс.руб (4 случая в амбулаторно поликлинических условиях на сумму 156, 9 тыс.руб., 9 случаев в условиях дневного стационара на сумму 497, 9 тыс.руб. и 67 случаев в условиях круглосуточного стационара на сумму 7 383, 7 тыс.руб.

Общий объем оказанной медицинской помощи участникам СВО составил 36 860, 2 тыс. руб.

круглосуточный стационар – 11 случаев на сумму 2 102, 7 тыс.руб., в том числе ВМП - 7 случаев на сумму 1 819, 7 тыс.руб.

Рекомендации:

1. Руководителям медицинских организаций:

- 1) Обеспечить внеочередное полное, всестороннее, своевременное оказание медицинской помощи участникам специальной военной операции (СВО) и членам их семей в системе ОМС, а также в части предоставления информации о порядке и условиях прохождения профилактических мероприятий, в том числе диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья мужчин и женщин;
- 2) Обеспечить проведение диспансеризации участнику специальной военной операции в течение месяца после получения информации о прибытии;
- 3) Рассмотреть возможность выделения фиксированного времени и даты приема участников специальной военной операции в целях прохождения ими диспансеризации и диспансерного наблюдения и обеспечить доведение данной информации до целевой аудитории;
- 4) Рассмотреть необходимость организации проведения телемедицинских консультаций (ТМК) в формате «медицинский психолог-пациент (участником СВО)»;
- 5) Обеспечить проведение диспансеризации в стационарных условиях лицам из числа граждан, которые имеют нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящие к ограничениям жизнедеятельности, выраженные в неспособности к самообслуживанию, необходимости в постоянной посторонней помощи и уходе, полной зависимости от других лиц (далее - маломобильные граждане), проживающие в отдаленных районах и сельской местности, а также маломобильным гражданам, доставка которых в медицинские организации затруднена, при условии обязательного выполнения 100 процентов объема первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Срок: постоянно.

2. Министерству здравоохранения Республики Алтай:

- 1) Обеспечить контроль за деятельностью медицинских организаций по оказанию медицинской помощи участникам СВО в соответствии с требованием Территориальной программой обязательного медицинского страхования Республики Алтай.

Срок: постоянно.

3. Страховой медицинской организации:

- 1) Обеспечить индивидуальное информирование участников СВО и членов их семей, подлежащих профилактическим мероприятиям в 2026 году;
- 2) В соответствии с пунктом 44 Порядка контроля направлять в Территориальный фонд наряду с предложениями по улучшению доступности и качества медицинской помощи, в том числе диспансеризации, планы мероприятий по устранению нарушений при оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, представленных медицинскими организациями.

Срок: постоянно.

Заместителя Председателя
Правительства Республики Алтай,
председатель Координационного совета



Д.А. Хубезов
