

**ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

**КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ**

**РАСПОРЯЖЕНИЕ**

**от 31 августа 2009 г. N 530-р**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ  
"РАЗРАБОТКА СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ  
ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА"**

В целях реализации [Закона](#) Санкт-Петербурга от 26.11.2008 N 750-142 "О контроле качества медицинской помощи в Санкт-Петербурге", [постановления](#) Правительства Санкт-Петербурга от 03.07.2007 N 730 "О создании единой системы управления качеством медицинской помощи в Санкт-Петербурге":

1. Утвердить [Методические рекомендации](#) "Разработка стандартов медицинских технологий лечебных учреждений Санкт-Петербурга" согласно приложению 1.

2. Контроль за выполнением распоряжения возложить на первого заместителя председателя Комитета по здравоохранению Жолобова В.Е.

И.о. председателя  
Комитета по здравоохранению  
Ф.Н.Кадыров

ПРИЛОЖЕНИЕ 1  
к распоряжению Комитета  
по здравоохранению  
от 31.08.2009 N 530-р

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
"РАЗРАБОТКА СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ  
ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА"**

**Общие положения**

Методические рекомендации разработаны в соответствии с [Законом](#) Санкт-Петербурга от 26.11.2008 N 750-142 "О контроле качества медицинской помощи в Санкт-Петербурге", [постановлением](#) Правительства Санкт-Петербурга от 03.07.2007 N 730 "О создании единой системы управления качеством медицинской помощи в Санкт-Петербурге".

Разработка стандартов медицинских технологий лечебных учреждений необходима для нормативного обеспечения системы стандартизации как составляющего элемента системы управления качеством медицинской помощи в Санкт-Петербурге.

Технологии, используемые при оказании медицинской помощи, разделяют на следующие уровни:

- технологии выполнения простых медицинских услуг;
- технологии выполнения манипуляций, исследований и процедур;
- технологии выполнения услуг медицинского сервиса;

- технологии выполнения собственно медицинской помощи при определенном заболевании, которые можно рассматривать как комплекс простых услуг, находящихся между собой в причинно-следственных и временных взаимоотношениях (далее - стандарты ЛПУ).

Целью настоящих Методических рекомендаций является нормативное обеспечение процессов разработки, внедрения и оценки эффективности применения стандартов ЛПУ.

Стандарты ЛПУ - это оптимальный по времени и последовательности план выполнения лечебно-диагностических мероприятий в конкретном медицинском учреждении у больного с установленным диагнозом, разработанный на основе клинических рекомендаций, а также федеральных стандартов медицинской помощи и/или региональных стандартов Санкт-Петербурга, в том числе медико-экономических стандартов Санкт-Петербурга.

Стандарт ЛПУ включает формализованное описание оптимального объема медицинской помощи, оказание которой должно быть обеспечено пациенту с конкретной нозологической формой (заболеванием), синдромом или в конкретной клинической ситуации с количественными характеристиками медицинских технологий, с указанием частоты предоставления услуг, среднего количества их назначений на законченный случай лечения, дозы, а также количества лекарственных средств и изделий медицинского назначения, а также определяет последовательность действий, сроки, место их выполнения, ответственного медицинского работника, особые условия оказания и при необходимости ориентировочную дневную дозу, курсовую дозу лекарственного средства.

При отсутствии федеральных стандартов и/или региональных стандартов Санкт-Петербурга учреждение здравоохранения может инициировать и самостоятельно провести работы по разработке стандарта ЛПУ. В этом случае требования стандарта ЛПУ должны быть приведены в соответствие с требованиями действующего законодательства.

Стандарты ЛПУ разрабатываются для решения следующих задач:

- выбор оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для пациента в конкретном учреждении для достижения максимально возможного качества, минимизации отклонений;

- рациональное расходование средств, снижение издержек за счет непроведения необоснованных и устаревших вмешательств;

- защита прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов;

- проведение экспертизы объема оказания медицинской помощи и оценки качества медицинской помощи больным с определенным заболеванием, синдромом или в определенной клинической ситуации и планирование мероприятий по его совершенствованию.

В литературе упоминаются следующие названия стандартов ЛПУ:

- стандартные операционные процедуры;

- планы ведения больных;

- клинические пути;

- критические пути;

- оптимальные пути;

- стандарты медицинских технологий;

- протоколы ведения в ЛПУ;

- клинико-экономические стандарты организации;

- технологические карты.

В первоочередном порядке стандарты ЛПУ разрабатываются для социально значимых, часто встречающихся заболеваний, связанных с высоким риском осложнений, при внедрении новых медицинских технологий.

## 2. Порядок разработки и утверждения стандартов ЛПУ

Разработка стандарта ЛПУ включает: формирование рабочей группы, разработку регламента деятельности рабочей группы, обучение членов рабочей группы основам стандартизации, изучение федеральных, региональных стандартов Санкт-Петербурга, формирование на их основе клинико-экономической матрицы и текста (требований, содержательной части). В рабочую группу могут входить не только врачи и организаторы здравоохранения данного учреждения, но и

юристы, представители страховых медицинских организаций, средний медицинский персонал.

Научно-методическую координацию рабочих групп по разным профилям патологии осуществляет заместитель главного врача.

При разработке стандартов ЛПУ основные перечни медицинских услуг и лекарственных средств не могут быть уменьшены, но могут быть расширены за счет перевода в них услуг дополнительного ассортимента. В состав стандарта ЛПУ могут быть внесены услуги, не предусмотренные федеральными и/или региональными стандартами, при условии наличия убедительных доказательств их эффективности и безопасности с учетом экономической целесообразности.

В случае отсутствия возможности выполнения отдельных требований федеральных и/или региональных стандартов из-за отсутствия необходимых ресурсов в ЛПУ в стандарте ЛПУ должны быть указаны место и порядок получения соответствующей услуги в другом ЛПУ либо может быть разработан поэтапный план перехода к соблюдению требований стандарта в данном ЛПУ.

Стандарт ЛПУ оформляется в текстовом и/или табличном варианте и утверждается главным врачом ЛПУ. Информация о необходимости соблюдать стандарты доводится до сведения медицинских работников под роспись. Стандарт ЛПУ не является строго обязательным, но его выполнение или невыполнение сопряжено с юридической ответственностью. При необходимости врач может отходить от назначения процедур и препаратов, предусмотренных стандартом ЛПУ, но четко обосновывать - почему он это делает (например, аллергологический анамнез).

### 3. Структура и содержание стандарта ЛПУ

Разрабатываемый стандарт ЛПУ должен содержать следующие разделы:

- модель пациента;
- средняя длительность лечения;
- перечень медицинских услуг;
- оперативное лечение (при необходимости);
- анестезиологическое пособие (при необходимости);
- реанимационное пособие (при необходимости);
- медикаментозное лечение;
- перечень парентеральных питательных смесей, препаратов крови и кровезаменителей (при необходимости);
- перечень изделий медицинского назначения, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств;
- требования к режиму труда, отдыха, к диетическим назначениям;
- особенности информированного добровольного согласия пациента.

#### 3.1. Модель пациента

Стандарт ЛПУ начинается с модели пациента. Модель пациента является неотъемлемой частью каждого стандарта ЛПУ и представляет собой набор критериев и признаков, представленных в формализованном виде и определяющих возможность применения стандарта в конкретном случае оказания медицинской помощи. Это совокупность базовых характеристик, определяющих:

- цели и задачи диагностики и лечения в данном ЛПУ на данном этапе оказания медицинской помощи;
- выбор оптимального набора необходимых медицинских технологий;
- требования к ЛПУ, удовлетворяющие поставленным лечебно-диагностическим задачам;
- клинико-статистическую группу (перечень диагнозов в формулировках и кодах МКБ-Х, которыми кодируется основной клинический диагноз при завершении этапа оказания медицинской помощи).

Модели пациента сформированы в национальных протоколах и стандартах Минздравсоцразвития и должны соответствовать федеральным и региональным стандартам.

В зависимости от этапа оказания медицинской помощи применяются две модели пациента

(стационарного больного и амбулаторного больного).

### 3.1.1. Модель пациента стационарного больного

Модель пациента стационарного больного включает следующие характеристики:

Название стандарта ЛПУ - уникальное для каждого стандарта ЛПУ наименование, отражающее его особенность, - формулируется рабочей группой.

Длительность госпитализации (количество койко-дней) - среднее количество койко-дней, достаточное для достижения минимально допустимого результата лечения.

Категория модели:

- нозологическая - выбор технологий определяется природой (диагнозом) основного заболевания;

- синдромальная - выбор технологий определяется конкретным синдромом независимо от заболевания, в структуре которого он развился;

- ситуационная - выбор технологий определяется ситуацией, диагностической гипотезой.

Групповая принадлежность стандарта ЛПУ (в зависимости от функционального назначения медицинских услуг):

- консервативное лечение - предусматривает преимущественно консервативное лечение, хотя и не исключает применения оперативных вмешательств и хирургических пособий;

- оперативное лечение - предусматривает обязательное использование оперативного вмешательства, включенного в стандарт ЛПУ;

- восстановительное лечение - предусматривает наличие предшествующего этапа оказания медицинской помощи, в рамках которого был установлен основной диагноз и определены дальнейшие направления оказания медицинской помощи;

- диагностический - предусматривает выполнение диагностических услуг и не предполагает выполнения лечебных мероприятий (инвазивные диагностические исследования - допустимы).

Тип госпитализации:

- круглосуточный стационар - при состоянии, требующем круглосуточного наблюдения за пациентом;

- дневной стационар - при состоянии, не требующем круглосуточного наблюдения за пациентом.

Показания к госпитализации:

- срочные - предполагается госпитализация пациента по экстренным показаниям;

- плановые - предполагается госпитализация пациента в плановом порядке;

- срочные + плановые - предполагается госпитализация как по экстренным показаниям, так и в плановом порядке;

- неклинические - предполагается госпитализация пациента по медико-социальным, эпидемиологическим причинам и др.

Возрастная группа:

- дети - до 18 лет;

- взрослые - старше 18 лет.

Тяжесть состояния и(или) фаза патологического процесса - учитывается в тех случаях, когда они влияют на активность лечебной тактики и определяют технологию оказания медицинской помощи. Предполагается наличие аналогичного стандарта ЛПУ, ориентированного на другую степень тяжести или фазу заболевания.

Минимально допустимый результат лечения - варианты результатов лечения предусматривают только положительный результат, возможный при данной модели пациента. Ожидаемые варианты результатов лечения должны быть формализованы в соответствии с классификатором исходов заболеваний, утвержденным Минздравсоцразвития ([приложение 1](#)).

Уровень преемственности - указание следующего этапа оказания медицинской помощи.

### 3.1.2. Модель пациента амбулаторного больного

Название стандарта ЛПУ - уникальное для каждого стандарта ЛПУ наименование,

отражающее его особенность, - формулируется рабочей группой.

Границы законченного случая - среднее количество дней, достаточное для достижения минимально допустимого результата лечения.

Категория модели:

- нозологическая - выбор технологий определяется природой (диагнозом) основного заболевания;

- синдромальная - выбор технологий определяется конкретным синдромом независимо от заболевания, в структуре которого он развился;

- ситуационная - выбор технологий определяется ситуацией, диагностической гипотезой.

Цель оказания амбулаторной помощи - (выбор цели оказания медицинской помощи определяет характер стандарта ЛПУ):

А. Лечебно-диагностическая:

- при остром заболевании - границы законченного случая определяются сроками, необходимыми для выздоровления либо достижения минимально допустимого результата лечения, определенного стандартом;

- при обострении хронического заболевания - границы законченного случая определяются сроками, необходимыми для купирования обострения хронического заболевания (состояния) с учетом минимально допустимого результата лечения, определенного стандартом;

- при хроническом (впервые выявленном) заболевании - границы законченного случая определяются временем, затрачиваемым на первичную диагностику хронического заболевания, с учетом времени, необходимого для купирования проявлений заболевания.

Б. Консультативная:

- для выдачи заключения (без дообследования) - законченный случай включает изолированную услугу врача и может применяться только в тех случаях, когда эта консультация не предусмотрена стандартом, согласно которому лечится конкретный пациент в текущий отрезок времени, или выполняется в другом ЛПУ;

- для исключения специфической патологии - законченный случай может включать 1-2 услуги основного врача-специалиста и ограниченный список диагностических услуг (в т.ч. консультаций других специалистов) с частотой предоставления = 1,0;

- для дообследования и уточнения диагноза - законченный случай может включать 1-2 услуги основного врача-специалиста и ограниченный список диагностических услуг (в т.ч. консультаций других специалистов) с частотой предоставления = 1,0;

- для медико-социальной экспертизы - законченный случай включает комплекс необходимых консультативных и диагностических действий для направления на медико-социальную экспертизу.

В. Диспансерное наблюдение:

- не связано с конкретным заболеванием - включает в себя конкретный комплекс диагностических мероприятий, выполняемых с частотой предоставления = 1,0 декретированной группе населения или в рамках национального проекта;

- по факту заболевания (перенесших острое заболевание, при хроническом заболевании, инвалидов и участников ВОВ) - границы законченного случая не связаны с достижением конкретного результата. Не менее 75% услуг прописываются в стандарте с частотой представления = 1,0.

Г. Профилактическая:

- для декретированной группы населения - законченный случай определяется выполнением стандартного комплекса действий профилактического характера с частотой предоставления услуг = 1,0 определенных групп населения (социальных, профессиональных и т.д.);

- при проведении профилактических прививок - законченный случай определяется выполнением стандартного комплекса лечебно-диагностических мероприятий, предшествующих и(или) завершающих профилактическую прививку (вакцинацию, введение анатоксина и т.д.);

- при угрозе развития заболевания - законченный случай определяется выполнением стандартного комплекса лечебно-диагностических мероприятий для предупреждения развития известного заболевания.

Д. Восстановительное лечение:

- после перенесенного острого заболевания - законченный случай определяется выполнением стандартного комплекса лечебно-диагностических мероприятий с целью восстановления (полного или частичного) функциональных нарушений, возникших после острого заболевания;

- при хроническом заболевании - законченный случай определяется выполнением стандартного комплекса лечебно-диагностических мероприятий с целью частичного восстановления или компенсации функциональных расстройств, возникших при хроническом заболевании.

Е. Прочая:

- для оформления документации без диагностических действий - законченный случай определяется выполнением стандартного комплекса действий, направленных на оформление документов пациенту, при наличии ранее выполненных лечебно-диагностических мероприятий (справка о состоянии здоровья, выписка из амбулаторной карты и т.д.);

- для оформления документации с диагностическими действиями - законченный случай определяется выполнением стандартного комплекса действий, направленных на оформление документов пациенту, при наличии как ранее выполненных лечебно-диагностических мероприятий, так и дополнительных диагностических исследований, выполняемых непосредственно с целью подготовки документов (стандартное обследование перед операцией и т.д.).

Тяжесть состояния и(или) фаза патологического процесса - учитывается в тех случаях, когда они влияют на технологию оказания медицинской помощи. Предполагается наличие аналогичного стандарта ЛПУ, ориентированного на другую степень тяжести или фазу заболевания.

Возрастная группа:

- дети - до 18 лет;

- взрослые - старше 18 лет.

Минимально допустимый результат лечения - варианты результатов лечения предусматривают только положительный результат, возможный при данной модели пациента. Ожидаемые варианты результатов лечения должны быть формализованы в соответствии с классификатором исходов заболеваний, утвержденным Минздравсоцразвития.

Уровень преемственности - указание следующего этапа оказания медицинской помощи.

Возможна также разработка стандарта ЛПУ для клинических ситуаций - случаев, требующих регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома (например, проведение скрининга для выявления заболевания). В таком случае формируется ситуационная модель пациента, в которой обозначается группа заболеваний, профильность и функциональное назначение отделений медицинского учреждения, которые оказывают помощь.

### 3.2. Перечень медицинских услуг

Перечень медицинских услуг для каждой модели пациента состоит из следующих разделов:

- Услуги лечащего врача - систематически повторяющиеся услуги врача, направленные на консолидацию информационных потоков, относящихся к пациенту, контроль динамики течения заболевания, выработку и коррекцию лечебно-диагностической тактики, оформление необходимой документации. Данный вид услуг выполняется лечащим врачом на протяжении всего этапа оказания медицинской помощи.

- Лабораторные диагностические услуги - диагностические услуги, которые производятся с применением специального диагностического оборудования. Объектом диагностических действий является биологический материал, полученный от пациента. Итогом выполнения лабораторной диагностической услуги является протокол с результатами конкретных исследований.

- Инструментальные диагностические услуги - диагностические услуги, которые производятся с применением специального диагностического оборудования. Объектом диагностических действий является сам пациент. Итогом выполнения инструментальной диагностической услуги является протокол с заключением по конкретному исследованию.

- Консультативные услуги - врачебные услуги, которые выполняются врачами-специалистами

и заканчиваются выработкой клинического суждения по конкретному вопросу.

- Услуги по немедикаментозному лечению и манипуляции - преимущественно лечебные мероприятия, выполняемые как врачами, так и средним медицинским персоналом (в зависимости от вида лечебного действия).

- Вспомогательные услуги - медицинские услуги, которые самостоятельно не могут быть отнесены к диагностическим или лечебным, но участвуют в обеспечении выполнения тех или иных лечебно-диагностических услуг или всего лечебно-диагностического процесса в целом.

В отношении каждой услуги указываются следующие параметры:

- наименование медицинской услуги - согласно [Номенклатуре](#) работ и услуг в здравоохранении (далее - Номенклатура);

- среднее количество предоставления медицинской услуги каждому пациенту на законченный случай лечения (кратность) <\*>;

- частота предоставления медицинской услуги в группе из 100 пациентов, к которым может быть применен данный стандарт ЛПУ (потребность);

- место оказания медицинской помощи;

- сроки, время и последовательность действий;

- ответственный за оказание медицинской помощи;

- особые условия (с указанием, кому именно данная услуга должна быть оказана в обязательном порядке, при каких условиях, целесообразность проведения исследований при наличии результатов ранее проведенных процедур).

<\*> Частота предоставления медицинской услуги может принимать значение от 0,01 до 1,0, где 1,0 означает, что всем 100% пациентов, к которым применяется данный стандарт, необходимо предоставить названную услугу. Цифры менее 1,0 (десятые и сотые доли) означают, что настоящая услуга оказывается не всем пациентам. Так, при частоте 0,1 услуга предоставляется 10% пациентов, а при частоте 0,05 - 5%.

Медицинские услуги с частотой выполнения 1,0 формируют основной перечень медицинских услуг, а услуги с частотой выполнения менее 1,0 - дополнительный перечень.

Основной перечень - это набор медицинских услуг, который должен быть предоставлен всем пациентам в рамках конкретного стандарта ЛПУ независимо от особенностей течения заболевания.

Дополнительный перечень учитывает вариабельность течения заболевания. Услуги дополнительного перечня обязательно должны предоставляться некоторым пациентам при особенностях течения заболеваний, включенных в стандарт ЛПУ. При этом в графе "Особые условия" поясняется, кому именно данная услуга должна быть оказана в обязательном порядке, при каких условиях.

В отдельных случаях одна и та же услуга может быть включена как в основной перечень, так и в дополнительный. Это возможно в том случае, если определенное количество услуг должно быть оказано всем пациентам, то есть является обязательным, и еще какое-то количество этих же услуг оказывается части пациентов в зависимости от показаний.

Таблица 1

#### МАКЕТ ТАБЛИЦЫ ДЛЯ РЕГЛАМЕНТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

-	(	-	)	(	-	)	(	,	,	)	-		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

В стандарте ЛПУ указываются как простые (например, измерение массы тела, определение белка в моче) медицинские услуги (далее - ПМУ), так и сложные (например, прием врача) и комплексные (СМУ, КМУ) в соответствии с [Номенклатурой](#).

Если в процессе работы над проектом стандарта эксперт - автор проекта стандарта ЛПУ не может найти в [Номенклатуре](#) необходимую ПМУ, то он должен указать название этой услуги, предполагаемый ее тип и класс, а также вид (лабораторная, инструментальная консультативная, лечебная, вспомогательная) и направить свои предложения о введении новой услуги в [Номенклатуру](#) в Комитет по здравоохранению.

### 3.3. Дополнительные услуги

- Оперативное пособие (при необходимости) - вид простой медицинской услуги из Классификатора оперативных пособий, утвержденного Комитетом по здравоохранению.

- Анестезиологическое пособие (при необходимости) - вид комплексной медицинской услуги из Классификатора анестезиологических пособий, утвержденного Комитетом по здравоохранению, в которую, наряду с простыми и сложными медицинскими услугами, входят медикаменты, изделия медицинского назначения и т.д.

- Реанимационное пособие (при необходимости) - вид комплексной медицинской услуги из Классификатора реанимационных пособий, утвержденного Комитетом по здравоохранению, в которую, наряду с простыми и сложными медицинскими услугами, входят медикаменты, изделия медицинского назначения и т.д.

### 3.4. Перечень лекарственных средств

При формировании перечня лекарственных средств указывают:

- Классификационные признаки лекарственного средства. Лекарственные средства в стандарте ЛПУ представляются в формате клинико-фармакологической (фармакотерапевтической) классификации с указанием фармакотерапевтической группы и подгруппы, к которой относится конкретный препарат. Настоящая классификация применяется при формировании Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (далее - ЖНВЛС), утверждаемого в установленном порядке Правительством Российской Федерации.

Например:

фармакотерапевтическая группа: средства для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей;

фармакотерапевтическая подгруппа: диуретики.

- Международное непатентованное наименование лекарственного средства (далее - МНН) и торговые наименования лекарственных средств исходя из наличия их в ЛПУ.

- Форму выпуска, дозировку и пути введения лекарственного средства.

- Среднее число единиц лекарственного средства <\*> на курс лечения в стационаре, дневном стационаре при амбулаторном лечении.

-----  
<\*> Под единицей лекарственного средства понимается минимальная неделимая расфасовка лекарственного средства (таблетка, ампула, капсула и т.д.).

- Ориентировочную дневную дозу (при необходимости).

- Частоту назначения лекарственного средства (потребность) в группе пациентов, подлежащих ведению в рамках данного стандарта ЛПУ.

Лекарственные средства с частотой применения 1,0 формируют основной перечень лекарственных средств. Частота назначения может принимать значения от 0,01 до 1 (в десятых долях), где 1 означает, что 100% пациентов, соответствующих данной модели, должны получать лекарственные средства данной фармакотерапевтической подгруппы. Сумма всех частот назначения лекарственного средства внутри группы равна 1 (100%), если предполагается, что больному назначается только одно из альтернативных лекарственных средств либо средства назначаются последовательно. Если необходимо назначение комбинированной терапии (двух или более препаратов внутри фармакотерапевтической подгруппы одновременно), сумма частот назначения лекарственных средств внутри группы может быть больше единицы (например, применение двух и более антибиотиков одновременно).



- Для стандартов амбулаторной помощи указывается (путем отметки в соответствующем поле таблицы), входит ли данный препарат в тариф стандарта ЛПУ или нет.

Таблица 2

МАКЕТ ТАБЛИЦЫ ДЛЯ РЕГЛАМЕНТАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

<1>	. <2> - ( )	<3>	<4>	<5>	<6>	<7>	-	<8>	<9>
-----	----------------	-----	-----	-----	-----	-----	---	-----	-----

Где:

- 1 - фармакотерапевтическая группа;
- 2 - международное непатентованное наименование лекарственного средства;
- 3 - среднее число единиц лекарственного средства (таблеток, ампул и т.д.) на курс лечения;
- 4 - ориентировочная дневная доза;
- 5 - частота назначения лекарственного средства;
- 6 - место оказания медицинской помощи (подразделение, кабинет, палата);
- 7 - сроки выполнения и последовательность действий;
- 8 - ответственный за оказание медицинской помощи;

9 - особые условия (кратко указываются особенности применения лекарственных средств в различных группах (дети, пожилые, беременные, кормящие и др.), правила дозировки, критерии эффективности, отмены или изменения дозы, показания и противопоказания, приводятся альтернативные схемы применения лекарственных средств. При частоте назначения менее 1,0 поясняется, кому именно данный препарат должен назначаться в обязательном порядке, при каких условиях).

При формировании списка лекарственных средств, включаемых в стандарт ЛПУ, разработчики, прежде всего, должны ориентироваться на перечень ЖНВЛС. При обоснованной необходимости могут включаться препараты, выходящие за рамки перечня ЖНВЛС, но с учетом требований доказательной медицины и по рекомендации клинического фармаколога.

3.5. Питательные смеси, препараты крови и изделия медицинского назначения

Перечень питательных смесей (лечебных смесей для энтерального и парентерального питания) формируется из Классификатора питательных смесей, принятого Комитетом по здравоохранению.

Перечень препаратов крови и ее компонентов (при необходимости) формируется из классификатора "Консервированная кровь человека и ее компоненты", утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации (Минздравсоцразвития).

Перечень изделий медицинского назначения формируется из соответствующего классификатора Комитета по здравоохранению. В состав стандарта ЛПУ включаются только те изделия медицинского назначения, которые используются в ходе лечения пациента.

3.6. Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации, к диетическим назначениям и ограничениям

В разделе должны содержаться рекомендации по ограничению физических нагрузок или характеристике дополнительных нагрузок, изменения в образе жизни пациента, которые могут существенным образом отразиться на течении заболевания и которые должны быть рекомендованы пациенту.

Требования к диетическим назначениям и ограничениям приводятся в виде ссылок на утвержденные в установленном порядке диеты или описания соответствующих диетических

назначений.

4. Особенности информированного добровольного согласия пациента при выполнении стандарта ЛПУ для пациентов и членов его семьи

В данном подразделе указываются только особенности получения информированного добровольного согласия пациента при применении потенциально опасных для жизни и здоровья пациента медицинских технологий, приводятся сведения о возможных осложнениях, методах их профилактики и коррекции, например: информация, которая должна быть в обязательном порядке сообщена пациенту; технологии, на использование которых должно быть получено письменное согласие, и т.п.

Дополнительная информация для пациента содержит сведения о самолечении и информацию для членов семьи по уходу за пациентом, особенностям его питания, режима, приема медикаментов и т.д.

#### 5. Мониторирование стандарта ЛПУ

Целями мониторинга применения стандарта ЛПУ являются:

- оценка исполнения установленных стандартом требований;
- актуализация стандарта ЛПУ.

Мониторирование проходит в два этапа. Первый этап - период внедрения стандарта ЛПУ (первый год после утверждения); его задачами являются оценка приемлемости стандарта, при необходимости - его актуализация, разработка плана мероприятий по обеспечению соблюдения требований стандарта ЛПУ.

Второй этап: текущее мониторинговое наблюдение - второй и последующие годы после утверждения (введения в действие); его задачами являются поддержание стандарта ЛПУ в актуальном состоянии, мониторинг качества оказания медицинской помощи с использованием ключевых индикаторов.

Актуализация стандарта ЛПУ проводится не реже чем 1 раз в 5 лет. В процессе актуализации стандарт ЛПУ может остаться в неизменном виде, пересматриваться или обновляться.

Приложение 1  
к Методическим рекомендациям  
"Разработка стандартов  
медицинских технологий лечебных  
учреждений Санкт-Петербурга",  
утвержденным распоряжением  
Комитета по здравоохранению  
от 31.08.2009 N 530-р

#### ВОЗМОЖНЫЕ ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ДОСТИЖЕНИЯ ИСХОДА

Под исходами заболеваний в целом понимают медицинские, социальные и экономические результаты применения медицинских технологий, ожидаемые при оказании помощи согласно МЭС.

Ожидаемые (планируемые) варианты результатов лечения предусматривают только положительный результат, максимально возможный при данной модели пациента. Ожидаемые варианты результатов лечения формализованы в соответствии с классификатором исходов заболеваний.

## КЛАССИФИКАТОР ИСХОДОВ ЗАБОЛЕВАНИЙ

01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		

Ожидаемые (планируемые) варианты результатов лечения - это всегда положительные (желаемые) исходы, они не могут быть негативными, поэтому в данном разделе используются

позиции классификатора с кодами 01-08.

Прогнозируемые возможные исходы могут быть и нежелательными. При формировании МЭС разработчики вносят в таблицы наименование исхода (в соответствии с классификатором исходов), экспертным путем оценивают частоту возникновения исхода, дают описание критериев и признаков данного исхода, указывают ориентировочное время достижения исхода и отражают признаки и критерии, определяющие преимущество оказания медицинской помощи на ее этапах при определенных исходах. В правой колонке эксперты приводят сведения о необходимости перевода пациента из учреждения в учреждение или из отделения в отделение и т.д.

Таблица 2

МАКЕТ ТАБЛИЦЫ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРЕЧНЯ ВОЗМОЖНЫХ ИСХОДОВ  
ДЛЯ КОНКРЕТНОЙ МОДЕЛИ ПАЦИЕНТА


---