

Министерство здравоохранения
Свердловской области

Территориальный фонд ОМС
Свердловской области

Министр

Директор

А.А. Карлов

В.А. Шелякин

«19» октября 2022 г.

«19» октября 2022 г.

М.П.

М.П.

«Союз медицинского сообщества
«Медицинская палата Свердловской
области»

Всероссийский союз страховщиков

Председатель

Полномочный представитель по
медицинскому страхованию в
Свердловской области

Д.Р. Медведская

Г.А. Шандалов

«19» октября 2022 г.

«19» октября 2022 г.

М.П.

М.П.

**Рекомендации по проведению экспертизы
качества медицинской помощи
(в т. ч., с мультидисциплинарным подходом)
пациентам с острым коронарным синдромом
на территории Свердловской области**

Екатеринбург
2022

Оглавление

Перечень используемых сокращений	3
Перечень нормативных документов	5
Алгоритм проведения МД ЭКМП пациентам с ОКС.....	7
Свод экспертных чек-листов для проведения МД ЭКМП пациентам с ОКС	11
1. Экспертиза качества оказания помощи пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST электрокардиограммы на стационарном этапе в МО без отделения РХМДЛ (первичное сосудистое отделение, кардиологические отделения с палатой реанимации и ИТ)	12
2. Экспертиза качества оказания помощи пациентам с ОКС без подъема сегмента ST электрокардиограммы на стационарном этапе в МО без отделения РХМДЛ (первичное сосудистое отделение, кардиологические отделения с палатой реанимации и ИТ)	16
3. Экспертиза качества оказания помощи пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST электрокардиограммы на стационарном этапе ЧКВ-центра (первичное сосудистое отделение/региональный сосудистый центр, кардиологические отделения с ПИТ).....	20
4. Экспертиза качества оказания помощи пациентам с ОКС без подъема сегмента ST электрокардиограммы на стационарном этапе ЧКВ-центра (первичное сосудистое отделение/региональный сосудистый центр, кардиологические отделения с ПИТ).....	24
5. Экспертиза качества оказания помощи пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST электрокардиограммы на догоспитальном этапе (в т.ч. специализированные бригады)	28
6. Экспертиза качества оказания помощи пациентам с ОКС без подъема сегмента ST электрокардиограммы на догоспитальном этапе (в т.ч. специализированные бригады)	30
7. Экспертиза качества оказания помощи на этапе диспансерного наблюдения	32

Перечень используемых сокращений

ОМС – обязательное медицинское страхование

Порядок контроля – Порядок организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н

Порядок диспансерного наблюдения за взрослыми – Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н

Перечень лекарственных препаратов для обеспечения в амбулаторных условиях – Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в амбулаторных условиях лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.09.2021 № 936н; Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.09.2022 № 639н

ТФОМС – Территориальный фонд ОМС Свердловской области

МО – медицинская организация

ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи

МД ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи с мультидисциплинарным подходом

ПМД – первичная медицинская документация

АСК – ацетилсалициловая кислота

Гиполипидемические препараты - ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы

ИМ – инфаркт миокарда

ИМбпST – инфаркт миокарда без подъема сегмента ST

ИМпST – инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST

КГ – коронароангиография

ЛЖ – левый желудочек

ЛЛО – льготное лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях

ЧКВ-центр – Медицинская организация, имеющая в структуре отделение РХМДЛ

- МО без отделения РХМДЛ** – Медицинская организация, не имеющая в структуре отделение РХМДЛ
- Мониторирование ЭКГ** – непрерывное или интервальное наблюдение за электрокардиографическими данными
- НС** – нестабильная стенокардия
- ОИМ** – острый инфаркт миокарда
- ОКС** – острый коронарный синдром
- ОКСбпST** – острый коронарный синдром без подъема сегмента ST на ЭКГ
- ОКСпST** – острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST на ЭКГ
- ОСН** – острая сердечная недостаточность
- ПЖ** – правый желудочек
- РХМДЛ** – рентгенохирургические методы диагностики и лечения
- СБЛП** – стент для коронарных артерий металлический непокрытый (коронарный стент без лекарственного покрытия (голометаллический))
- СЛП** – стент с лекарственным покрытием
- рСКФ** – расчетная скорость клубочковой фильтрации
- ТЛТ** – тромболитическая терапия
- ФВ** – фракция выброса
- ХС ЛПНП** – холестерин липопротеинов низкой плотности
- ХСН** – хроническая сердечная недостаточность
- ЧКВ** – чрескожное коронарное вмешательство
- ЭКГ** – электрокардиография (электрокардиограмма)
- ЭхоКГ** – эхокардиография
- CHA(2) DS(2)-VASc** – шкала риска ишемического инсульта при фибрилляции предсердий у пациентов без механического протеза клапанов сердца и умеренного/тяжелого митрального стеноза
- CRUSADE** – шкала оценки риска крупного кровотечения в стационаре при остром коронарном синдроме без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ.
- GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events)** – шкала оценки риска летальности и развития ИМ как на госпитальном этапе, так и в течение последующего полугодия, а также определения оптимального способа лечения конкретного больного
- HAS-BLED** – шкала для оценки риска кровотечений

Перечень нормативных документов

Настоящие методические рекомендации разработаны с целью совершенствования качества медицинской помощи, оказанной пациентам с ОКС на всех ее этапах, а также унификации подходов к проведению экспертного контроля на территории Свердловской области. Настоящие методические рекомендации разработаны на основе следующих нормативных документов:

Федеральный закон:

- от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"»;

приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации:

- от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»;

- от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;

- 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»;

- от 16.03.2021 № 210н «Об утверждении порядка ведения единого реестра экспертов качества медицинской помощи»;

- от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;

- от 10.06.2021 № 612н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)»;

- от 02.03.2021 № 158н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST электрокардиограммы (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)»;

- от 24.09.2021 № 936н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в амбулаторных условиях лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний»;

- от 29.09.2022 № 639н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях лиц, находящихся под диспансерным наблюдением,

которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства»;

- от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации:

- «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы», 2020;

- «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы», 2020;

приказы Министерства здравоохранения Свердловской области:

- от 28.02.2022 № 352- п « Об организации медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости сердца на территории Свердловской области»;

- от 28.02.2022 № 362-п «Об организации мероприятий по обеспечению профилактики развития сердечно - сосудистых заболеваний и сердечно - сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении в медицинских организациях Свердловской области»;

приказы ТФОМС Свердловской области:

- от 30.06.2021 № 243 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников ОМС при осуществлении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи»;

- от 30.06.2021 № 246 «Об утверждении Регламента взаимодействия структурных подразделений ТФОМС Свердловской области при осуществлении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи».

Алгоритм проведения МД ЭКМП пациентам с ОКС

Организация и проведение ЭКМП, в том числе с МД подходом, осуществляется в соответствии с Порядком контроля.

Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, степени достижения запланированного результата (пункт 27 Порядка Контроля).

В соответствии с пунктом 28 Порядка контроля, ЭКМП проводится путем оценки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи.

ЭКМП проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н (пункт 28 Порядка контроля).

В соответствии с пунктом 30 Порядка контроля, МД ЭКМП проводится несколькими экспертами качества медицинской помощи разных специальностей и (или) на разных этапах оказания медицинской помощи в случаях, предусмотренных пунктом 37 Порядка контроля.

МД ЭКМП случаев оказания медицинской помощи пациентам с ОКС предполагает привлечение экспертов качества следующих специальностей: кардиолог, анестезиолог-реаниматолог, сердечно-сосудистый хирург (врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению), врач скорой помощи, фельдшер скорой помощи, реабилитолог и др. для оценки качества медицинской помощи на различных этапах ее оказания.

Внеплановая целевая МД ЭКМП проводится в случаях, перечисленных в пункте 37 Порядка Контроля, в срок не более сорока рабочих дней с рабочего дня, следующего за днем получения экспертами поручения о ее проведении.

Аналізу подвергается ПМД на всех этапах лечения пациента с ОКС: медицинская карта стационарного или амбулаторного больного, карта вызова скорой медицинской помощи, протокол телемедицинской консультации (обращения за телемедицинской консультацией).

Особенностью проведения МД ЭКМП на территории Свердловской области является применение в ее ходе соответствующего каждому этапу медицинской помощи экспертного чек-листа.

Экспертный чек-лист – разработанный на территории субъекта перечень ключевых параметров оценки качества, в т.ч. своевременности оказания конкретных медицинских услуг, необходимых больному на конкретном этапе оказания медицинской помощи, с рекомендуемыми кодами дефектов, применяемых при выявлении нарушений.

Заполнение экспертного чек-листа экспертом призвано объективизировать оценку качества медицинской помощи за счет фиксации факта исполнения конкретных (ключевых) медицинских услуг, в т.ч. своевременности их проведения, полноты и качества оформления ПМД, обеспечить единообразие подхода к квалификации выявленного нарушения посредством применения рекомендуемого кода дефекта, «привязанного» к конкретной позиции экспертного чек-листа.

После проведения ЭКМП и заполнения экспертного чек-листа эксперт заполняет «Экспертное заключение (протокол оценки качества медицинской помощи)» по каждому этапу оказания медицинской помощи по форме, утвержденной Порядком контроля, и передает Руководителю экспертной группы.

Руководитель экспертной группы – эксперт качества медицинской помощи из территориального и/или единого реестра экспертов качества медицинской помощи соответствующей клинической специальности, по которой проводится МД ЭКМП.

В ходе проведения ЭКМП эксперты должны ответить на вопросы, примерный перечень которых сформулирован в рекомендациях по порядку проведения ЭКМП, в том числе с МД подходом:

- причина смерти или неблагоприятного исхода у пациента с ОКС;
- есть ли нарушения в организации медицинской помощи в определенной МО, при наличии нарушений – ссылка на нормативные акты, клинические рекомендации, нарушение которых допущено;
- имеется ли нарушение прав застрахованного по ОМС на получение качественной и своевременной медицинской помощи;
- соблюдены ли порядки оказания медицинской помощи, возможные причины неисполнения;
- оценка правильности, адекватности, своевременности проведения медицинских вмешательств (осмотра больного, диагностических и лечебных мероприятий) в конкретной клинической ситуации. Соответствует ли проведение лечебных и диагностических мероприятий клиническим рекомендациям;
- оценка исполнения критериев качества медицинской помощи, которые утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н;
- другие вопросы.

Перечень конкретных вопросов для каждого эксперта, проводящего ЭКМП конкретного этапа оказания медицинской помощи, формулирует Руководитель экспертной группы. При заполнении экспертом по результатам ЭКМП экспертного заключения (протокола оценки качества медицинской помощи) должны быть отражены ответы на поставленные перед экспертом вопросы.

ЭКМП осуществляет эксперт качества медицинской помощи, являющийся врачом-специалистом, имеющим высшее профессиональное

образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее десяти лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС, из числа экспертов качества медицинской помощи, включенных в единый реестр экспертов качества медицинской помощи.

ЭКМП проводится экспертом качества медицинской помощи по своей специальности в соответствии со свидетельством об аккредитации специалиста или сертификатом специалиста (пункт 98 Порядка контроля).

Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение ЭКМП с целью выявления нарушений при оказании медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление риска прогрессирования имеющегося заболевания, возникновения нового заболевания, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи, оказываемой по ОМС (пункт 99 Порядка Контроля).

В соответствии с пунктом 100 Порядка контроля, эксперт качества медицинской помощи при проведении ЭКМП:

1) использует материалы, предусмотренные подпунктами 2 и 3 пункта 95, подпунктами 1, 6 и 7 пункта 96 и пунктом 97 Порядка Контроля;

2) предоставляет по требованию должностных лиц МО, в которой проводится ЭКМП, сведения об используемых нормативных документах, в том числе о порядках оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях, стандартах медицинской помощи;

3) соблюдает правила врачебной этики и деонтологии, сохраняет врачебную тайну и обеспечивает сохранность полученных медицинских документов и их своевременный возврат специалисту-эксперту, организовавшему ЭКМП, или в медицинскую организацию;

4) при проведении ЭКМП по обращению застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи, информирует лечащего врача и руководителя МО о предварительных результатах ЭКМП.

Эксперт качества медицинской помощи по итогам проведения ЭКМП в случае поступления протоколов разногласий или претензий по итогам рассмотрения МО составленных экспертом экспертных заключений осуществляет их рассмотрение и подготовку в течение пяти рабочих дней со дня получения протокола разногласий, претензии мотивированных ответов на них, а также корректировку экспертных заключений (протоколов) (при необходимости).

В соответствии с пунктом 101 Порядка контроля, основными функциями руководителя экспертной группы являются:

- 1) подготовка предложений по составу экспертной группы;
- 2) проведение ЭКМП по соответствующей специальности;
- 3) координация работы членов экспертной группы;

4) подготовка заключения по результатам ЭКМП, обобщение выводов и рекомендаций членов экспертной группы, определение наиболее значимых нарушений при оказании медицинской помощи, повлиявших на исход оказания медицинской помощи;

5) установление задач эксперту качества медицинской помощи, являющемуся членом экспертной группы:

- оценить соблюдение прав застрахованного лица на доступность и качество медицинской помощи;

- оценить исполнение порядков оказания медицинской помощи по соответствующему профилю оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций по соответствующему заболеванию, стандартов медицинской помощи;

- оценить влияние нарушений при оказании медицинской помощи на состояние здоровья застрахованного лица, удлинение сроков оказания медицинской помощи, создание риска прогрессирования имеющегося заболевания, возникновения нового заболевания, инвалидизацию, летальный исход;

- иные задачи, позволяющие выявить нарушения при оказании медицинской помощи, в том числе оценить своевременность ее оказания, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, степень достижения запланированного результата.

При составлении заключения по результатам ЭКМП руководитель экспертной группы осуществляет обобщение фактов, содержащихся в заключениях экспертов качества медицинской помощи экспертной группы, но не вправе единолично изменять результаты мультидисциплинарной ЭКМП, исключать из обобщения нарушения при оказании медицинской помощи, выявленные членами экспертной группы.

Рекомендуемыми критериями выборки для проведения МД ЭКМП пациентам с ОКС в МО Свердловской области являются случаи лечения, включающие наибольшее количество этапов оказания медицинской помощи: догоспитальный этап оказания экстренной и неотложной помощи (в т.ч. специализированными бригадами), стационарный этап во время «первичного» ОКС и ОИМ, с проведением, или без проведения ЧКВ, проведением ТЛТ (догоспитальный и стационарные этапы), последующее диспансерное наблюдение и предшествующие обращения за медицинской помощью в течение 2-х лет, с учетом прохождения диспансеризации. В приоритете – оказание помощи лицам трудоспособного возраста.

**Свод
экспертных чек-листов
для проведения МД ЭКМП пациентам с ОКС**

1. Экспертиза качества оказания помощи пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST электрокардиограммы на стационарном этапе в МО без отделения РХМДЛ (первичное сосудистое отделение, кардиологические отделения с палатой реанимации и ИТ)

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
1	Выполнен осмотр врачом-кардиологом (или дежурным врачом) не позднее 5 минут от момента поступления в стационар	да	
		нет	3.2.1
2	Зафиксировано время развития болевого приступа в анамнезе заболевания (день, час, мин)	да	
		нет	3.2.1
3	Выполнена ЭКГ не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	да	
		нет	3.2.1
4	Зафиксировано время записи ЭКГ в 12-ти отведениях, первого медицинского контакта (ПМК)	да	
		нет	3.2.1
5	Указан временной интервал от момента развития болевого приступа до начала реперфузионного лечения	да	
		нет	3.2.1
6	При установлении показаний для первичного ЧКВ время от постановки диагноза до начала транспортировки в ЧКВ-центр менее 30 мин	да	
		нет	3.2.2
			3.2.3 3.2.4
7	Наличие обоснования отказа от перевода пациента в стационар для выполнения первичного ЧКВ	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
8	При отказе от перевода пациента в стационар для выполнения первичного ЧКВ проведение ТЛТ не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в случае, если ТЛТ не проведена на догоспитальном этапе)	да	
		нет	3.2.2 3.13
9	Наличие заполненного чек-листа ТЛТ при показаниях к ее проведению в стационаре	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
10	Выполнена ЭКГ до начала ТЛТ, сразу после введения препарата, через 60-90 мин. и через 180 мин после проведения ТЛТ	да	
		нет	3.2.1
11	Пациент после ТЛТ переведен в ЧКВ-центр для проведения КГ и ЧКВ в течение 2-24 часов (с учетом эффективности ТЛТ)	да	
		нет	3.2.1 3.2.2

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
12	Пациенту проводилось наблюдение в блоке (палате) интенсивной терапии с мониторингом ЭКГ до перевода в ЧКВ-центр или до перевода в отделение (при отсутствии мониторингового наблюдения, минимальное количество контроля ЭКГ: через 6, 12, и 24 часа от момента поступления). Мониторное наблюдение необходимо проводить в 100% случаев.	да	
		нет	3.2.1
13	Пациенту выполнен биохимический анализ крови (оценка уровня креатинина, рСКФ), ОАК при поступлении в стационар	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
14	Выполнено исследование системы гемостаза (МНО, АПТВ, ПТИ, фибриноген)	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
15	Выполнено определение уровня тропонинов I, T в крови при поступлении в стационар	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
16	Оценена динамика уровня сердечного тропонина I или T в крови при нормальных показателях первого определения (минимум через 12 и 24 часа)	да	
		нет	3.2.1
17	Выполнена ЭхоКГ с оценкой функции ЛЖ, ПЖ, ФВ, выявлением ранних осложнений ИМ и исключения тромбоза ЛЖ (при принятии решения о не переводе пациента, но не позднее 24 ч от поступления в стационар).	да	
		нет	3.2.1
18	Перед выпиской выполнена оценка ФВ ЛЖ с помощью ЭхоКГ	да	
		нет	3.2.1
19	Проведена терапия АСК в терапевтической дозе весь период пребывания в стационаре либо обосновано ее не проведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
20	Проведена терапия ингибиторами агрегации тромбоцитов (тикагрелор, клопидогрел) в терапевтической дозе весь период пребывания в стационаре, либо обосновано ее не проведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
21	Проведена терапия бета-адреноблокаторами в терапевтической дозе весь период	да	

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
	пребывания в стационаре, либо обосновано ее непроведение	нет	3.13 3.2.2
22	Проведена терапия ингибиторами АПФ или блокаторами РААС у пациентов с ФВ ЛЖ ≤40%, сердечной недостаточностью, АГ, ХБП, при сахарном диабете, либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
23	Проведена терапия гиполипидемическими препаратами весь период пребывания в стационаре в максимально переносимой дозировке, либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.2.2 3.13
24	Пациенту в остром периоде проведена тройная антитромботическая терапия (сочетание АСК, ингибитора P2Y –рецептора тромбоцитов и антикоагулянта – НФГ, эноксапарин, фондапаринукс) с последующим переходом на сочетание АСК с ингибитором P2Y –рецептора тромбоцитов (тикагрелор, клопидогрел), либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2 3.2.4
25	Пациенту, не имеющему показаний к длительному применению антикоагулянтов, проведена двойная антитромбоцитарная терапия (сочетание АСК с ингибитором P2Y -рецепторов тромбоцитов), либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
26	Пациенту с показаниями к длительному применению антикоагулянтов проведена терапия пероральным антикоагулянтом в сочетании с одним или двумя антиагрегантами, либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
27	Пациенту, с показаниями к длительному применению антикоагулянтов, проведена оценка риска по шкале CHA(2) DS(2) -VASc	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
28	Пациенту, с показаниями к длительному применению антикоагулянтов, проведена оценка риска по шкале HAS-BLED	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
29	При проведении реанимационных мероприятий наличие протокола в истории	да	
		нет	3.11

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
	болезни		3.2.1
30	Наличие рекомендаций при выписке по изменению образа жизни, необходимости обязательного приема ДАТ и гиполипидемической и медикаментозной терапии при выписке на амбулаторный этап	да	
		нет	3.2.1 3.2.2 3.11
31	Пациенту при выписке выдано направление на медицинскую реабилитацию (при наличии показаний и согласия пациента)	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
32	При выписке пациенту рекомендовано встать на диспансерное наблюдение	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
33	При выписке пациенту, имеющему право на льготное лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях, выписан рецепт / выданы лекарственные препараты в соответствии с Перечнем лекарственных препаратов для обеспечения в амбулаторных условиях	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
34	Указание в выписном эпикризе стационара на целевые значения ЧСС и АД для пациента при приеме пульс-урежающих и гипотензивных препаратов	да	
		нет	3.2.1 3.2.2

В случае невыполнения критерия качества должно быть обоснование в истории болезни.

2. Экспертиза качества оказания помощи пациентам с ОКС без подъема сегмента ST электрокардиограммы на стационарном этапе в МО без отделения РХМДЛ (первичное сосудистое отделение, кардиологические отделения с палатой реанимации и ИТ)

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
1	Выполнен осмотр врачом-кардиологом (или дежурным врачом) не позднее 5 минут от момента поступления в стационар	да	
		нет	3.2.1
2	Зафиксировано время развития болевого приступа в анамнезе заболевания (день, час, мин)	да	
		нет	3.2.1
3	Выполнена ЭКГ исследование не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	да	
		нет	3.2.1
4	Зафиксировано время записи ЭКГ в 12-ти отведениях, первого медицинского контакта (ПМК)	да	
		нет	3.2.1
5	Пациенту проведена оценка риска по шкале GRACE	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
6	Пациенту проведена оценка риска по шкале CRUSADE	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
7	На основании оценки риска неблагоприятного исхода определена (отражена в ПМД) тактика лечения в стационаре (КГ с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда в первые 2– 72 часа после госпитализации или первоначальное неинвазивное лечение)	да	
		нет	3.2.2 3.2.1
8	Пациенту группы высокого риска при подозрении на ОКСбпST проводилось наблюдение в блоке (палате) интенсивной терапии с мониторингом ЭКГ до подтверждения/исключения ОКСбпST, определен риск неблагоприятного исхода, выбрана стратегия ведения пациента и исключены другие угрожающие жизни заболевания и осложнения	да	
		нет	3.2.2 3.2.1
9	Пациент группы очень высокого риска переведен в РСЦ или ПСО с отделением	да	

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
	РХМДЛ в течение 2 часов	нет	3.2.2 3.2.1
10	Пациент группы высокого риска переведен в РСЦ или ПСО с отделением РХМДЛ в течение 24 часов с учетом группы риска по шкале GRACE	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
11	Пациенту проводилось наблюдение в блоке (палате) интенсивной терапии с мониторингом ЭКГ до перевода в МО с отделением РХМДЛ или до перевода в отделение (при отсутствии мониторингового наблюдения, минимальное количество контроля ЭКГ: через 6, 12, и 24 часа от момента поступления). Мониторное наблюдение необходимо проводить в 100% случаев.	да	
		нет	3.2.1
12	Пациенту выполнен биохимический анализ крови (оценка уровня креатинина, рСКФ), ОАК при поступлении в стационар	да	
		нет	3.2.1
13	У пациента с подозрением на ОКСбпСТ определен уровень тропонинов I, T в крови при поступлении в стационар (рекомендуется выполнение высокочувствительного тропонин теста)	да	
		нет	3.2.1
14	Оценена динамика уровня сердечного тропонина I или T в крови (рекомендуется выполнение высокочувствительного тропонин теста) при нормальных показателях первого определения (минимум через 12 и 24 часа)	да	
		нет	3.2.1
15	Выполнено исследование системы гемостаза (МНО, АПТВ, ПТИ, фибриноген)	да	
		нет	3.2.1
16	У пациента с подозрением на ОКСбпСТ в срок не позднее 24 ч от госпитализации выполнена ЭхоКГ с оценкой ФВ ЛЖ, оценкой функции ПЖ, выявлением ранних осложнений ИМ и исключением тромбоза ЛЖ	да	
		нет	3.2.1
17	Перед выпиской выполнена оценка ФВ ЛЖ с помощью ЭхоКГ	да	
		нет	3.2.1
18	Проведена терапия АСК в терапевтической	да	

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
	дозе весь период пребывания в стационаре, либо обосновано ее непроведение	нет	3.13 3.2.2
19	При наличии показаний и подтверждении ОКСбпСТ проведена терапия ингибиторами агрегации тромбоцитов (тикагрелор, клопидогрел)	да	
		нет	3.13 3.2.2
20	Проведена терапия бета-адреноблокаторами при наличии признаков ХСН и/или ФВ<40% либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
21	Проведена терапия ингибиторами АПФ или блокаторами РААС у пациентов с ФВ ЛЖ ≤40%, сердечной недостаточностью, АГ, ХБП, при сахарном диабете, либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
22	Проведена терапия гиполипидемическими препаратами весь период пребывания в стационаре в максимально переносимой дозировке при отсутствии противопоказаний	да	
		нет	3.2.2 3.13
23	Пациенту в начале лечения проведена тройная антитромботическая терапия (сочетание АСК, ингибитора P2Y – рецептора тромбоцитов и антикоагулянта – НФГ, эноксапарин, фондапаринукс) с последующим переходом на сочетание АСК с ингибитором P2Y –рецептора тромбоцитов (тикагрелор, прасугрел, клопидогрель), либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2 3.2.4
24	Пациенту с показаниями к длительному применению антикоагулянтов проведена терапия пероральным антикоагулянтом в сочетании с одним или двумя антиагрегантами, либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
25	Пациенту, с показаниями к длительному применению антикоагулянтов, проведена оценка риска по шкале CHA(2) DS(2) -VASc	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
26	Пациенту, с показаниями к длительному применению антикоагулянтов, проведена оценка риска по шкале HAS-BLED	да	
		нет	3.2.1 3.2.2

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
27	При подтверждении диагноза «ИБС: Нестабильная стенокардия», проведена классификация ИС по Браунвальду (IA/ IB/ IC/ IIA/ IIB/ IIC/ IIIA/ IIIB/ IIIC)	да	
		нет	3.1 3.1.1 3.1.2 3.1.3 3.1.4 3.1.5
28	При проведении реанимационных мероприятий наличие протокола в истории болезни	да	
		нет	3.11 3.2.1
29	Наличие рекомендаций при выписке по изменению образа жизни, необходимости приема ДАТ и гиполипидемической и медикаментозной терапии при выписке на амбулаторный этап	да	
		нет	3.11 3.2.1 3.2.2
30	Пациенту выдано направление на медицинскую реабилитацию (при наличии показаний)	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
31	При выписке пациенту рекомендовано встать на диспансерное наблюдение	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
32	При выписке пациенту, имеющему право на льготное лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях, выписан рецепт / выданы лекарственные препараты в соответствии с Перечнем лекарственных препаратов для обеспечения в амбулаторных условиях	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
33	Указание в выписном эпикризе стационара на целевые значения ЧСС и АД для пациента при приеме пульс-урежающих и гипотензивных препаратов	да	
		нет	3.2.1 3.2.2

В случае невыполнения критерия качества должно быть обоснование в истории болезни.

3. Экспертиза качества оказания помощи пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST электрокардиограммы на стационарном этапе ЧКВ-центра (первичное сосудистое отделение/региональный сосудистый центр, кардиологические отделения с ПИТ)

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
1	Выполнен осмотр врачом-кардиологом (или дежурным врачом) не позднее 5 минут от момента поступления в стационар	да	
		нет	3.2.1
2	Зафиксировано время развития болевого приступа в анамнезе заболевания (день, час, мин)	да	
		нет	3.2.1
3	Выполнена ЭКГ не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	да	
		нет	3.2.1
4	Зафиксировано время записи ЭКГ в 12-ти отведениях, первого медицинского контакта (ПМК)	да	
		нет	3.2.1
5	Указан временной интервал от момента развития болевого приступа до начала реперфузионного лечения	да	
		нет	3.2.1
6	Время от постановки/подтверждения диагноза в ЧКВ-центре до введения проводника в инфаркт-связанную артерию при проведении первичного ЧКВ менее 60 мин	да	
		нет	3.2.2 3.2.1
7	Время от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию при проведении первичного ЧКВ менее 90 мин	да	
		нет	3.2.2 3.2.1
8	Выполнена ЭКГ до начала ЧКВ и через 30 минут после его окончания	да	
		нет	3.2.1
9	Проведена коронарная ангиография/ ЧКВ в пределах 2–24 ч после успешной ТЛТ	да	
		нет	3.2.2 3.2.1
10	При КГ/ЧКВ использован доступ через радиальную артерию. При использовании феморального доступа - наличие обоснований в истории болезни	да	
		нет	3.2.2 3.2.1
11	При выполнении ЧКВ использован СЛП. При использовании СБЛП – обоснование в истории болезни	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
			3.2.4

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
12	Пациенту выполнен биохимический анализ крови (оценка уровня креатинина, рСКФ), ОАК при поступлении в стационар	да	
		нет	3.2.1
13	Выполнено исследование системы гемостаза (МНО, АПТВ, ПТИ, фибриноген)	да	
		нет	3.2.1
14	Выполнено определение уровня тропонинов I, T в крови при поступлении в стационар	да	
		нет	3.2.1
15	Оценена динамика уровня сердечного тропонина I или T в крови при нормальных показателях первого определения (минимум через 12 и 24 часа)	да	
		нет	3.2.1
16	Выполнена ЭхоКГ с оценкой функции ЛЖ, ПЖ, ФВ, выявлением ранних осложнений ИМ и исключения тромбоза ЛЖ	да	
		нет	3.2.1
17	Проведена терапия АСК в терапевтической дозе весь период пребывания в стационаре, либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
18	Проведена терапия ингибиторами агрегации тромбоцитов (тикагрелор, прасугрел, клопидогрель), либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
19	Проведена терапия бета-адреноблокаторами в терапевтической дозе весь период пребывания в стационаре, либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
20	Проведена терапия ингибиторами АПФ или блокаторами РААС у пациентов с ФВ ЛЖ ≤40%, сердечной недостаточностью, АГ, ХБП, при сахарном диабете, либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
21	Проведена терапия гиполипидемическими препаратами весь период пребывания в стационаре в максимально переносимой дозировке, либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.2.2 3.13
22	Пациенту в остром периоде проведена тройная антитромботическая терапия (сочетание АСК, ингибитора P2Y – рецептора тромбоцитов и антикоагулянта –	да	

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
	НФГ, эноксапарин) с последующим переходом на сочетание АСК с ингибитором P2Y –рецептора тромбоцитов (тикагрелор, прасугрел, клопидогрель), либо обосновано ее непроведение	нет	3.13 3.2.2 3.2.4
23	Пациенту, не имеющему показаний к длительному применению антикоагулянтов, проведена двойная антитромбоцитарная терапия (сочетание АСК с ингибитором P2Y -рецепторов тромбоцитов), либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
24	Пациенту с показаниями к длительному применению антикоагулянтов проведена терапия пероральным антикоагулянтом в сочетании с одним или двумя антиагрегантами, либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
25	Пациенту с показаниями к длительному применению антикоагулянтов проведена оценка риска по шкале CHA(2) DS(2) -VASc	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
26	Пациенту с показаниями к длительному применению антикоагулянтов проведена оценка риска по шкале HAS-BLED	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
27	При проведении реанимационных мероприятий наличие протокола в истории болезни	да	
		нет	3.2.1 3.11
28	Наличие рекомендаций по изменению образа жизни, необходимости приема ДАТ и гиполипидемической и медикаментозной терапии при выписке на амбулаторный этап	да	
		нет	3.2.1 3.2.2 3.11
29	Пациенту выдано направление на медицинскую реабилитацию (при наличии показаний)	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
30	При выписке пациенту рекомендовано встать на диспансерное наблюдение	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
31	При выписке пациенту, имеющему право на льготное лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях, выписан рецепт / выданы лекарственные препараты в соответствии с Перечнем лекарственных	да	
		нет	3.2.1 3.2.2

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
	препаратов для обеспечения в амбулаторных условиях		
32	Указание в выписном эпикризе стационара на целевые значения ЧСС и АД для пациента при приеме пульс-урежающих и гипотензивных препаратов	да	
		нет	3.2.1 3.2.2

В случае невыполнения критерия качества должно быть обоснование в истории болезни.

4. Экспертиза качества оказания помощи пациентам с ОКС без подъема сегмента ST электрокардиограммы на стационарном этапе ЧКВ-центра (первичное сосудистое отделение/региональный сосудистый центр, кардиологические отделения с ПИТ)

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
1	Выполнен осмотр врачом-кардиологом (или дежурным врачом) не позднее 5 минут от момента поступления в стационар	да	
		нет	3.2.1
2	Зафиксировано время развития болевого приступа в анамнезе заболевания (день, час, мин)	да	
		нет	3.2.1
3	Выполнена ЭКГ не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	да	
		нет	3.2.1
4	Зафиксировано время записи ЭКГ в 12-ти отведениях, первого медицинского контакта (ПМК)	да	
		нет	3.2.1
5	Пациенту проведена оценка риска по шкале GRACE	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
6	Пациенту проведена оценка риска по шкале CRUSADE	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
7	На основании оценки риска неблагоприятного исхода определена (отражена в ПМД) тактика лечения в стационаре (КГ с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда в первые 2– 72 часа после госпитализации или первоначальное неинвазивное лечение).	да	
		нет	3.2.2 3.2.1
8	Пациенту группы высокого риска при подозрении на ОКСбпСТ проводилось наблюдение в блоке (палате) интенсивной терапии с мониторингом ЭКГ до подтверждения/исключения ОКСбпСТ определен риск неблагоприятного исхода, выбрана стратегия ведения пациента и исключены другие угрожающие жизни заболевания и осложнения.	да	
		нет	3.2.2 3.2.1
9	При КГ/ЧКВ использован доступ через радиальную артерию. При использовании	да	

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
	фemorального доступа - наличие обоснований в истории болезни	нет	3.2.2 3.2.1
10	При выполнении ЧКВ использован СЛП. При использовании СБЛП – обоснование в истории болезни	да	
		нет	3.2.1 3.2.2 3.2.4
11	Пациенту выполнен биохимический анализ крови (оценка уровня креатинина, рСКФ), ОАК при поступлении в стационар	да	
		нет	3.2.1
12	У пациента с подозрением на ОКСбпСТ определен уровень тропонинов I, T в крови при поступлении в стационар (рекомендуется выполнение высокочувствительного тропонин теста)	да	
		нет	3.2.1
13	Оценена динамика уровня сердечного тропонина I или T в крови (рекомендуется выполнение высокочувствительного тропонин теста) при нормальных показателях первого определения (минимум через 12 и 24 часа)	да	
		нет	3.2.1
14	Выполнено исследование системы гемостаза (МНО, АПТВ, ПТИ, фибриноген)	да	
		нет	3.2.1
15	У пациента с подозрением на ОКСбпСТ выполнена ЭхоКГ с оценкой ФВ ЛЖ, оценкой функции ПЖ, выявлением ранних осложнений ИМ и исключением тромбоза ЛЖ (при принятии решения о не переводе пациента).	да	
		нет	3.2.1
16	Проведена терапия АСК в терапевтической дозе весь период пребывания в стационаре, либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
17	При наличии показаний и подтверждении ОКСбпСТ проведена терапия ингибиторами агрегации тромбоцитов (тикагрелор, прасугрел, клопидогрель)	да	
		нет	3.13 3.2.2
18	Проведена терапия бета-адреноблокаторами при наличии признаков ХСН и/или ФВ<40% либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
19	Проведена терапия ингибиторами АПФ или блокаторами РААС у пациентов с ФВ ЛЖ	да	

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
	≤40%, сердечной недостаточностью, АГ, ХБП, при сахарном диабете, либо обосновано ее непроведение	нет	3.13 3.2.2
20	Проведена терапия гиполипидемическими препаратами весь период пребывания в стационаре в максимально переносимой дозировке при отсутствии противопоказаний	да	
		нет	3.2.2 3.13
21	Пациенту в начале лечения проведена тройная антитромботическая терапия (сочетание АСК, ингибитора P2Y – рецептора тромбоцитов и антикоагулянта – НФГ, эноксапарин, фондапаринукс) с последующим переходом на сочетание АСК с ингибитором P2Y–рецептора тромбоцитов (тикагрелор, прасугрел, клопидогрель), либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2 3.2.4
22	Пациенту с показаниями к длительному применению антикоагулянтов проведена терапия пероральным антикоагулянтом в сочетании с одним или двумя антиагрегантами либо обосновано ее непроведение	да	
		нет	3.13 3.2.2
23	Пациенту, с показаниями к длительному применению антикоагулянтов, проведена оценка риска по шкале CHA(2) DS(2) -VASc	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
24	Пациенту, с показаниями к длительному применению антикоагулянтов, проведена оценка риска по шкале HAS-BLED	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
25	При подтверждении диагноза «ИБС: Нестабильная стенокардия», проведена классификация ИС по Браунвальду (IA/ IB/ IC/ IIA/ IIB/ IIC)	да	
		нет	3.1 3.1.1 3.1.2 3.1.3 3.1.4 3.1.5
26	При проведении реанимационных мероприятий наличие протокола в истории болезни	да	
		нет	3.11 3.2.1
27	Наличие рекомендаций по изменению	да	

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
	образа жизни, необходимости обязательного приема ДАТ и гиполипидемической и медикаментозной терапии при выписке на амбулаторный этап	нет	3.11 3.2.1 3.2.2
28	Пациенту при выписке выдано направление на медицинскую реабилитацию (при наличии показаний)	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
29	При выписке пациенту рекомендовано встать на диспансерное наблюдение	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
31	При выписке пациенту, имеющему право на льготное лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях, выписан рецепт / выданы лекарственные препараты в соответствии с Перечнем лекарственных препаратов для обеспечения в амбулаторных условиях	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
32	Указание в выписном эпикризе стационара на целевые значения ЧСС и АД для пациента при приеме пульс-урежающих и гипотензивных препаратов	да	
		нет	3.2.1 3.2.2

В случае невыполнения критерия качества должно быть обоснование в истории болезни.

5. Экспертиза качества оказания помощи пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST электрокардиограммы на догоспитальном этапе (в т.ч. специализированные бригады)

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
1	Зафиксированы дата и время приема вызова. Данные отражены в сопроводительном листе и переданы в стационар.	да	
		нет	3.2.1
2	Зафиксирована дата и время прибытия бригады. Данные отражены в сопроводительном листе и переданы в стационар.	да	
		нет	3.2.1
3	Зафиксирована дата и время записи ЭКГ	да	
		нет	3.2.1
4	Зафиксирована дата и время доставки в стационар	да	
		нет	3.2.1
5	Проведено дистанционное ЭКГ консультирование (фельдшерскими бригадами СМП)	да	
		нет	3.2.1
6	Соблюдение профильной маршрутизации (приказ МЗ СО № 352-п от 28.02.2022)	да	
		нет	3.6
7	Проведение ТЛТ при наличии показаний и отсутствии противопоказаний (при невозможности транспортировки в ЧКВ-центр в течение 60 минут с момента постановки диагноза)	да	
		нет	3.2.1 3.2.2 3.2.4
8	Наличие заполненного чек-листа проведения ТЛТ с указанием времени ее начала	да	
		нет	3.11
9	ТЛТ проведена в течение 10 минут после расшифровки ЭКГ (при невозможности транспортировки в ЧКВ-центр в течение 60 минут с момента постановки диагноза)	да	
		нет	3.2.2
10	Указан препарат, которым проводилась ТЛТ, доза	да	
		нет	3.2.1
11	Выбрана тактика первичного ЧКВ (расчетное время от постановки диагноза ОКС с подъемом сегмента ST электрокардиограммы до транспортировки в ЧКВ-центр не превышает 60 минут)	да	
		нет	3.2.2
12	Использована нагрузочная доза АСК 250 мг	да	

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
		нет	3.13 3.2.2
13	Введены антикоагулянты на догоспитальном этапе с учетом показаний и противопоказаний	да	
		нет	3.13 3.2.2
14	Использован нитроглицерин в виде спреевых форм с последующей в/в инфузией с учетом показаний и противопоказаний	да	
		нет	3.13 3.2.2
15	Использованы наркотические анальгетики с учетом показаний и противопоказаний	да	
		нет	3.13 3.2.2
16	Использованы в/в бета-блокаторы с учетом показаний и противопоказаний	да	
		нет	3.13 3.2.2
17	Проведена оксигенотерапия по показаниям (гипоксия SPO ₂ <90% или клиника ОЧН)	да	
		нет	3.13 3.2.2
18	Проведен ЭКГ мониторинг в динамике	да	
		нет	3.2.1
19	Использован ингибитор P2Y ₁₂ на догоспитальном этапе (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний): Тикагрелор 180 мг (при выборе тактики первичного ЧКВ препарат выбора) Или клопидогрель (300/600/75 мг)	да	
		нет	3.13 3.2.2

В случае невыполнения критерия качества должно быть обоснование в медицинской документации.

6. Экспертиза качества оказания помощи пациентам с ОКС без подъема сегмента ST электрокардиограммы на догоспитальном этапе (в т.ч. специализированные бригады)

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
1	Зафиксированы дата и время приема вызова. Данные отражены в сопроводительном листе и переданы в стационар.	да	
		нет	3.2.1
2	Зафиксирована дата и время прибытия бригады	да	
		нет	3.2.1
3	Зафиксирована дата и время записи ЭКГ	да	
		нет	3.2.1
4	Зафиксирована дата и время доставки в стационар	да	
		нет	3.2.1
5	Проведено дистанционное ЭКГ консультирование (фельдшерскими бригадами СМП)	да	
		нет	3.2.1
6	Соблюдение профильной маршрутизации (приказ МЗ СО № 352-п от 28.02.2022)	да	
		нет	3.2.2
7	Наличие заполненного чек-листа назначения антитромбоцитарной терапии	да	
		нет	3.11
8	Использована нагрузочная доза АСК 250 мг	да	
		нет	3.13 3.2.2
9	Пациентам группы высокого и очень высокого риска введены антикоагулянты с учетом показаний и противопоказаний	да	
		нет	3.13 3.2.2
10	Использован нитроглицерин в виде спреевых форм с последующей в/в инфузией с учетом показаний и противопоказаний	да	
		нет	3.13 3.2.2
11	Использованы наркотические анальгетики с учетом показаний и противопоказаний	да	
		нет	3.13 3.2.2
12	Использованы в/в бета-блокаторы с учетом показаний и противопоказаний	да	
		нет	3.13 3.2.2
13	Проведена оксигенотерапия по показаниям (гипоксия SPO2 <90% или клиника ОЧН)	да	
		нет	3.13 3.2.2
14	Проведен ЭКГ мониторинг в динамике	да	

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
		нет	3.2.1
15	Пациентам группы высокого и очень высокого риска использован ингибитор P2Y12 (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний): Тикагрелор 180 мг (при выборе тактики первичного ЧКВ препарат выбора) Или клопидогрель (300/600/75 мг)	да	
		нет	3.13 3.2.2

В случае невыполнения критерия качества должно быть обоснование в медицинской документации.

7. Экспертиза качества оказания помощи на этапе диспансерного наблюдения

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
В течение 12 мес. после установки диагноза			
1	Срок постановки на ДН в течение 3 рабочих дней после выписки из стационара	да	
		нет	3.2.1
2	Наличие и ведение учетной формы № 30 на каждого пациента (заполнены все разделы карты, назначены явки пациенту, имеется план лечебно-профилактических мероприятий на текущий год наблюдения)	да	
		нет	3.11
3	Диспансерный прием врача – кардиолога не реже 2 раз в год, в том числе в телемедицинской форме. У пациентов, перенесших ОКС с осложненным течением заболевания, а также нуждающихся в титровании доз лекарственных средств (гиполипидемических, бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ/ангиотензина II антагонистов, антагонистов минералкортикоидных рецепторов, пероральных антикоагулянтов и др.) частота диспансерных приемов должна определяться клинической необходимостью	да	
		нет	3.2.1 3.2.2
4	Объем проведенного обследования: Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения на каждом визите Измерение АД, измерение ЧСС на каждом визите Лабораторные исследования: Клинический анализ крови не реже 1 раз в год; Общетеραπεвтический биохимический анализ крови (с расчетом СКФ) не реже 1 раз в год; При приеме ПОАК – креатинин крови с расчетом клиренса креатинина: при клиренсе креатинина выше 60 мл/мин – 1 раз в год, у лиц 75 лет и старше - 2 раза в год, при клиренсе креатинина 60 мл/ мин и менее – интервал в месяцах определяется по формуле «клиренс креатинина/10»;	да	

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
	<p>ХС ЛПНП не реже 2 раз в год (в случае подбора гиполипидемической терапии оценка каждые 4–6 недель, до достижения целевого значения показателя);</p> <p>При приеме пациентом варфарина МНО не реже 1 раза в месяц;</p> <p>Функциональные исследования: ЭКГ (не реже 2 раз в год) ЭхоКГ 1 раз в год</p> <p>Нагрузочные пробы после применения высокотехнологичных методов на коронарных артериях (не реже 1 раза в два года).</p> <p>По медицинским показаниям могут быть назначены дополнительные профилактические, диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия</p>	нет	3.2.1 3.2.2
5	Терапия, рекомендованная при выписке из стационара, соблюдается в полном объеме на амбулаторном этапе, при изменении схемы лечения дается обоснование изменения дозировок или назначения альтернативной терапии	да нет	3.13 3.2.1 3.2.2 3.2.5
6	Оформлены льготные рецепты и выданы лекарственные препараты в рамках ЛЛО	да нет	3.13 3.2.2
7	При назначении более 5 препаратов проведена врачебная комиссия	да нет	3.11 3.2.1
8	<p>Пациент получает адекватный объем лечения (при отсутствии противопоказаний):</p> <p>Двойная дезагрегантная терапия</p> <p>Статины</p> <p>Бета-адреноблокаторы</p> <p>Ингибиторы АПФ или Блокаторы РААС</p> <p>Антикоагулянты при наличии показаний</p>	да нет	3.13 3.2.2 3.2.1
9	Достигнуты целевые показатели терапии: целевой уровень АД в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	да	

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
	по диагностике и лечению артериальной гипертензии снижение ХС ЛПНП на 50% и более от уровня, отмеченного до развития ИМ/НС целевое МНО не менее 60% от проведенных плановых измерений на терапии АВК	нет	3.2.1
10	Заключение о степени лояльности пациента к назначенной терапии (на каждом визите)	да	
		нет	3.2.1
11	По результатам диспансерного приема выдано заключение на руки гражданину, в котором указаны результаты проведенных исследований, рекомендации по тактике лечения, план проведения диагностических и лабораторных исследований, дата следующей явки на прием, разъяснение лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) или их осложнений, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи	да	
		нет	3.2.1
12	Ключевые критерии качества: отсутствие повторного или нового сердечно-сосудистого осложнения в период наблюдения	да	
		нет	3.2.1
			3.2.2
			3.2.3
			3.2.4
После 12 мес. после установки диагноза			
13	Наблюдение врачом-терапевтом (пожизненно), не реже 2 раз в год, за исключением предусмотренных Порядком диспансерного наблюдения за взрослыми показаний к неопределенно долгому (пожизненному) наблюдению врачом-кардиологом.	да	
		нет	3.2.1 3.2.2 3.4
14	Продолжение наблюдения врачом-кардиологом в случаях и с частотой, предусмотренными Порядком диспансерного наблюдения за взрослыми, в том числе в телемедицинской форме	да	
		нет	3.2.1 3.2.2 3.4

№	Критерии качества	Наличие/ отсутствие	Код дефекта
15	Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения; АД, ЧСС; скорость клубочковой фильтрации (не реже 1 раза в год); ХС-ЛПНП (не реже 2 раз в год); пациентам при терапии варфарином – МНО (1 раз в месяц); отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭКГ (не реже 2 раз в год); отсутствие признаков прогрессирования заболевания по результатам ЭхоКГ (не реже 1 раза в год); отсутствие признаков ишемии миокарда по результатам нагрузочного тестирования у пациентов после применения высокотехнологичных методов лечения коронарных артерий (не реже 1 раза в 2 года)	да	
		нет	3.2.1 3.2.2.
16	Оформлены льготные рецепты и выданы лекарственные препараты в рамках ЛЛО	да	
		нет	3.13 3.2.2
17	При назначении более 5 препаратов проведена врачебная комиссия	да	
		нет	3.11 3.2.1

В случае невыполнения критерия качества должно быть обоснование в медицинской документации.