https://doi.org/10.33266/2070-1004-2025-4-39-44
УДК 614.2:355.1

Оригинальная статья
© ФМБЦ им.А.И.Бурназяна

ВОПРОСЫ ВЕДЕНИЯ И ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАНЕННЫМ (ЗАБОЛЕВШИМ) В ХОДЕ ВООРУЖЕННОГО (ВОЕННОГО) КОНФЛИКТА

С.А.Купцов[1], П.Ю. Наумов[1], Н.Н.Баранова[2,3]

[1] ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации», г. Балашиха, Московская область, Россия
[2] ФГБУ «ГНЦ – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И.Бурназяна» ФМБА России, Москва, Россия
[3] ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

Резюме. *Цель исследования* – описание и обоснование сущности оценки медицинской документации при возможной экспертизе качества оказания медицинской помощи раненным (заболевшим) в ходе вооруженного (военного) конфликта при их участии в боевых действиях.
Задачи исследования – изучение и обобщение нормативных требований и научных публикаций в области экспертизы качества оказания медицинской помощи раненным (заболевшим) в ходе вооруженного (военного) конфликта и разработка направлений совершенствования данной деятельности.
Материалы и методы исследования. Материалы исследования – истории болезни (медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в различных условиях ее оказания), оформленные и заполненные при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях военно-медицинских организаций. В качестве направления теоретического исследования определены критериальные параметры для аналитико-синтетического познания (выявления) коэффициента качества оказания медицинской помощи.
Методы исследования – дихотомический оценочный принцип, системный комплексный подход, функциональный и сравнительный анализ, дедуктивные и индуктивные способы изучения объективных явлений, теоретические обобщения, абстрактные и практические аналогии.
Результаты исследования и их анализ. Показано, что наибольшая доля нарушений, допущенных в медицинской документации и установленных по результатам экспертизы, приходится на оформление медицинских осмотров и заключений при оказании медицинской помощи:
Сделан вывод, что основные нарушения, выявленные экспертами, связаны с оформлением медицинской документации и не влияют на состояние здоровья пациента, но при этом создают риск возникновения осложнений или удлиняют сроки лечения и увеличивают затраты государства на лечение.

Ключевые слова: *боевые действия, больные, военно-врачебная экспертиза, вооруженный (военный) конфликт, качество оказания медицинской помощи, медицинская документация, медицинская экспертиза, раненые, Специальная военная операция.*

Конфликт интересов. Авторы статьи подтверждают отсутствие конфликта интересов

Для цитирования: *Купцов С.А., Наумов П.Ю., Баранова Н.Н.* Вопросы ведения и оценки медицинской документации при экспертизе качества оказания медицинской помощи раненным (заболевшим) в ходе вооруженного (военного) конфликта // Медицина катастроф. 2025. №4. С. 39-44. https://doi.org/10.33266/2070-1004-2025-4-39-44

https://doi.org/10.33266/2070-1004-2025-4-39-44
UDC 614.2:355.1

Original article
© Burnasyan FMBC FMBA

ISSUES OF MAINTAINING AND EVALUATING MEDICAL DOCUMENTATION DURING THE ASSESSMENT OF THE QUALITY OF MEDICAL CARE PROVIDED TO THE WOUNDED (SICK) DURING AN ARMED (MILITARY) CONFLICT

S.A.Kuptsov[1], P.Yu.Naumov[1], N.N.Baranova[2,3]

[1] Main Military Clinical Hospital of the Troops of the National Guard of the Russian Federation, Balashikha, Moscow Region, Russian Federation
[2] State Research Center – Burnasyan Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency, Moscow, Russian Federation
[3] Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Summary. *The objective of the study* is to improve the quality of medical care, master the methods of assessing the appropriateness of medical prescriptions, reduce the risks in providing medical care to patients and significantly increase the efficiency of using modern resources when preparing medical documentation. Timely assessment of patient satisfaction with the medical care provided and practical application of quality control cards for medical care is one of the practical ways to improve medical activities.

Research materials and methods. The objects of the study were case histories prepared and filled in when providing specialized medical care in inpatient settings of military medical organizations. The parameters for determining the quality coefficient of medical care were determined as the subject of the study.
To achieve the goal and solve the problems of the study, the dichotomous evaluation principle was used in the work, as well as the ideas of a systemic, integrated approach, functional and comparative analysis, deductive and inductive methods for studying objective phenomena, theoretical generalizations, abstract and practical analogies.
Research results and their analysis. It was revealed that the largest share of violations committed in medical documentation and established as a result of the examination falls on the execution of medical examinations and conclusions when providing medical care.
Thus, the main violations identified by the experts are related to the execution of medical documentation and do not affect the patient's health, but create a risk of complications of the disease, or extend the treatment period and increase the state's costs for treatment.

Keywords: *armed (military) conflict, combat operations, patients, military medical examination, medical documentation, medical examination, quality of medical care, Special military operation, wounded*

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest

For citation: *Kuptsov S.A., Naumov P.Yu., Baranova N.N.* Issues of Maintaining and Evaluating Medical Documentation During the Assessment of the Quality of Medical Care Provided to the Wounded (Sick) during an Armed (Military) Conflict. *Meditsina Katastrof* = Disaster Medicine. 2025;4:39-44 (In Russ.). https://doi.org/10.33266/2070-1004-2025-4-39-44

Контактная информация:
Купцов Сергей Александрович – зам. начальника госпиталя по клинико-экспертной работе ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации»
Адрес: Россия, 143914, г. Балашиха Московской области, мкр. Никольско-Архангельский, Вишняковское шоссе, вл. 101
Тел.: +7 (996) 856-56-40
E-mail: 33doctor2015@mail.ru

Contact information:
Sergey A. Kuptsov – Deputy Head of the Hospital for Clinical and Expert Work of State Military Command of the National Guard Troops
Address: 101, Vishnyakovskoe highway, md. Nikolsko-Arkhangelsky, Balashikha, Moscow Region, 143914, Russia
Phone: +7 (996) 856-56-40
E-mail: 33doctor2015@mail.ru

Введение

Основная задача организации и осуществления внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи – это не только выявление нарушений, допущенных в ходе медицинской деятельности, но и улучшение качества медицинского обеспечения граждан (личного состава) и дальнейшее профессиональное совершенствование медицинских работников, их знаний, умений, навыков, способностей, компетентности и ценностно-смысловой заинтересованности в результатах своего труда.

Развитие современной отечественной медицины, применение новых (уникальных) технологий в здравоохранении и улучшение материально-технического оснащения медицинских организаций, появление новых направлений в лечебно-диагностическом процессе решающим образом влияют на профессиональное поведение медицинского работника, так как он непосредственно управляет и осуществляет процесс оказания медицинской помощи пациентам. Необходимыми условиями успешного оказания медицинской помощи и управления качеством её оказания являются знания, которые медицинский работник может применить в практической работе, и его способность анализировать, оценивать и подвергать рефлексии результаты своей профессиональной деятельности в медицинских организациях.

Одной из важных задач контроля качества оказания медицинской помощи является достижение максимально высокого уровня оформления медицинской документации, что в современных условиях повышает степень социальной удовлетворенности пациента полнотой и своевременностью проведения обследования (диагностики) и лечения, снижает количество жалоб на некачественную медицинскую помощь, уменьшает риски возникновения (проигрыша) судебных споров [1].

Экспертизу качества оказания медицинской помощи проводят уполномоченные органы и должностные лица, прежде всего – на основании изучения и оценки сведений, ставших известными из медицинской документации. Нарушения и дефекты, допущенные при оформлении и ведении медицинской документации, неизбежно приводят к административным правонарушениям, которые, например, могут выявить органы Росздравнадзора и составить протоколы (постановления) об административных правонарушениях по статьям о нарушении лицензионных требований, к дисциплинарным нарушениям – за нарушение трудовой дисциплины в виде невыполнения требований должностной инструкции (должностного регламента, должностных обязанностей) и приводят к иным проблемам, привлекающим внимание контрольно-надзорных органов, что повышает риск проведения внеплановых документальных и выездных проверок.

Выбор оптимальных управленческих решений и проведение мероприятий, направленных на предупреждение возникновения дефектов в организации и оказании медицинской помощи и на повышение эффективности использования кадровых ресурсов медицинской организации и материально-технических средств, оцениваются при проведении внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи [2].

Перечисленные выше требования к полноте, своевременности, правильности и точности ведения медицинской документации относятся и к военно-медицинским организациям, где от надлежащего оформления медицинской документации во время проведения Специальной военной операции (СВО) зависит и полнота предоставления социальных гарантий и компенсаций личному составу. Следовательно, для проведения медицинских экспертиз, в том числе военно-врачебной экспертизы и экспертизы качества оказания медицинской помощи, изучение актуальных вопросов оценки правильности и полноты ведения медицинской документации раненных (заболевших) в ходе вооруженного (военного) конфликта является нетривиальной научной задачей, которую авторы пытаются решить в настоящем исследовании.

Улучшение качества оказания медицинской помощи, овладение медицинским персоналом методами оценки целесообразности врачебных назначений, снижение

рисков при оказании медицинской помощи раненым (больным) могут быть достигнуты путем использования современных информационно-коммуникационных ресурсов, обладающих большим потенциалом, в том числе при оформлении медицинской документации, которое является одной из важных задач медицинского обеспечения в период вооруженного (военного) конфликта [3]. Своевременная оценка удовлетворенности раненых (заболевших) в ходе вооруженного (военного) конфликта оказанной им медицинской помощью может быть дана путем применения карт контроля качества оказания медицинской помощи, поскольку применение подобных практических средств является одним из направлений совершенствования медицинской деятельности [4-6].

Цель исследования – описание и обоснование сущности оценки медицинской документации при возможной экспертизе качества оказания медицинской помощи раненным (заболевшим) в ходе вооруженного (военного) конфликта при их участии в боевых действиях.

Задачи исследования – изучение и обобщение нормативных требований и научных публикаций в области экспертизы качества оказания медицинской помощи раненным (заболевшим) в ходе вооруженного (военного) конфликта и разработка направлений совершенствования данной деятельности.

Материалы и методы исследования. Материалы исследования –истории болезни (медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в различных условиях ее оказания), оформленные и заполненные при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях военно-медицинских организаций. В качестве направления теоретического исследования определены критериальные параметры для аналитико-синтетического познания (выявления) коэффициента качества оказания медицинской помощи.

Методы исследования – дихотомический оценочный принцип, системный комплексный подход, функциональный и сравнительный анализ, дедуктивные и индуктивные способы изучения объективных явлений, теоретические обобщения, абстрактные и практические аналогии.

Результаты исследования и их анализ. Следует отметить, что регулирующие данные вопросы приказы Минздрава России: «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» от 28 февраля 2019 г. №108н, «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» от 10 мая 2017 г. №203н, «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 19 марта 2021 г. №231н были отменены приказами Минздрава России «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» от 21 августа 2025 г. №496н и «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» от 14 апреля 2025 г. №203н. В приказах №203н и №496н применяются два основных термина для оценки некачественно оказанной медицинской помощи и выявления несоответствия установленным критериям – «нарушение» и «дефекты».

Иногда в указанных документах эти понятия (термины) являются тождественными.

Для достижения поставленных целей и решения задач, определенных в исследовании, необходимо определить объем, сущность и содержание понятия «дефект оказания медицинской помощи» и нарушения такового в медицинской деятельности (табл. 1).

Полученные эмпирические результаты, которые приведены ниже, показали, что имеющиеся дефекты не повлияли на состояние здоровья раненых (больных). В то же время, анализируя дефекты с позиции возможного привлечения к юридической ответственности медицинских работников, следует их условно квалифицировать как *возможные дисциплинарные проступки (нарушение трудовой функции)*, за которое предусмотрена ответственность по ст. 12 Трудового кодекса Российской Федерации – в отношении работника; как нарушения воинской дисциплины – в отношении военнослужащего – ст. 28.2, 28.4 Федерального закона «О статусе военнослужащих» и ст. 47, 54 Дисциплинарного устава Вооруженных Сил Российской Федерации или административные правонарушения – по ч. 2, 3 ст. 19.20 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях. Эмпирические данные получены по результатам изучения медицинской документации в 2023–2024 гг. В период с января по апрель 2024 г. среди дефектов преобладали недостатки при оформлении медицинских осмотров и заключений при оказании медицинской помощи.

По итогам определены параметры для определения коэффициента качества оказания медицинской помощи, представленные в табл. 2.

Результаты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности для целей исследования на первом уровне фиксируются в Карте контроля качества оказания медицинской помощи (табл. 3).

Таблица 1 / Table No. 1

Результаты изучения определения понятия «дефект» в научной литературе

Results of the study of the definition of the concept "defect" in scientific literature

Формулировка определения «госпитализация»	Автор (авторы)	Ключевые слова
Дефект оказания медицинской помощи – это ненадлежащее выполнение медицинского вмешательства, организации оказания медицинской помощи пациенту, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу для здоровья или жизни пациента. Основные причины возникновения дефекта могут быть совершенно разными. Поэтому невозможно с уверенностью утверждать, что дефект стал результатом неправильных действий медицинских работников. Но в каждой конкретной ситуации необходимо разбираться и устанавливать причину неблагоприятного исхода [7]	В.И. Акопов	Ненадлежащее выполнение медицинского вмешательства, неблагоприятный исход
Под дефектом оказания медицинской помощи понимают ненадлежащее осуществление диагностики, лечения больного, организации процесса оказания медицинской помощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу выполненного медицинского вмешательства [8, 9]	С.Г. Стеценко	Ненадлежащее осуществление, неблагоприятный исход
Дефект – нарушение видов, форм, условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков её ожидания, несвоевременное оказание иной медицинской помощи или оказание ее иным, чем необходимо, способом	Приказ Минздрава России от 19 марта 2021 г. №231н	Нарушение видов, форм, условий

Таблица 2 / Table No.2

Оценка параметров для определения коэффициента качества оказания медицинской помощи

Estimation of parameters for determining the quality coefficient of medical care

№ п/п	Оцениваемые параметры и объем их выполнения	Баллы	Коэффициент качества оказания медицинской помощи		
			I уровень	II уровень	III уровень
1	**Описание жалоб и анамнеза:**				
1.1	в полном объеме	1	**1**	–	–
1.2	не в полном объеме	0,5	–	**0,5**	**0,5**
1.3	отсутствует	0	–	–	–
2	**Объективный осмотр:**				
2.1	в полном объеме	1	1	–	–
2.2	не в полном объеме	0,5	–	**0,5**	**0,5**
2.3	отсутствует	0	–		
3	**Диагностические мероприятия по основному и сопутствующему (клинически значимому) заболеваниям:**				
3.1	проведены своевременно, в полном объеме, качественно	1	**1**	**1**	**1**
3.2	проведены несвоевременно, не в полном объеме, не качественно, что не повлияло на исход заболевания	0,5	–	–	–
3.3	проведены несвоевременно, не в полном объеме, не качественно, что отрицательно повлияло на исход заболевания	0	–	–	–
4	**Оформление диагноза основного и сопутствующего (клинически значимого) заболеваний:**				
4.1	выставлены своевременно, обоснованно, в соответствии с клинико-функциональной характеристикой	1	**1**	**–**	**–**
4.2	выставлены несвоевременно, обоснованно, в соответствии с клинико-функциональной характеристикой, что не повлияло на исход заболевания	0,5	–	**0,5**	**0,5**
4.3	выставлены несвоевременно, необоснованно, что негативно повлияло на исход заболевания	0	–	–	–
5	**Лечебно-профилактические мероприятия, медицинская реабилитация:**				
5.1	проведены своевременно, эффективно	1	**1**	**1**	**1**
5.2	проведены несвоевременно, не в полном объеме, не качественно, что не повлияло на исход заболевания	0,5	–	–	–
5.3	проведены несвоевременно, не в полном объеме, не качественно, что отрицательно повлияло на исход заболевания	0	–	–	–
6	**Оперативное лечение:**				
6.1	выполнено своевременно, оптимально,	1	**1**	**1**	**1**
6.2	выполнено своевременно, в полном объеме, но имеются дефекты, не повлиявшие на исход заболевания	0,5	–	–	–
6.3	выполнено несвоевременно, не в полном объеме, не качественно, с дефектами, отрицательно повлиявшими на исход заболевания (организационные тактические, инфекционные осложнения, прочее)	0	–	–	–
7	**Анестезиологическое пособие:**				
7.1	выполнено оптимально, риск минимизирован	1	**1**	**1**	**1**
7.2	выполнено оптимально, риск не минимизирован, что не повлияло на исход заболевания	0,5	–	–	–
7.3	технологии не соблюдены, риск не минимизирован, что отрицательно повлияло на исход заболевания	0	–	–	–
8	**Реанимационные мероприятия:**				
8.1	отсутствие дефектов	1	**1**	**1**	**1**
8.2	дефекты не повлияли на исход заболевания	0,5	–	–	–
8.3	дефекты повлияли на исход заболевания	0	–	–	–
9	**Медицинское освидетельствование:**				
9.1	своевременно, в полном объеме	1	**1**		
9.2	своевременно, но не в полном объеме	0,5		**0,5**	**0,5**
9.3	несвоевременно, не в полном объеме, или не утверждено вышестоящей военно-врачебной комиссией	0			
10	**Сроки оказания медицинской помощи:**				
10.1	соответствуют заболеванию (патологии), обоснованно занижены или завышены	1	**1**	–	–
10.2	необоснованно занижены или завышены, что не повлияло на исход заболевания	0,5	–	**0,5**	**0,5**
10.3	не соответствуют заболеванию (патологии), необоснованно занижены или завышены, что повлияло на исход заболевания	0	–	–	–
11	**Выписка из стационара:**				
11.1	обоснованно, соответствует профилю заболевания и состоянию здоровья пациента	1	**1**	**1**	**1**
11.2	обоснованно, но не соответствует профилю заболевания и состоянию здоровья пациента	0,5	–	–	–
11.3	необоснованно, не соответствует профилю заболевания и состоянию здоровья пациента	0	–	–	–
12	**Преемственность, этапность:**				
12.1	соблюдены в полном объеме	1	**1**	**1**	**1**
12.2	соблюдены не в полном объеме, что не повлияло на исход заболевания	0,5	–	–	–
12.3	соблюдены не в полном объеме, что повлияло на исход заболевания	0	–	–	–
13	**Результаты лечения:**				
13.1	результаты достигнуты – улучшение, выздоровление	1	**1**	**1**	–
13.2	результаты достигнуты частично – без изменений	0,5	–	–	**0,5**
13.3	результаты не достигнуты – ухудшение, летальный исход – при ненадлежащем оказании медицинской помощи	0	–	–	–
14	**Оформление медицинской документации:**				
14.1	удовлетворительное, в полном объеме	1	**1**	–	–
14.2	не в полном объеме, имеются отдельные дефекты	0,5	**–**	**0,5**	**0,5**
14.3	неудовлетворительное, отсутствует	0			

Окончание таблицы 2 / The end of the Table No. 2

№ п/п	Оцениваемые параметры и объем их выполнения	Баллы	Коэффициент качества оказания медицинской помощи		
			I уровень	II уровень	III уровень
15	**Удовлетворенность пациента оказанием медицинской помощи:**				
15.1	удовлетворен, претензий не имеет	1	**1**	**1**	**1**
15.2	удовлетворен частично	0,5	–	–	–
15.3	не удовлетворен	0	–	–	–
16	**ВСЕГО (сумма баллов)**	–	**15**	**12**	**11,5**
17	**Коэффициент качества оказания медицинской помощи (средний балл оцениваемых параметров (X = сумма баллов/15))**	**–**	**1**	**0,8**	**0,76**

Примечание: где X – 0,8–1,0 – «Качественно оказанная медицинская помощь»; 0,6–0,7 – «Качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти»; 0,1–0,5 – «Некачественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся дефектами медицинской помощи, которые привели к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти»

Выводы

1. В целом ведение медицинской документации, которая была изучена при проведении эмпирико-практической части исследования, соответствует установленным требованиям и правилам, в ней отражались: необходимые сведения: о комплексе диагностических мероприятий, в том числе осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб гражданина; о данных его анамнеза и осмотра; о проведении лабораторных, инструментальных, морфологических и иных исследований, предшествующих медицинским вмешательствам или освидетельствованиям.

Таблица 3 / Table No.3

КАРТА
контроля качества оказания медицинской помощи
MAP of quality control of medical care

Наименование медицинской организации			
Лечебное отделение		№ истории болезни (архивный)	
Ф.И.О. (последнее – при наличии) пациента		Контактный телефон	
Дата рождения		Пол: муж./жен.	
Социально-правовой статус пациента (нужное подчеркнуть)	военнослужащий войск национальной гвардии России; сотрудник войск национальной гвардии России; военнослужащий (сотрудник) иного ведомства (Минобороны России, МВД России, ФСБ России, МЧС России, доброволец); пенсионер МВД России (иного ведомства); член семьи военнослужащего (сотрудника, пенсионера) или лицо, состоящее на его иждивении; пациент, обладающий иным статусом		
Вид госпитализации (нужное подчеркнуть)	экстренный/неотложный/плановый	Кол-во койко-дней	
Дата госпитализации			
Дата выписки			
Диагноз направительный			
Диагноз основной		МКБ-10	
Диагноз сопутствующий			
Исход лечения (нужное подчеркнуть)	1 – выздоровление; 2 – улучшение; 3 – без перемен; 4 – ухудшение; 5 – смерть; 6 – самовольный уход; 7 – переведен в другую медицинскую организацию		
Длительность пребывания на листке нетрудоспособности (дней)			
Ф.И.О. (последнее – при наличии) лечащего врача	Краткий анализ законченного случая		
		I уровень	II уровень
	Итоговое заключение		
	Вид дефекта		
	Причина дефекта		
	Категория дефекта по М и ЭЭ ОМП		
	Коэффициент качества	**1**	**0,8**

Примечание. Данные, представленные в табл. 1, 2, показывают, что на первом уровне внутренний контроль проводится начальником структурного подразделения медицинской организации, и результат отличается от заместителя руководителя на 0,2, от экспертной группы – 0,24. Указанные вариации проводятся в пределах одного документа.

Результаты внутреннего контроля первого уровня вносятся в журнал контроля качества оказания медицинской помощи структурного подразделения медицинской организации.

На втором уровне внутренний контроль проводится заместителем руководителя медицинской организации по медицинской части или лицом, назначенным ответственным за проведение внутреннего контроля, в соответствии с приказом руководителя медицинской организации.

Результаты внутреннего контроля второго уровня вносятся в журнал контроля качества оказания медицинской помощи медицинской организации.

На третьем уровне внутренний контроль осуществлялся экспертами медицинской организации из состава отдела экспертизы и контроля качества медицинской деятельности

2. Выявленные нарушения можно оценить следующим образом: структура нарушений, допущенных в медицинской документации и установленных по результатам экспертизы, аналогична периоду с января по апрель 2023 г. При этом наибольшая доля нарушений приходится на оформление медицинских осмотров (обследований) и заключений при оказании медицинской помощи: в 2023 г. – 63,0% от общего количества нарушений, в 2024 г. – 61,0%; с дефектами оформления листов назначений: в 2023 г. – 33,0%; в 2024 г. – 35,0%; нарушение врачебной этики и деонтологии и др. – 4,0% от общего количества установленных нарушений (дефектов).

3. Таким образом, основные нарушения, выявленные экспертами, связаны с оформлением медицинской документации. В связи с этим предлагается проводить следующие практические организационно-административные мероприятия: регулярно доводить до медицинского персонала требования к порядку оформления медицинской документации и проводить с ним мероприятия по совершенствованию практических навыков в данной сфере деятельности; систематически проводить расширенный аудит медицинской документации на первом уровне с применением конкретных алгоритмов выявления стандартных ошибок.

4. Оценка возможных рисков, нормативных правовых (организационных) алгоритмов и проверочных листов (списков контрольных вопросов), применяемых при проверке медицинских организаций, позволяет утверждать, что выявленные дефекты ведения медицинской документации не влияют на состояние здоровья пациента, но создают предпосылки к увеличению сроков оказания медицинской помощи, к неправильной оценке состояния здоровья и развития (течения) заболеваний (состояний).

5. Перспективным направлением дальнейшего научного поиска является изучение ведения медицинской документации раненых (больных), в отношении которых была проведена военно-врачебная экспертиза для определения тяжести увечий (ранений, травм, контузий) или категории годности к военной службе. Также актуальными являются эмпирическое обобщение и теоретическая оценка ведения медицинской документации по решениям (заключениям) военно-врачебной экспертизы, которые были обжалованы в судебном порядке.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. *Наумов П.Ю., Большакова В.М., Землин А.И., Холиков И.В.* Концептуальные аспекты производства медицинских экспертиз при обжаловании в судебном порядке заключений по итогам проведения военно-врачебной экспертизы // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2021. Т.13. №6. С. 283–306. doi 10.12731/2658-6649-2021-13-6-283-306.

2. *Баранова Н.Н., Исаева И.В., Качанова Н.А.* Методические подходы к определению объема годовой потребности в санитарно-авиационных эвакуациях в субъекте Российской Федерации // Медицина катастроф. 2020. №1. С. 43–53. doi 10.33266/2070-1004-2020-1-43-53.

3. *Ахметов И.Р.* Экспертиза качества медицинской помощи в системе государственного контроля качества медицинской помощи // Юридические науки, Правовое государство и современное законодательство: Сборник статей XIII Международной научно-практической конференции, Пенза, 5 декабря 2020 г. Пенза: Наука и Просвещение, 2020. С. 184–186.

4. *Таевский Б.В., Таевский А.Б., Князев Е.Г.* Методика экспертизы качества медицинской помощи: Учебное пособие для врачей. Иркутск: Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, 2018. 123 с.

5. *Пашинян Г.А., Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н.* Исторические аспекты отношения врачей к своим профессиональным ошибкам // Судебно-медицинская экспертиза. 2008. Т.51. №5. С. 44-46.

6. *Шарабчиев Ю.Т.* Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. 2013. Т.6. №6. С. 14-31.

7. *Акопов В.И.* Медицинское право: Учебник и практикум для вузов. М.: Юрайт, 2019. 287 с.

8. *Винокурова М.А.* Оказание медицинской помощи ненадлежащего качества: научное и юридическое содержание понятия // Вестник Нижегородского университета им. Н.И.Лобачевского. 2017. №5. С. 79-84.

9. *Стеценко С.Г., Пищита А.Н., Гончаров Н.Г.* Очерки медицинского права. М.: Центральная клиническая больница Российской академии наук, 2004. 570 с.

REFERENCES

1. Naumov P.Yu., Bol'shakova V.M., Zemlin A.I., Kholikov I.V. Conceptual Aspects of the Production of Medical Examinations when Appealing in Court Against Conclusions Based on the Results of a Military Medical Examination. Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2021;13;6:283-306 (In Russ.). doi 10.12731/2658-6649-2021-13-6-283-306.

2. Baranova N.N., Isayeva I.V., Kachanova N.A. Methodological Approaches to Determining the Volume of Annual Need for Medical and Aviation Evacuations in a Constituent Entity of the Russian Federation. *Meditsina Katastrof* = Disaster Medicine. 2020;1:43-53 (In Russ.). doi 10.33266/2070-1004-2020-1-43-53.

3. Akhmetov I.R. Expertise of the Quality of Medical Care in the System of State Control Over the Quality of Medical Care. *Yuridicheskiye Nauki, Pravovoye Gosudarstvo i Sovremennoye Zakonodatel'stvo* = Legal Sciences, Legal State and Modern Legislation. Collection of Articles of the XIII International Scientific and Practical Conference, Penza, December 5, 2020. Penza, Nauka i Prosveshcheniye Publ., 2020. P. 184-186 (In Russ.).

4. Tayevskiy B.V., Tayevskiy A.B., Knyazev Ye.G. *Metodika Ekspertizy Kachestva Meditsinskoy Pomoshchi* = Methodology for Assessing the Quality of Medical care. A Tutorial for Doctors. Irkutsk, Irkutskaya Gosudarstvennaya Meditsinskaya Akademiya Poslediplomnogo Obrazovaniya Publ., 2018. 123 p. (In Russ.).

5. Pashinyan G.A., Barinov Ye.X., Romodanovskiy P.O., Cherkalina Ye.N. Historical Aspects of Doctors' Attitudes Towards their Professional Mistakes. *Sudebno-Meditsinskaya Ekspertiza* = Forensic Medical Examination. 2008;51;5:44-46 (In Russ.).

6. Sharabchiyev Yu.T. Medical Errors and Defects in Medical Care: Socio-Economic Aspects and Losses of Public Health. *Mezhdunarodnyye Obzory: Klinicheskaya Praktika i Zdorov'ye* = International Reviews: Clinical Practice and Health. 2013;6;6:14-31 (In Russ.).

7. Akopov V.I. *Meditsinskoye Pravo* = Medical Law. Textbook and Workshop for Universities. Moscow, Yurayt Publ., 2019. 287 p. (In Russ.).

8. Vinokurova M.A. Provision of Medical Care of Inadequate Quality: Scientific and Legal Content of the Concept. *Vestnik Nizhegorodskogo Universiteta Im. N.I. Lobachevskogo* = Bulletin of the Nizhny Novgorod University named after N.I.Lobachevsky. 2017;5:79-84 (In Russ.).

9. Stetsenko S.G., Pishchita A.N., Goncharov N.G. *Ocherki Meditsinskogo Prava* = Essays on Medical Law. Moscow, Tsentral'naya Klinicheskaya Bol'nitsa Rossiyskoy Akademii Nauk Publ., 2004. 570 p. (In Russ.).

Материал поступил в редакцию 16.12.24; статья принята после рецензирования 17.11.25; статья принята к публикации 12.12.25
The material was received 16.12.24; the article after peer review procedure 17.11.25; the Editorial Board accepted the article for publication 12.12.25