

II СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ВЕРШИНА КАЧЕСТВА 2025

ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА
И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.
ОПЫТ ЛИДЕРОВ



**КЛИНИЧЕСКИЕ
РЕКОМЕНДАЦИИ**



- **медико-правовой инструмент
баланса прав и законных интересов
врача и пациента, базис риск-
ориентированного подхода к защите
прав застрахованных лиц в системе
ОМС**

Советник Генерального директора ООО «Капитал МС»
профессор кафедры анестезиологии и реанимации ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского,
президент НП «Национальное Агентство по безопасности пациентов
и независимой медицинской экспертизе»,
сопредседатель комитета по независимой медицинской экспертизе
СМС «Национальная медицинская палата»,
доктор медицинских наук, профессор **Старченко А.А.**





Послание Президента РФ Федеральному Собранию РФ 3 декабря 2015 года:

Прямая обязанность страховых компаний, работающих в системе ОМС, отстаивать права пациентов, в том числе при необоснованных отказах в оказании бесплатной медицинской помощи. Если страховая организация этого не делает, она должна нести ответственность, вплоть до запрета работать в системе ОМС. Прошу Правительство обеспечить здесь самый строгий контроль.

Закон РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»

Статья 4. Основные принципы осуществления ОМС.

- Основными принципами осуществления ОМС являются:
 - 4) **государственная гарантия соблюдения прав** застрахованных лиц;

Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц.

- 1. Застрахованные лица имеют право на:
 - 1) бесплатное оказание им медицинской помощи при наступлении страхового случая;
 - 6) получение от Федерального фонда, территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций **достоверной информации** о видах, **качестве** и об условиях предоставления медицинской помощи;
 - 8) **возмещение страховой медицинской организацией ущерба**, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи;
 - 9) **возмещение медицинской организацией ущерба**, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи;
 - 10) **защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.**



Закон РФ № 323-ФЗ и Закон РФ № 326-ФЗ

ОТСУТСТВУЕТ определение дефекта медицинской помощи

Закон «О защите прав потребителей»

недостаток услуги - несоответствие услуги или обязательным требованиям, предусмотренным законом либо в установленном им порядке, или условиям договора (при их отсутствии или неполноте условий обычно предъявляемым требованиям), или целям, для которых услуга такого рода обычно используется, или целям, о которых исполнитель был поставлен в известность потребителем при заключении договора

ПРАВО и ИНТЕРЕС ПАЦИЕНТА:

получать медпомощь надлежащего качества на основе последних достижений науки и практики в отсутствие дефектов и вреда здоровью

ПРАВО и ИНТЕРЕС ВРАЧА:

оказывать медпомощь надлежащего качества на основе последних достижений науки практики и опыта с целью повышения собственного авторитета, материального и морального признания

ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ПРАВА ?



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН от 25 декабря 2018 года N 489-ФЗ «ПО ВОПРОСАМ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ»

**закрепил правовой статус обязательности применения клинических рекомендаций
в клинической практике**

Статья 2 Закона РФ № 323-ФЗ:

21) качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

23) клинические рекомендации - документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и **описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи.**

Таким образом, именно клинические рекомендации содержат требования:

- по своевременности - критерий качества медпомощи (*последовательность*);
- по правильности выбора методов диагностики и лечения - критерий качества (*описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания*);
- по степени достижения запланированного результата - критерий качества (*наличие осложнений, результаты оказания медицинской помощи*).



Интерес в балансе и равенстве прав среди пациентов и среди врачей на надлежащее качество получаемой и оказываемой медпомощи:

1. Статья 19 Конституции РФ: «*Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от имущественного положения, места жительства*».
2. Статья 21 Конституции РФ: «1. *Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления*»

ПРАВО ПАЦИЕНТА:

РАВНОЕ ПРАВО ПАЦИЕНТОВ НА ОПТИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ И НАДЛЕЖАЩЕЕ КАЧЕСТВО ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУБЪЕКТА РФ

ИНТЕРЕС ВРАЧА:

оказывать медпомощь РАВНО оптимального объема и надлежащего качества ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУБЪЕКТА РФ

ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВОВЫМ ОСНОВАНИЕМ?

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ -

главный инструмент конституционного равенства среди пациентов и среди врачей



ПРАВО НА ДОСУДЕБНУЮ И СУДЕБНУЮ ЗАЩИТУ ИНТЕРЕС В РАВЕНСТВЕ ПРАВ ПЕРЕД ЗАКОНОМ: ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ КОНСТИТУЦИЯ РФ



Статья 2.

Человек, его права и свободы являются высшей ценностью.

Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина - обязанность государства.

Статья 45

1. Государственная защита прав и свобод человека и гражданина в РФ гарантируется.

2. Каждый вправе защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом.

Статья 46

«1. Каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод.

2. Решения и действия (или бездействие) органов государственной власти, органов местного самоуправления, должностных лиц могут быть обжалованы в суд».

Конвенция о защите прав человека и основных свобод ETS N005 (Рим, 4 ноября 1950 г.):

Статья 6. «Право на справедливое судебное разбирательство.

Таким образом, защита прав граждан как высшей ценности, в т.ч. в сфере здравоохранения, является одновременно и конституционной гарантией и обязанностью государства.

**ИСТОЧНИК СПРАВЕДЛИВОГО СУДЕБНОГО РЕШЕНИЯ СПОРА
МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ И МО?
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**



**Впервые Риск-ориентированный принцип экспертной деятельности утвержден постановлением Правительства РФ от 17.08.2016 г. № 806
«О применении риск-ориентированного подхода при организации отдельных видов государственного контроля»**

В настоящее время Риск-ориентированный принцип экспертной деятельности СМО в системе ОМС базируется на постановлении Правительства РФ от 29.06.2021 г. № 1048 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ О ФЕДЕРАЛЬНОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ КОНТРОЛЕ (НАДЗОРЕ) КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

Максимальные показатели риска, присвоенные услугам, составляющим медицинскую деятельность в условиях круглосуточного стационара по:

- акушерству и гинекологии – 5293;
- анестезиологии и реаниматологии - 5293;
- гематологии – 3705;
- детской онкологии – 4764;
- нейрохирургии – 5283;
- неонатологии – 5283;
- онкологии - 5293;
- сердечно-сосудистой хирургии – 5293;
- рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению – 5293;
- инфекционным болезням - 4234;
- пульмонологии - 3705;
- кардиологии - 4234;
- эндокринологии - 3705.

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р ИСО 31073-2024

«Менеджмент риска. Словарь»

утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от **20 августа 2024 г. N 1090-ст.**

ДАТА введения 1 марта 2025 г.

3.1.1. Риск - влияние неопределенности на достижение поставленных целей: степень достижения запланированного результата (п.21 ст.2 Закона РФ №323-ФЗ).

Влияние неопределенности – отклонение от ожидаемого результата, создающее угрозу.

3.2.1. Менеджмент риска - скоординированные действия по руководству, контролю и управлению организацией в области риска.

3.3.1. Процесс менеджмента риска: взаимосвязанные действия по сбору и обмену информацией, консультированию, идентификации, анализу, оцениванию, воздействию, мониторингу риска.

3.3.9. Идентификация риска: процесс выявления, определения и описания риска - **независимая экспертиза**.

3.3.40. Мониторинг: постоянный (непрерывный) анализ, надзор, критическая оценка, наблюдение за отклонениями от запланированного или требуемого состояния.

3.3.43. Аудит менеджмента риска: систематический, независимый и документарный процесс получения фактов о состоянии риска в целях определения эффективности и адекватности менеджмента риска.



Протокол совещания Министра здравоохранения РФ

«Защита прав застрахованных лиц страховыми медицинскими организациями»

03 июня 2024 г. № 73/10-2/272

II. Решили: 1. Систематизировать деятельность страховых медицинских организаций для достижения целей национальной стратегии и доступности к цифровизации.

III. Поручения: 1. ВСС совместно со страховым сообществом:

1.1. Разработать и представить в Минздрав России и ФОМС чек-листы для проведения экспертных мероприятий оказанной в соответствии с клиническими рекомендациями медицинской помощи. Срок: 1 июля 2024

1.2. Направить в Минздрав России и ФОМС **предложения** по изменению приказа Минздрава России от 19.03.2021 № 231н **по вопросу внедрения риск-ориентированного подхода к организации и проведению экспертных мероприятий**, в части определения целей контрольно-экспертных мероприятий, обеспечивающих подход к приоритетным показателям, предусмотренным для субъекта Российской Федерации федеральной программой и национальным проектом, в том числе влияющие на предотвращение смертельных случаев. Срок: до 17 июня 2024.

1.3. **Обеспечить защиту прав застрахованных лиц в строгом соответствии с нормами, установленными законодательством в сфере ОМС.**

Правовой статус Клинических рекомендаций и Чек-листов на сегодняшний день – статья 309 ГК РФ – обычно предъявляемые требования в сфере здравоохранения и ОМС, т.е. не выполнение требований КР и Чек-листов требуют мотивационного изложения в меддокументации

Частота дефектов в здравоохранении «в мировом масштабе» (S. Stender, 2012): 10-12%

Исследование/страна	Авторы, год публикации	Год исслед.	Число пациентов	Частота дефектов
Гарвардская медицинская практика	Brennan TA, Leape LL и соавт; 1991	1984	30195	27,6
Юта-Колорадо (США)	Thomas и соавт; 2000	1992	14052	2,9
Качество здравоохранения в Австралии	Wilson и соавт; 1995	1992	14179	16,6
Новая Зеландия	Davis и соавт; 2002	1998	6579	11,2
Великобритания	Vincent и соавт; 2001	1999	1014	10,8
Канада	Baker и соавт; 2004	2002	3745	7,5
Франция	Michel и соавт; 2007	2004	8754	6,6
Великобритания	Sari и соавт; 2007	2004	1006	8,7
Испания	Aranaz-Andre и соавт; 2008	2005	5624	8,4
Нидерланды	Zegres и соавт; 2009	2006	7926	5,7
Швеция	Soop и соавт; 2009	2006	1967	12,3

Частота КРИТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ в системе ОМС (Круглый стол в ГД РФ: ФОМС, 2018)

Дефекты - невыполнение необходимых лечебно-диагностических мероприятий, приведшее к летальному исходу, имели место в 6% (данные за 9 месяцев 2017 года).

В 2024 году после тотального внедрения КР – 1%!

Из 9147 пациентов 11 центров были случайным образом отобраны 675 пациентов: 100% переводов в отделения интенсивной терапии, 38,5% случаев смерти в течение 90 дней, 7% случаев со сложными клиническими проявлениями и 2,4% случаев без критериев высокого риска.

Вредные диагностические ошибки (нанесли вред любой степени тяжести в течение 90 дней после поступления) - 7,2%;

Крайне вредные диагностические ошибки (случаи с крайне серьезными или смертельными исходами) - 1,1% ;

Вредные диагностические ошибки, признанные предотвратимыми – 6,1%.

JAMA Internal Medicine | Original Investigation

Diagnostic Errors in Hospitalized Adults Who Died
or Were Transferred to Intensive Care

JAMA Internal Medicine Published online January 8, 2024

Из 2428 историй болезни пациентов 29 больниц **у 23% - диагностическая ошибка.**

Ошибки привели к временному и постоянному повреждению или смерти у 18,3%.

Из 1863 умерших пациентов диагностическая ошибка привела к смерти у 6,5% (121).

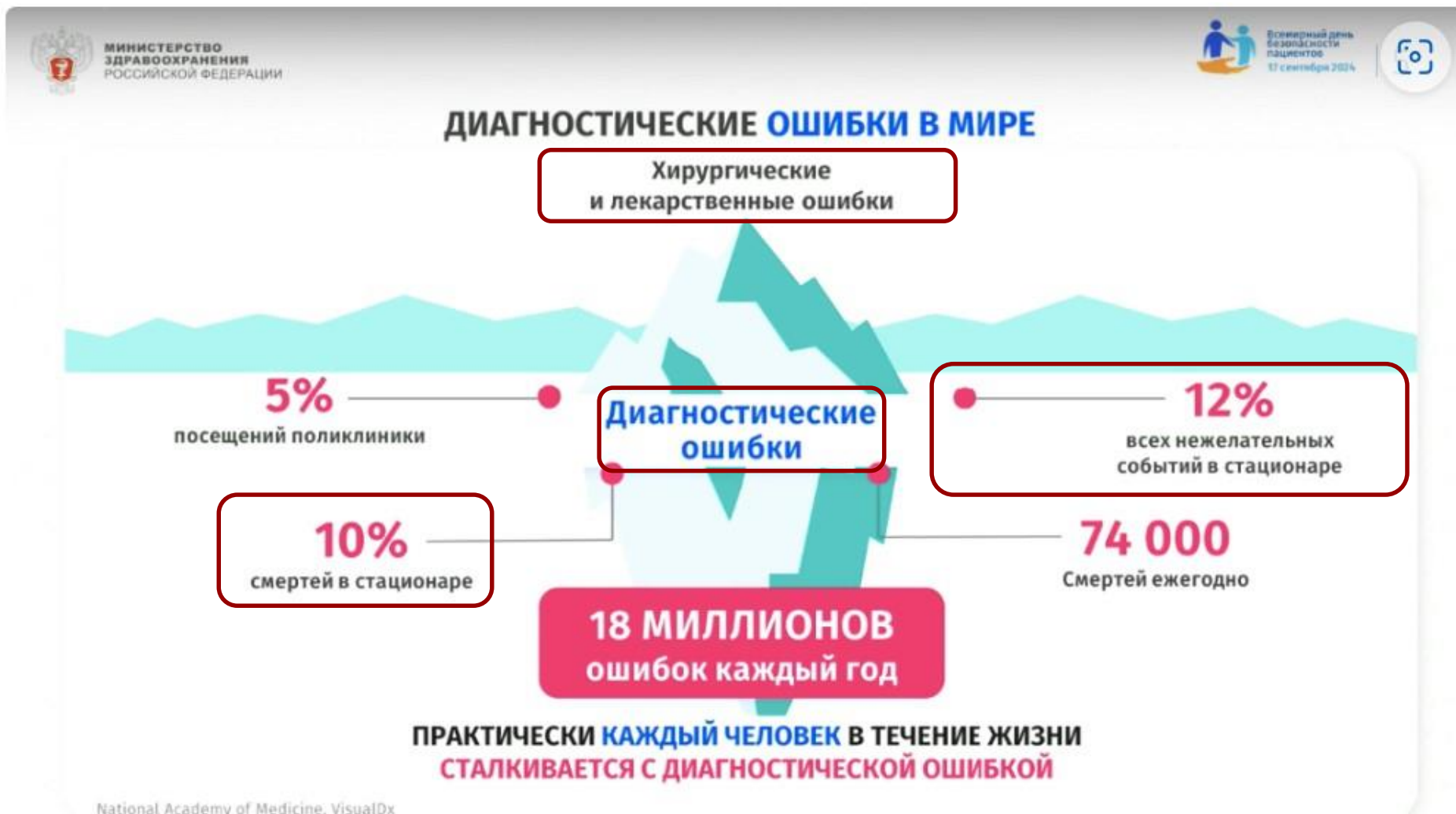
Среди дефектов: недооценка состояния пациента, не назначение необходимых тестов, неправильная интерпретация результатов исследований.

Burden of serious harms from diagnostic error in the USA По оценкам, ежегодно 795 000 американцев становятся инвалидами на всю жизнь или умирают в медицинских учреждениях из-за

неправильного диагноза опасных заболеваний. На долю 5 основных опасных заболеваний (инсульт, сепсис, пневмония, венозная тромбоэмболия и рак легких) приходится 38,7% от общего числа серьезных травм



Министр здравоохранения проф. М.А. Мурашко
Лекция о безопасности пациентов в Российском университете медицины МЗ РФ
Всемирный день безопасности пациентов 18.10.24 г.





ПРИЧИНЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК

КР:

63% Оценка состояния
пациента

- Неверное проведение дифференциальной диагностики
- Несвоевременное назначение диагностики
- Неадекватная оценка
- Невозможность устранить обнаруженные отклонения

23% Вовлеченность
пациента

- Пациент не соблюдает назначенное лечение
- Пациент не отвечает на звонки или не пришел на прием

63%

Оценка состояния пациента

23%

Вовлеченность пациента

20%

Коммуникация с коллегами

17%

Недостаток медицинской документации

13%

Проблемы с рабочим процессом
или нагрузкой

Для А-Р ВАЖНО:

20% Коммуникация
с коллегами

- Отсутствие преемственности
- Нежелание ознакомиться с медицинской картой
- Отказы в передаче важной медицинской информации

17% Недостаток
медицинской
документации

- Касающихся клинических данных
- Пересмотра лечения
- Клинического обоснования

<https://blog.thesullivangroup.com/rsqsolutions/diagnostic-process-rediscovering-basic-steps>



ФАКТОРЫ, ВЛИЮЩИЕ НА ПОЯВЛЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК

1. Затруднение или задержка в оценке **срочности** клинической ситуации
2. Неверно выполненная **дифференциальная диагностика**
3. **Неверный выбор** перечня тестов
4. **Неправильная** или **запоздалая оценка** аномальных результатов тестов
5. Отказ или **задержка в назначении** необходимых анализов
6. Диагностические тесты, **ограниченные** по объему, доступности или качеству
7. Плохая **командная работа**, отсутствие **обучения** и **обратной связи**
8. **Задержка с информированием** пациента или последующей консультацией
9. **Задержка консультаций**, утеря результатов анализов или отсутствие медицинских записей, подтверждающих оказание медицинской помощи
10. **Рабочая среда, отвлекающая врача** и способствующая отсутствию систематизации информации
11. **Культурные барьеры**, препятствующие обмену опытом и обучению пациентов

КР





КТО И КАК принимает окончательное решение? СУД, посредством ЭКМП и СМЭ

ЗАКОН РФ от 31 мая 2001 года № 73-ФЗ

«О ГОСУДАРСТВЕННОЙ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РФ»

Статья 4. Принципы государственной судебно-экспертной деятельности

Государственная судебно-экспертная деятельность основывается на принципах законности, соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица, а также **независимости эксперта, объективности, всесторонности и полноты исследований, проводимых с использованием современных достижений науки и техники.**

Статья 8. Объективность, всесторонность и полнота исследований

Эксперт проводит исследования **объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме.**

Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих **возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных.**

 **Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы,
утв. приказом МЗ РФ от 25 сентября 2023 г. № 491н
вступил в юридическую силу 01.09.2024г.**

Приложение N 29

ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА И ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА

9. При проведении экспертизы по делам о качестве медицинской помощи ответы на вопросы, касающиеся оказанной медицинской помощи, формулируются с обязательной ссылкой на действующие в момент оказания медицинской помощи нормативные правовые акты, в том числе:

- порядки оказания медицинской помощи,**
- правила проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований,**
- положения об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи,**
- порядки организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения,**
- порядки проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований),**
- а также клинические рекомендации.**

Клинические рекомендации – обязательны!

Клиническими рекомендациями «Острый аппендицит у взрослых» предусмотрено, что при диагностике заболевания рекомендовано выполнить осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления пациента в стационар. При осложнённом остром аппендиците рекомендовано проведение аппендэктомии в максимально короткие сроки. При неосложнённом остром аппендиците возможна отсрочка хирургического лечения при условии нахождения пациента в стационаре под наблюдением лечащего врача. Критерии оценки качества медицинской помощи включают в себя в том числе выполнение хирургического вмешательства не позднее 2 часов от момента установления диагноза.

Суд первой инстанции привёл в решении вывод из заключения судебно-медицинской экспертизы Волгоградского областного бюро СМЭ о том, что Клинические рекомендации «Острый аппендицит у взрослых» носят рекомендательный (не обязательный к исполнению в 100 % случаев) характер и с ним согласился суд апелляционной инстанции. Между тем судебные инстанции оставили без внимания, что эти **клинические рекомендации в силу части 2 статьи 64 ФЗ № 323-ФЗ являются одной из основ формирования критериев оценки качества медицинской помощи, в связи с чем утверждение о необязательности указанных клинических рекомендаций противоречит закону.**

1. РЕШЕНИЕ ВЕРХОВНОГО СУДА РФ от 17 января 2024 г. N АКПИ23-1043
2. АПЕЛЛЯЦИОННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВС РФ от 20 июля 2023 г. N АПЛ23-259
3. РЕШЕНИЕ ВС РФ от 6 марта 2023 г. N АКПИ23-79
4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВС РФ от 28 февраля 2023 г. N 5-КГ22-149-K2
5. АПЕЛЛЯЦИОННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВС РФ от 26 января 2023 г. N АПЛ22-611

Медицинская помощь организуется и оказывается на основе клинических рекомендаций; с учетом стандартов медицинской помощи (часть 1 статьи 37 Закона РФ № 3423-ФЗ).

6. АПЕЛЛЯЦИОННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВС РФ от 30 мая 2023 г. N АПЛ23-168

В силу частей 3 и 14 статьи 37 Закона об основах охраны здоровья номенклатура медицинских услуг используется при разработке клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи, на основе и с учетом которых в соответствии с частью 1 этой статьи организуется и оказывается медицинская помощь.

7. АПЕЛЛЯЦИОННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВС РФ от 17 января 2023 г. N АПЛ22-573

... Суд первой инстанции правильно установил, что медицинская услуга "Исследование уровня глюкозы в крови методом непрерывного мониторингирования" включена в подраздел 2.2 раздела 2 Стандарта на основе Клинических рекомендаций "Сахарный диабет 1 типа у детей", утвержденных Минздравом России в 2019 г. Такое правовое регулирование согласуется с положениями пункта 23 части 1 статьи 2, части 14 статьи 37 Закона об основах охраны здоровья граждан.



Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного Суда РФ
ОПРЕДЕЛЕНИЯ

от 24 августа 2022 N 304-ЭС22-14075:

применение Российских клинических рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений 2015 года является обязательным;

от 22 декабря 2022 г. N 305-ЭС22-15742

от 22 декабря 2022 г. N 305-ЭС22-15794

Частью 1 статьи 37 Закона N 323-ФЗ установлено, что медицинская помощь организуется и оказывается: 3) на основе клинических рекомендаций; 4) с учетом стандартов медицинской помощи.

Из системного толкования указанных выше норм следует, что федеральный законодатель, принимая Закон N 323-ФЗ и Закон N 326-ФЗ, стремился гарантировать каждому лицу, нуждающемуся в медицинской помощи, возможность получения такой помощи, но, вместе с тем, в установленном, а не произвольном порядке, с учетом соблюдения принципов осуществления обязательного медицинского страхования, что, в свою очередь, (в т.ч. КР) должно гарантировать максимальную своевременность и эффективность оказания медицинской помощи пациенту.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНСТИТУЦИОННОГО СУДА РФ

от 25 апреля 2024 г. N 1094-О

В силу Закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» каждый имеет право на медицинскую помощь (часть 1 статьи 19), **которая организуется и оказывается: на основе клинических рекомендаций; с учетом стандартов** медицинской помощи (часть 1 статьи 37).

Приведенные предписания образуют правовую основу охраны здоровья граждан и действуют во взаимосвязи с иными нормами данного Закона, **закрепляющими** в числе прочего, **что медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством РФ за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи; вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством РФ (статья 98).**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНСТИТУЦИОННОГО СУДА РФ

от 26 сентября 2024 г. N 2531-О

Оспариваемые заявителем законоположения ст. 19, 37, 70, 79, 98 Закона РФ № 323-ФЗ, обеспечивающие надлежащее оказание гражданину (в том числе отбывающему наказание в виде лишения свободы) медицинской помощи не предполагают оказания медицинской помощи с нарушением клинических рекомендаций и не препятствуют судебной защите прав и свобод, а следовательно, не могут расцениваться как нарушающие конституционные права Р. в обозначенных им аспектах.



ОБЗОР СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ВЕРХОВНОГО СУДА РФ N 1- 2025

Утвержден Президиумом Верховного Суда РФ 25 апреля 2025 г.

СУДЕБНАЯ КОЛЛЕГИЯ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ

14. При рассмотрении споров, связанных с некачественным оказанием медицинскими организациями медицинской помощи, судам следует проводить оценку качества медицинской помощи на основании критериев, формируемых по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Между тем судебные инстанции оставили без внимания тот факт, что эти клинические рекомендации в силу части 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" являются одной из основ формирования критериев оценки качества медицинской помощи, в связи с чем утверждение о необязательности указанных клинических рекомендаций противоречит закону.



Уровни убедительности рекомендаций (УУР) и Уровни достоверности доказательств (УДД) КР ?

Запрос в МЗ РФ: «Прошу дать разъяснения по применению действующего законодательства о правовом статусе обязательного исполнения требований КР с **уровнями убедительности рекомендаций В и С** и **уровнями достоверности доказательств 3-5** при экспертизе качества медпомощи в системе ОМС».

Уровни доказательности

Градация достоверности рекомендаций	Уровень убедительности доказательств*	Вид исследования
А	1a	Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (испытаний) — РКИ
	1b	Отдельное рандомизированное контролируемое исследование
В	2a	Систематический обзор когортных исследований
	2b	Отдельное когортное исследование
	3a	Систематический обзор исследований «случай—контроль»
	3b	Отдельное исследование «случай—контроль»
С	4	Исследование серии случаев
Д	5	Мнение эксперта, не подвергавшееся прицельной критической оценке либо основанное на физиологии, результатах пробного исследования или на «основных принципах»



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2
Москва, ГСП-4, 127994
Тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628
23.05.2023 № 31-1/30376

Эксперт качества медицинской помощи при проведении экспертизы качества медицинской помощи фиксирует несоблюдение порядков оказания медицинской помощи, **стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций** при оказании медицинской помощи застрахованным лицам в экспертном заключении, где дает им оценку согласно Перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением к Порядку.

Действующими нормативно-правовыми актами в сфере здравоохранения не урегулирован порядок использования Уровней убедительности рекомендаций и Уровней достоверности доказательств клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи.

Обязательность исполнения требований КР установлена Определением ВС РФ от 21.08.2023 г. № 16-КГ23-23-К4, в котором в качестве обязательного утвержден тезис-рекомендация Клинических рекомендаций «**Острый аппендицит у взрослых**» **с УУР С и УДД 4 и 5:** «3.2 Хирургическое лечение. • Пациентам с верифицированным острым аппендицитом (ОА) рекомендуется выполнить аппендэктомию.

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 5).

• При осложнённом ОА рекомендуется проведение аппендэктомии в максимально короткие сроки. При неосложнённом ОА возможна отсрочка хирургического лечения до 24 часов при условии нахождения пациента в стационаре под наблюдением врача-хирурга.

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 4)».

КТО БУДЕТ ПРОВОДИТЬ РАНДОМИЗАЦИЮ: ДЕЛАТЬ И НЕ ДЕЛАТЬ АППЕНДЭКТОМИЮ?



АРБИТРАЖНЫЙ СУД ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

600005, г. Владимир, Октябрьский проспект, 19

<http://www.vladimir.arbitr.ru>; <http://www.my.arbitr.ru>

Именем Российской Федерации

Р Е Ш Е Н И Е

г. Владимир

6 октября 2023 года

Дело № А11-5991/2023

Пациент 4-х лет с болями в животе поступил в 04:00 в ОКДБ из РБ. Острая хирургическая патология живота отвергнута. **ИБ не заведена.** Пациент отправлен домой. В 21:00 поступил повторно. Осмотр в 22:40. РГ ОГК в 01:00 – тотальный ателектаз легкого. 02:00 –пункция – извлечено 500 мл гноя в плевральной полости. 8:00 летальный исход.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 августа 2022 г. N 530н

"Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения"

1. Утвердить:

учетную форму N 001/у **"Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях**, в условиях дневного стационара" согласно [приложению N 1](#) к настоящему приказу;

В случае отказа в госпитализации в стационар, дневной стационар

Причина отказа в госпитализации (отказался пациент, отсутствие показаний, помощь оказана в приемном отделении медицинской организации, направлен в другую медицинскую организацию, иная причина)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, зафиксировавшего причину отказа в госпитализации

ДЕЛО № 2-1669/2024 - не выполнены требования дифдиагностики о. аппендицита и пневмонии: компенсация морального вреда родителям 11 млн. рублей



Приговор Дело № 1-141/2024

Детский хирург Ч. не оценил тяжесть состояния больного и не принял необходимые меры для выведения больного из этого состояния, не оказал необходимую срочную помощь; не определил необходимость проведения специальных методов (лабораторных, рентгенологических); не определил показания к госпитализации, не организовал ее; **не провел дифференциальную диагностику хирургического заболевания (пневмония)**, не установил диагноз и не провел необходимое лечение по хирургии органов грудной клетки; не выполнил главную задачу детского хирургического отделения – проведение в наикратчайшие сроки лечебно-диагностических мероприятий, которые включают следующие функции: первичный диагноз, клинический и биохимические анализы, исследование в рентгенологическом отделении, исследования в кабинете функциональной диагностики отделения ультразвуковой диагностики, оперативное лечение, медикаментозную терапию.

Ч., **небрежно** относясь к исполнению своих профессиональных обязанностей, не предвидя возможности наступления общественно опасных последствий своего бездействия в виде смерти ребенка, хотя **при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог предвидеть эти последствия**.

В результате ненадлежащего исполнения Ч. 18.10.2022 в период 03:55 - 04:20 своих профессиональных обязанностей **им не была диагностирована имевшаяся патология – внебольничная очагово-сливная тяжелая двусторонняя пневмония, осложненная левосторонним гнойным плевритом**, требовавшая госпитализации в стационар и хирургического оперативного вмешательства – дренирования левой плевральной полости для устранения скопления гноя (гидроторакса), **не было своевременно организовано его лечение**.

По ч. 2 ст. 109 УК РФ назначить наказание в виде ограничения свободы на срок 2 года с лишением права заниматься врачебной деятельностью на срок 2 года.

Апелляционная инстанция:

в связи с истечением срока давности освобожден от наказания.

Наблюдение
Кузнецова С.В.,
2022

Еще одним показательным примером является случай, расследовавшийся в СУ СК РФ по ЛО. С 26 июня по 10 июля 2018 года больной Х. пребывал в одном из стационаров Ленинградской области, где ему, казалось бы удачно, была проведена хирургическая операция на органах брюшной полости (удаление селезенки по причине ее разрыва вследствие тупой травмы живота). 8 августа 2018 года с жалобами на боли во всех отделах живота, по ходу кишечника, а также на отсутствие стула более 4 дней Х. поступил в одно из лечебных учреждений Санкт-Петербурга, в котором пациенту выполнена обзорная рентгенография брюшной полости. В результате проведенного исследования установлено нахождение в брюшной полости трех инородных тел металлической плотности. В этот же день Х. проведена лапаротомия [рассечение передней брюшной стенки для получения доступа в брюшную полость] с правосторонней гемиколэктомией [удаление правой половины толстой кишки], а также санацией и дренированием брюшной полости. При ревизии брюшной полости выявлено 2 инородных тела (хирургические зажимы), лежащие на клетчатке в проекции ложа селезенки. В малом тазу выявлен третий инородный предмет (хирургический зажим), вокруг которого завернулась петля тонкой кишки с брыжейкой и слепая кишка, что обусловило кишечную непроходимость и некроз части кишечника (см. Рис. 16).

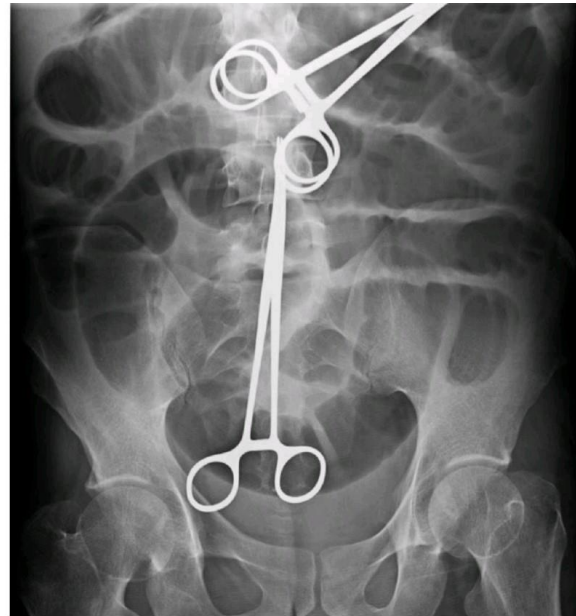


Рис. 16. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости пациента Х. Визуализируется три инородных тела (хирургических зажима).

В данном случае, формально следуя Медицинским критериям, вред здоровью оценен по длительности его расстройства более 21 дня как средней степени тяжести. Обусловлено это тем, что такого, безусловно опасного для жизни, состояния, как кишечная непроходимость в пунктах Медицинских критериев нет, а перитонит (учтенный в качестве квалифицирующего признака тяжкого вреда здоровью) у пациента Х. развиваться не успел (хотя наступление данного осложнения было только вопросом времени).

**Врачи избежали
уголовного
преследования
ввиду
отсутствия
тяжкого вреда
здоровью
(перитонит,
некроз органов)
и смерти
пациента.**

Задачи последующего этапа МП:
**1) выявить дефекты предыдущего
этапа и не допустить переноса
ответственности за них;**
**2) минимизировать ущерб
пациента, нанесенный на
предыдущем этапе!**

**ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ и
ПОМОЩЬ КОЛЛЕГЕ в
исправлении дефектов и
недопущении тяжкого вреда –
главное в профилактике
уголовной ответственности**

**Случайное нанесение вреда больному
при выполнении терапевтических
и хирургических вмешательств
(Y60 – Y69)**

Исключены: медицинские приборы и устройства как причина несчастных случаев при их использовании для диагностики и лечения (Y70 – Y82)
хирургические и терапевтические процедуры как причина аномальной реакции пациента без упоминания о случайном нанесении вреда больному во время их выполнения (Y83 – Y84)

**Y60 Случайный порез, укол, перфорация
или кровотечение при выполнении
хирургической и терапевтической
процедуры**

**Y61 Случайное оставление инородного тела
в организме при выполнении
хирургической и терапевтической
процедуры**

Y61.0 При проведении хирургической операции
Y61.1 При проведении инфузии и трансфузии



НОВАЦИИ-2024!

НОВАЦИЯ 1. Приказ МЗ РФ от 04.09.2024 г. № 449н

«1. В [Правилах](#) обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом МЗРФ от 28 февраля 2019 г. N 108н (далее - Правила): 9) в [приложении N 5](#) к Правилам – «Перечень оснований» ***исключить слова: «с учетом стандартов медицинской помощи»;***

2. В [Порядке](#) проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденном приказом МЗРФ от 19 марта 2021 г. N 231н (далее - Порядок): **исключить слова: «с учетом стандартов медицинской помощи».**

МЗ РФ: СТАНДАРТЫ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
НИ В КОНТРОЛЕ КАЧЕСТВА СИСТЕМЫ ОМС,
НИ В ГОСУДАРСТВЕННОМ КОНТРОЛЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**➤ ПРИКАЗ МЗ РФ от 10 июня 2021 г. N 612н « Об утверждении стандарта МП
взрослым при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST
электрокардиограммы (диагностика, лечение и ДН)**

1. Медицинские услуги для диагностики заболевания, состояния

Исследование уровня тропонинов I, T в крови 100% - 1

Эхокардиография 100%- 1

ЭКГ 100%- 1

**2. Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за
лечением**

Суточное наблюдение врачом-анестезиологом-реаниматологом 100% - 3

Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный 100% -1

Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога повторный 100% -11

Ежедневный осмотр кардиологом с наблюдением и уходом в отд. стационара 100% - 4

Эхокардиография -100% - 2

КР «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST ЭКГ (2020)»

Словосочетание «анестезиолог-реаниматолог» упоминается 1 раз:

«Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций: 1. Врач-кардиолог.

2. Врач-анестезиолог-реаниматолог».

**Как осуществлять контроль права пациента на оказание А-Р помощи в отсутствие
контроля стандарта, если в КР упоминания нет, а тариф включает?
БОЛЬНЫЕ НЕ ИМЕЮТ ПРАВА НА ОРИТ?!**



Приказ МЗ РФ от 9 ноября 2012 г. № 741н «**Об утверждении стандарта специализированной МП при пневмонии тяжелой степени тяжести с осложнениями**»
УТРАТИЛ СИЛУ в 2024 году !

Категория возрастная: взрослые, **дети**. Стадия: **тяжелая степень тяжести**.

Осложнения: острая дыхательная недостаточность; плеврит; инфекционно-токсический шок; полиорганная недостаточность; абсцесс легкого

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления <u>я*(2)</u>	Усредненный показатель кратности применения
V01.037.001	Прием (осмотр) врача-пульмонолога первичный	1	1
V03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
V03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
Инструментальные методы исследования			
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A06.09.007	Рентгенография легких	1	1

2. Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

A06.09.007	Рентгенография легких	1	1
------------	-----------------------	---	---

МОЖНО НЕ ДЕЛАТЬ Рентгенографию легких?

Что будет со смертностью от пневмонии?



В связи с отменой Приказа МЗ РФ от 9 ноября 2012 г. № 741н «Об утверждении стандарта специализированной МП при пневмонии тяжелой степени тяжести с осложнениями» ("Категория возрастная: взрослые, дети. Стадия: тяжелая степень тяжести. Осложнения: острая дыхательная недостаточность; плеврит; инфекционно-токсический шок; полиорганная недостаточность; абсцесс легкого - 100% Рентгенография легких") прошу разъяснить: Минздравом России отменой приказа № 741н с 2024 года разрешено **ВООБЩЕ** не выполнять рентгенографию легких для диагностики тяжелой пневмонии, плеврита и абсцесса легких, а также для контроля течения заболевания?



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Минздрав России)

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
Тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

10.12.2024 № 17-1/3146918-69979
На № _____ от _____



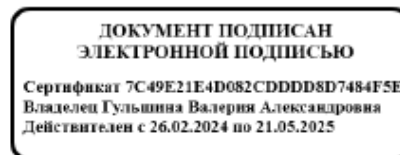
Старченко А.А.
medadvokat2@mail.ru

Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации совместно с главным внештатным специалистом пульмонологом Минздрава России С.Н. Авдеевым рассмотрел Ваше обращение и сообщает.

По информации, представленной С.Н. Авдеевым, в настоящее время диагностика и лечение указанных заболеваний регламентируется утвержденными Минздравом России клиническими рекомендациями.

Действующими клиническими рекомендациями «Внебольничная пневмония» утверждено применение рентгенографии органов грудной клетки для диагностики и контроля течения пневмонии, в том числе тяжелой формы, и развития осложнений.

Заместитель директора
Департамента



В.А. Гульшина



**НОВАЦИЯ 2: Письма Минздрава России
от 30 октября 2024 г. № 17-1/3135293-61313
от 21 января 2025 г. N 17-1/3003770-2772**

«О разработке клинических рекомендаций и выборе тактики диагностики и лечения заболевания в зависимости от особенностей заболевания и/или состояния пациента»

В соответствии со ст. 37 Закона № 323-ФЗ одобренные научно-практическим советом МЗ РФ и утвержденные профмедассоциациями клинические рекомендации размещаются на официальном сайте МЗ РФ.

Учитывая требования пунктов 1 и 3 правил подготовки нормативных правовых актов, утв. пост. Правительства РФ от 13.08.1997 N 1009, клинические рекомендации не являются ни нормативными, ни правовыми актами и, следовательно, не могут содержать нормативных предписаний.

Дополнительно сообщаем, что в соответствии с п. 15 ч. 1 ст. 2 Закона № 323-ФЗ лечащий врач - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

Таким образом, врач самостоятельно выбирает тактику диагностики и лечения заболевания в зависимости от особенностей заболевания и/или состояния пациента, в том числе основываясь на клинических рекомендациях, порядках оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.

«САМОСТОЯТЕЛЬНО», не значит немотивированно вопреки Клиническим рекомендациям

Данное письмо МЗ РФ также не является НПА, и в соответствии с п. 1 и 3 тех же правил, утв. пост. Правительства РФ от 13.08.1997 N 1009

не содержит нормативных предписаний, на него нельзя ссылаться в суде 31

ИННОВАЦИЯ 3 - ПРОЕКТ Порядка применения Клинических рекомендаций – исключение из ст. 64 Закона РФ № 323-ФЗ

**Исключение Клинических рекомендаций из контроля - это, значит,
соблюдать требования не обязательно, т.к.**

НИКТО не имеет право проверить исполнение обязательства!

**РЕЗУЛЬТАТ: повышение летальности и смертности;
рост жалоб в Следственный Комитет РФ и суды**

**КР Острый инфаркт миокарда: не надо делать тромболитическую терапию,
коронарографию, стентирование коронарных артерий и шунтирование !**

КР Гипоксия плода: не надо делать КТГ и кесарево при гипоксии плода!

**КР Послеродовое кровотечение: не надо удалять матку при кровопотере
1500 мл, пусть истекает до 5 л!**

**Все КР Онкология: не надо назначать таргетную терапию и иммунотерапию
при раке!**

КР Гепатит С: не надо лечить гепатит С!

**КР Артрозы: операции по замене суставов можно не выполнять, «ковыляй
потихонечку»**

**РЕЗУЛЬТАТ: доступ пациентов к технологиям коррупционным интересом
Конституционное равенство граждан нарушается
Тенденция не прошла!**



НОВАЦИЯ 4: ЗАМЕНА КР НА КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА

ПРИКАЗ МЗ РФ от 10 мая 2017 г. N 203н

«Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

3.2.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании молочной железы (код по МКБ-10: C50)

10. Выполнена химиотерапия и/или гормонотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или гормонотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии).

11. Выполнена адъювантная химиотерапия и/или таргетная терапия и/или гормонотерапия не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)

Критерий оценки качества – терапия любым препаратом в любой дозе???
СМЕРТЬ!

3.1.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гриппе с пневмонией (коды по МКБ-10: J10.0; J11.0)

11. Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)

3.1.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при менингите (коды по МКБ-10: A39.0+; A87; G00; G01*; G02*; G03)

10. Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при выявлении бактериальной инфекции)



3.1.18. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при септицемии (сепсисе) (коды по МКБ-10: A02.1; A39.2; A40; A41; A42.7; A49.9; B37.7; R57.2)

6. Начата терапия антибактериальными лекарственными препаратами и/или противогрибковыми репаратами и/или противовирусными препаратами не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при септическом шоке, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)

3.15.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при послеродовом сепсисе (код по МКБ-10: O85)

12. Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)

Критерий оценки качества – терапия любым антибиотиком или противовирусным препаратом при бактериальном сепсисе инфекции, в любой дозе ??? СМЕРТЬ!

3.9.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром нарушении мозгового кровообращения (коды по МКБ - 10: I60 - I63; G45)

20. Отсутствие пролежней в период госпитализации

21. Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации

А где внутрибольничная инфекция – госпитальная пневмония, мочева инфекция, уросепсис?



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УДК 614.2

НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ И НОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ОМС

А.А. Старченко

2. Пневмония, ассоциированная с инсультом.

Примерно у каждого десятого больного после перенесенного инсульта развивается тяжелая бактериальная инфекция. Особенно часто в острой стадии инсульта наблюдаются пневмонии. Пневмония является независимым прогностически неблагоприятным фактором риска. Поэтому всех больных с инсультом необходимо тщательно обследовать для выявления признаков пневмонии и как можно более раннего начала антибактериальной терапии. У больных с повышенным риском следует на ранних этапах применять целенаправленные меры профилактики пневмонии.

Несмотря на то что пневмония, ассоциированная с инсультом, считается излечимым осложнением, она является независимым фактором риска неблагоприятного отдаленного прогноза. На долю пневмонии приходится 20% ранней смертности; кроме того, она приводит к формированию устойчивого неврологического дефекта после инсульта. Наряду с патогенетической терапией инсульта эффективная профилактика пневмонии является важнейшим компонентом лечения и служит для улучшения прогноза после инсульта.



**Исключение из контроля - это, значит, соблюдать требования не обязательно, т.к. НИКТО не имеет право проверить исполнение обязательства?!
НО СУД ВПРАВЕ!**

Указанные выше Изменения в части исключения стандартов медицинской помощи из системы контроля в системе ОМС **не могут быть приняты во внимание судами, т.к.:**

1. В части 4 статьи 35 **Закона РФ № 326-ФЗ** установлено: «4. **Страховое обеспечение** в соответствии с базовой программой ОМС **устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи** и порядков оказания медицинской помощи».

Таким образом, выплата страхового обеспечения в системе ОМС невозможна без контроля выполнения стандарта медицинской помощи.

2. Статьей 10 **Закона РФ № 323-ФЗ** установлена обязательность использования стандартов медпомощи в установлении (контроле) факта надлежащего или не надлежащего качества оказанной медпомощи: «**Статья 10. Доступность и качество медицинской помощи. Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:** 4) **применением порядков** оказания медицинской помощи, **клинических рекомендаций** и **стандартов медицинской помощи**».

3. Статья 79 «Обязанности медицинских организаций» Закона РФ № 323-ФЗ установлена обязанность медицинских организаций организовывать и осуществлять медицинскую деятельность с учетом стандартов медицинской помощи: «1. Медицинская организация обязана: 2) **организовывать и осуществлять медицинскую деятельность** в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе **порядками** оказания медицинской помощи, **и с учетом стандартов медицинской помощи**».



4. В соответствие с нормой части 14 Статьи 37 Закона РФ № 323-ФЗ в состав стандарта включены: - перечень медицинских **услуг для постановки диагноза**,

- перечень медицинских услуг для **осуществления лечения и контроля за лечением.**

5. Частью 3 статьи 80 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» Закона РФ № 323-ФЗ устанавливается государственная гарантия БЕСПЛАТНОСТИ оказания медпомощи с учетом стандартов:

*«3. **При оказании медицинской помощи** в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи **не подлежат оплате за счет личных средств граждан:** 1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, по медицинским показаниям на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи».*

КАК ответить на вопрос: «Что платно, что бесплатно»?

Исключительно по стандарту: все, что включено в стандарт - БЕСПЛАТНО

**СУД ВСЕГДА БУДЕТ ВЫНОСИТЬ РЕШЕНИЕ
на основе нормативных актов!**



ПЛЕНУМ ВЕРХОВНОГО СУДА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 15 ноября 2022 г. N 33
О ПРАКТИКЕ ПРИМЕНЕНИЯ СУДАМИ НОРМ
О КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА

48. Медицинские организации, медицинские и фармацевтические работники государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения несут ответственность за нарушение прав граждан в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью гражданина при оказании ему медицинской помощи, при оказании ему ненадлежащей медицинской помощи и обязаны компенсировать моральный вред, причиненный при некачественном оказании медицинской помощи ([статья 19](#) и [части 2, 3 статьи 98](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

Разрешая требования о компенсации морального вреда, причиненного вследствие некачественного оказания медицинской помощи, суду надлежит, в частности, установить, были ли приняты при оказании медицинской помощи пациенту все необходимые и возможные меры для его своевременного и квалифицированного обследования в целях установления правильного диагноза, соответствовала ли организация обследования и лечебного процесса установленным порядкам оказания медицинской помощи, стандартам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), повлияли ли выявленные дефекты оказания медицинской помощи на правильность проведения диагностики и назначения соответствующего лечения, повлияли ли выявленные нарушения на течение заболевания пациента (способствовали ухудшению состояния здоровья, повлекли неблагоприятный исход) и, как следствие, привели к нарушению его прав в сфере охраны здоровья.

ОТВЕТЫ НА ЭТИ ВОПРОСЫ СУДА -
смотри в Клинических рекомендациях и стандартах



Любое управление, в т.ч. здравоохранением и качеством медпомощи, подразумевает сочетание грубой и точной (тонкой) регулировки.

Критерии оценки качества формируются, как грубое управление качеством, как самые грубые требования КР, не исполнение которых неизбежно приведет к неблагоприятному исходу. Применение критериев оценки качества на практике в экспертной деятельности невозможно без детальных точных формулировок КР, которые часто выступают в качестве условий исполнения критериев оценки качества. Например, критерий оценки при ЗНО «применена химиотерапия и/или таргетная терапия, и/или иммунотерапия» требует в качестве условия исполнения точных рекомендаций по выбору конкретных препаратов из текста КР. При этом неисполнение указанного выше критерия оценки качества при ЗНО неминуемо приведет больного ЗНО к смерти.

КР – совокупность точных регулировок управления качеством - требований, не исполнение которых приведет к повышению риска прогрессирования заболевания и/или повышению риска возникновения осложнения или нового заболевания.

МЕТОДОЛОГИЯ И ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Н.И. Гришина, А.А. Старченко

Основные нарушения при оказании медицинской помощи больным COVID-19. Первоочередные меры по снижению смертности от коронавирусной инфекции

Минздрав РФ использовал наш метод определения Дефектуры по ВМР

Заместитель Министра здравоохранения
Российской Федерации

Олег Владимирович Гриднев

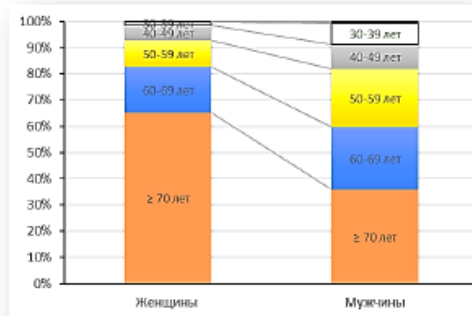
16 сентября 2020 года

Структура и причины летальных исходов среди заболевших COVID-19

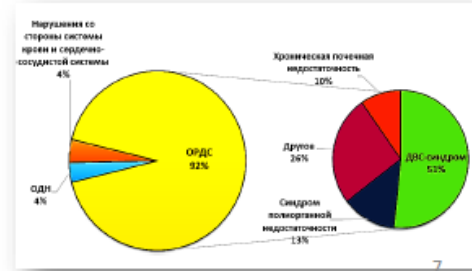
Основные причины летальности от COVID-19 и внебольничных пневмоний

- Позднее обращение за медицинской помощью и позднее начало противовирусной терапии;
- Поздняя госпитализация, неправильная маршрутизация;
- Несвоевременное начало системной противовоспалительной терапии;
- Несвоевременное начало и неправильный выбор антибактериальной терапии;
- Неэффективная антитромботическая терапия;
- Несвоевременное начало и неправильный выбор респираторной поддержки.

Возрастно-половая структура умерших от COVID-19



Структура осложнений среди умерших от COVID-19



Обращение Всероссийского Союза Пациентов к Президенту РФ В.В. Путину от 16.12.2024

Клинические рекомендации являются

- основой оказания медицинской помощи и системы здравоохранения в целом
- гарантом получения доступной и качественной медицинской помощи
- источником технологий диагностики, лечения и профилактики заболеваний
- механизмом внедрения инновационных методов диагностики и лечения
- инструментом образования для современного врача
- базисом для формирования стандартов, порядков и тарифов медицинской помощи

ВСП выражает несогласие с выводом КР из предмета контроля (экспертиз) качества медицинской помощи.

Замена Клинических рекомендаций Критериями оценки качества не позволит контрольно-надзорным органам осуществлять полноценное рассмотрение случаев оказания медпомощи с оценкой правильности и своевременности выполнения лечебно-диагностических мероприятия, а также достижения запланированного результата лечения. Критерии оценки качества вообще не затрагивают профилактику и реабилитацию, не позволяют оценить правильность выполнения медицинских технологий.

Отказ от Клинических рекомендаций - серьёзный вызов всей системе государственного контроля качества и безопасности медицинской помощи



ВСП обращается с просьбой

- учесть данную позицию и взять на личный контроль подготовку спорных нормативных актов;
- предусмотреть сохранение КР в качестве основы экспертизы качества и государственного контроля качества и безопасности медпомощи;
- сформировать межведомственную рабочую комиссию с участием органов исполнительной и законодательной власти, медицинского сообщества, СМО и организаций пациентов для обсуждения и подготовки нормативных документов по вопросам ЭКМП, а так же роли КР в качестве инструмента оказания гражданам доступной медпомощи надлежащего качества;
- выдвинуть инициативу издания порядка применения КР на уровне Постановления Правительства РФ, что позволит повысить ответственность чиновников и создаст основу координации с правоохранительными и судебными органами.



**КОНСТИТУЦИОННЫЙ СУД РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**
ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 31 января 2025 г. N 4-П



КОНСТИТУЦИОННЫЙ СУД
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В системе действующего правового регулирования конкретные формы и способы удовлетворения медицинских нужд потерпевшего, связанных с повреждением его здоровья, устанавливаются специальным документом - клиническими рекомендациями ([пункт 23 части 1 статьи 2](#), [пункт 4 статьи 10](#), [статья 37](#) Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

Они содержат основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи. Такие рекомендации разрабатываются по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) с указанием медицинских услуг, предусмотренных [номенклатурой](#) медицинских услуг.

Следование клиническим рекомендациям среди прочего призвано обеспечить соблюдение конституционно значимых стандартов доступности и качества медицинской помощи для граждан ([статья 72](#), [пункт "ж" части 1](#), Конституции Российской Федерации; [пункт 4 статьи 10](#) Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

«> КАКОВЫ ПУТИ? Уже в 2014 году СМО указывали на важность института Клинических рекомендаций, как главного краеугольного камня здравоохранения



Такой подход предоставляет возможность ответственным руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации утвердить локальные нормативные акты субъекта РФ об особенностях оказания медицинской помощи в конкретном субъекте РФ с обязательным включением в данный нормативный акт:

— перечня нозологических форм в соответствии с ч. 16–19 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ (заболевание, состояние, основное заболевание, сопутствующее заболевание), курация (диагностика, лечение, профилактика, реабилитация) которых разрешена на уровне конкретной отдельной медицинской организации субъекта РФ в соответствии с требованиями, обеспечивающими доступность, своевременность и качество оказания медицинской помощи пациенту;

О ДИАЛЕКТИКЕ КАТЕГОРИЙ
«СТАНДАРТ», «ПРОТОКОЛ»,
«ПОРЯДОК» МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ДИАЛЕКТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ
СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ПОРЯДКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ И КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

— правил направления, перевода и медицинской эвакуации больных конкретными нозологическими формами (состояниями, заболеваниями) с целью консультации, диагностики, лечения, профилактики и реабилитации из конкретной медицинской организации одного этапа оказания медицинской помощи на другой, вышестоящий этап с соблюдением требований своевременности оказания медицинской помощи и учетом соразмерности временного, пространственного и транспортного факторов для ее оказания.



Статьей 10 Закона РФ № 323-ФЗ установлено:

«Статья 10. Доступность и качество медицинской помощи. Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

4) применением порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи.

10) применением телемедицинских технологий.

Связующим звеном, реализующим исполнение требований по доступности и качеству МП из порядков, стандартов и клинических рекомендаций, является:

Маршрутизация – целенаправленная медицинская деятельность по утверждению и реализации нормативных актов органов управления здравоохранением, предусматривающих порядок направления пациентов в определенные компетентные медицинские организации соответствующего уровня (1-3) по профилю имеющегося у пациента заболевания с профилактической, диагностической, консультационной, лечебной и реабилитационной целями в установленные сроки, обеспечивающая своевременность оказания медпомощи, правильный выбор методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также оптимальную степень достижения запланированного результата на основе Клинических рекомендаций.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ:

1) внести в законодательство определение маршрутизации;

2) утвердить в законодательстве в качестве медико-правового источника формирования маршрутизации Клинические рекомендации, т.к. маршрутизация – это пошаговая реализация требований КР по диагностике, лечению, реабилитации



Клинические рекомендации – главный медико-правовой документ для утверждения в субъекте РФ нормативного акта о маршрутизации

ПРЕДЛОЖЕНИЕ:

С целью реализации права граждан на своевременную доступную МП надлежащего объема и качества – конституционного равноправия граждан вне зависимости от территории проживания и страхования и с целью реализации нормы пункта «ж» части 1 статьи 72 Конституции РФ – «координация вопросов здравоохранения с целью обеспечения оказания доступной и качественной МП»

Внести в

Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи (приказ МЗ и СР РФ от 15.05.2012 N 543н

Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям (приказ МЗ РФ от 07.03.2018 N 92н)

Положение об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (приказ МЗ РФ от 02.12.2014 N 796н)

НОРМУ : *«Органы исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов РФ на основе порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций утверждают нормативные правовые акты, в т.ч. с обязательствами для каждой МО:*

- с перечнями нозологических форм, курация которые предусматривает только диагностические мероприятия;*
- с перечнями нозологических форм, курация которые предусматривает и диагностические и лечебные мероприятия;*
- маршрутизацию пациентов между указанными МО, в т.ч. межтерриториально в другие субъекты РФ и в Федеральные МО».*



ИДЕНТИФИКАЦИЯ И МОНИТОРИНГ РИСКОВ ПО КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ:

- 1) консенсусное единство экспертной практики до проведения экспертных мероприятий;**
- 2) массовая экспертиза в кратчайшие сроки;**
- 3) выводы экспертизы - реперные точки, имеющие решающее значения для качества и исхода;**
- 4) выводы экспертизы, признаваемые всеми участниками и субъектами ОМС с единым толкованием без необходимости последующих судебных споров или их неэффективности**

ИНСТРУМЕНТ:

Координационный совет по защите прав граждан в сфере здравоохранения и ОМС устанавливает КОНСЕНСУС между экспертами системы ОМС, МО и РЗН – по конкретному правоприменению тезисов Клинических рекомендаций, в т.ч. протоколы лечения для конкретного уровня МП, дефекты с трактовкой (толкователь) и маршрутизации.



Риск-ориентированный подход экспертной деятельности ОМС и судебной практики опирается на

1. Приказ МЗ РФ от 31.07.2020 г. N 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

2. Практические рекомендации Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике и стационаре). Версия 2

Минздравом России и Росздравнадзором выделен Базовый перечень направлений внутреннего контроля, связанных с риском для пациента и, следовательно, значимый для экспертной деятельности СМО:

Лекарственная безопасность. Фармаконадзор;

Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами;

Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений;

Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;

Преемственность организации медицинской помощи. Передача ответственности за пациента.

Организация экстренной и неотложной помощи.

Диспансерное наблюдение за хроническими больными.

Соответствие оказываемой медицинской помощи клиническим рекомендациям (протоколам лечения)



4. Эпидемиологическая безопасность

(профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП))

4.10.1.1. Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) инвазивных вмешательств, включая:

Катетеризации центральных сосудов; - Искусственной вентиляции легких и др.

4.10.1.3. Исполнение алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) проведения инвазивных вмешательств

5. Лекарственная безопасность.

5.9.1.1. Наличие алгоритмов (СОПов) назначений ЛП, включая правила "5 П":

- Правильный ЛП ; - Правильная доза ; - Правильный путь введения; - Правильное время применения (введения); - Правильно идентифицированный пациент

5.12.1.1. Наличие алгоритмов (СОПов) оценки эффективности лекарственной терапии, включая

- Определение целевых показателей эффективности (например, жалобы, выраженность симптомов, результаты лабораторных и других диагностических тестов и т.д.)
- Порядок действий медицинских работников при отсутствии ожидаемого эффекта.



Около 80% врачей не знают точных противопоказаний к назначению препарата
[д.м.н. Якушин М.А. и др., 2023, заведующий курсом гериатрии кафедры общей врачебной
практики (семейной медицины) МОНИКИ].

18 января 2023 г. Апелляционное определение Омского областного суда.

Родители К. обратились с иском к Омскому онкодиспансеру и онкологу П. с иском о компенсации морального вреда (по 2 млн. руб.), причиненного смертью дочери. Постановлением Центрального райсуда Омска от 25.02.2021 уголовное дело по ч. 2 ст. 109 УК РФ, **прекращено в связи с истечением сроков давности.**

Заключением СМЭ установлено, что **причиной смерти дочери явилось отравление препаратом «Лидокаин» от передозировки при проведении местной анестезии**, которая осложнилась острой сердечно-сосудистой недостаточностью, судорожным синдромом, клинической смертью, постреанимационной болезнью с очаговым некрозом головного мозга, что непосредственно привело к смерти, имеется причинно-следственная связь с наступлением смерти, имеет место причинение тяжкого вреда здоровью по признаку опасности для жизни вследствие расстройства жизненно важных функций организма, повлекшего смерть.

В заключении эксперты пришли к выводу, что отравление препаратом «Лидокаин» в следствие передозировки находится в причинно-следственной связи с наступлением смерти. Развитие острой сосудистой недостаточности с наступлением клинической смерти в результате отравления препаратом расценивается как причинение тяжкого вреда здоровью по признаку опасности для жизни в следствие расстройства жизненно важных функций организма, повлекшего смерть.

В ходе проверки клинического случая установлено, что **обследование, необходимое для проведения оперативного вмешательства, не проводилось, отсутствуют медицинская документация, направление, информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство, а также стандартная медицинская документация, используемая в онкодиспансере.**

Суд, изучив инструкцию препарата «Лидокаин», пришел к выводу о том, что смерть наступила в результате действий дежурного врача Онкодиспансера П., допустившего при проведении операционного вмешательства передозировку анестетика «Лидокаин».

7. Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре.

7.5. В медицинской организации обеспечивается своевременность оказания помощи при поступлении/обращении пациента в стационар

7.5.2. Наличие и соблюдение временных нормативов/целевых показателей при экстренном поступлении

7.5.2.1. Наличие утвержденного перечня временных нормативов/целевых показателей при экстренном поступлении/обращении в стационар (этапов госпитализации), включая следующие этапы:

- До первичного осмотра врача приемного отделения;
- До осмотра консультантом;
- До получения результата тестирования/обследования;
- До начала терапии (например, введение антибиотиков);
- В соответствии с клиническими рекомендациями по оказанию помощи при некоторых состояниях (например, ОНМК, ОКС и т.д.);
- До перевода в клиническое отделение/операционную/отделение реанимации;
- До отказа в госпитализации и направления на амбулаторное лечение

7.5.2.2. Наличие документально установленных свидетельств соблюдения временных нормативов/целевых показателей при экстренном поступлении.



7.8. Медицинская организация обеспечивает готовность работников к оказанию экстренной помощи.

7.8.1. Организация оказания экстренной помощи

7.8.1.1. Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) оказания экстренной помощи в соответствии с профилями оказания помощи, а также с учетом возможных экстренных ситуаций (например, для взрослых пациентов в детских клиниках), включая:

- Сердечно-легочная реанимация;
- Анафилактический шок;
- Гипертонический криз;
- Гипертермия;
- Гипогликемическая кома - и т.д.

7.8.1.3. Исполнение алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) оказания экстренной помощи, включая наличие навыков работы в команде.

ИСТОЧНИК : Клинические рекомендации



7.8. Медицинская организация обеспечивает готовность работников к оказанию экстренной помощи.

7.8.1. Организация оказания экстренной помощи

7.8.1.1. Наличие алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) оказания экстренной помощи в соответствии с профилями оказания помощи, а также с учетом возможных экстренных ситуаций (например, для взрослых пациентов в детских клиниках), включая:

- Сердечно-легочная реанимация;
- Анафилактический шок;
- Гипертонический криз;
- Гипертермия;
- Гипогликемическая кома - и т.д.

7.8.1.3. Исполнение алгоритмов (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) оказания экстренной помощи, включая наличие навыков работы в команде.

ИСТОЧНИК : Клинические рекомендации



МНОГОЛЕТНИЕ потенциальные «криминальные» медицинские услуги в практике анестезиолога-реаниматолога:

1. Пункция и катетеризация центральной вены (чаще подключичная): пневмоторакс и гемоторакс – тяжкий вред здоровью (приказ МЗ и СР РФ № 194н)

Методическое руководство МЗ РФ «Венозный доступ» (2019)

5.11. Алгоритм постановки центрального венозного катетера (манипуляция врача-анестезиолога-реаниматолога - рентгенодиагностический контроль внутрисосудистого расположения катетера.

Повторный рентгенологический контроль необходимо проводить для оценки состояния органов грудной клетки в первые сутки после введения ЦВК по клиническим показаниям (в том числе при выявлении нарушения функции органов грудной клетки после осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации пациента - на усмотрение лечащего/дежурного врача).



Клинические рекомендации по проведению катетеризации подключичной и других центральных вен

коды медицинских услуг: A11.12.001; A11.12.001.001

Год утверждения (частота пересмотра): (пересмотр каждые 3 года)

ID:

URL:

Профессиональные ассоциации:

- Общероссийская общественная организация Федерация анестезиологов-реаниматологов

Наиболее частым осложнением катетеризации внутренней яремной вены являются непреднамеренная пункция сонной артерии с последующим образованием гематомы (до 8–10% без УЗ-контроля), подключичной вены — пневмоторакс (до 1–3%), а катетеризация бедренной вены наиболее часто осложняется флеботромбозами [3–5, 14, 16–18].

Частота осложнений катетеризации центральных вен увеличивается в шесть раз, если один и тот же врач выполняет подряд более трех попыток на одном и том же сосуде

5. Диагностика положения катетера

- Корректное внутривенное положение катетера рекомендуется подтверждать следующими методами [8 –13, 15, 20, 22, 23]:

- Свободный обратный ток венозной крови (контроль газового состава крови и/или прямой контроль давления крови при оценке в динамике) (Уровень убедительности рекомендаций – D).
- Рентгенологический метод (Уровень убедительности рекомендаций – D).
- Ультразвуковой контроль (Уровень убедительности рекомендаций – D).
- Рентгеновская компьютерная томография (Уровень убедительности рекомендаций – C).

Уровень достоверности доказательств Па.

Комментарии

Рентгенологический метод верификации расположения катетера внутри сосуда и глубины его стояния эффективен, если катетер является рентген-контрастным [13, 22]. При обзорной рентгенографии в прямой проекции тень катетера должна находиться в проекции верхней или нижней полой вены. При наличии катетера, не предназначенного для проведения гемодиализа, в верхней полой вене его кончик должен находиться как минимум на 2 см выше верхней границы правого предсердия (уровень IV грудного позвонка). Допускается нахождение катетеров, установленных через левые брахиоцефальные вены в проекции левого венозного плечеголового ствола (безымянная вена). Допускается более глубокое положение катетеров для гемодиализа (в проекции правого предсердия), что обусловлено потребностью в высокой скорости потока крови [12, 15].

УЗ-контроль не может полностью устранить риск осложнений при катетеризации центральных вен, особенно, при затегании вены на глубине более 2 см. Владение данным методом, помимо соответствующей подготовки оператора, требует обеспечения круглосуточной прямой доступности к соответствующему оборудованию [8



Потенциальные «криминальные» медицинские услуги в практике анестезиолога-реаниматолога:

2. Интубация трахеи с интубированием пищевода или невозможность интубации - невыполнение коникотомии (трахеотомии) - **аноксическая кома – тяжкий вред здоровью.**
3. Повреждение глотки, трахеи и пищевода при интубации – **тяжкий вред здоровью.**
4. Действия и БЕЗДЕЙСТВИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К РЯДУ ПОСЛЕДСТВИЙ:
 - отсутствие надлежащего наблюдения за пациентом – аноксия;
 - тяжелый шок: геморрагический, анафилактический , анафилактоидный и др.;
 - сепсис, флегмона, перитонит, плеврит;
 - ОНМК, отек мозга.
5. ОТКАЗ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОРИТ при сепсисе, тяжелой ДН, ОНМК, ОКС.
6. Участие в определении транспортабельности пациента в нижестоящие или равно-компетентные МО.



8. Преемственность медицинской помощи

8.4.1.1. Наличие алгоритмов (СОПов) перевода пациентов внутри МО, включая:

- Госпитализация/перевод В и ИЗ АРО/ОРИТ/ПИТ
- Перевод в клинические отделения
- Перевод в операционный блок В и ИЗ операционного блока

8.4.1.3. **Исполнение алгоритмов** (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) перевода пациентов внутри МО

8.6.1.1. Наличие алгоритмов (СОПов) передачи клинической ответственности за пациента по дежурству, включая:

- Определение тяжелого пациента; - Кратность осмотров дежурными медицинскими работниками
- Порядок оформления медицинской документации (количество и объем записей).

8.6.2. Организация мониторинга состояния пациентов

8.6.2.1. **Наличие алгоритмов** (СОПов) организации мониторинга состояния пациентов, включая:

- Определение критических значений ключевых показателей жизнедеятельности
- Алгоритмы действий дежурных медицинских работников при ухудшении состояния пациентов
- Наличие листов наблюдений за состоянием пациентов, чек-листов

8.6.2.4. **Исполнение алгоритмов** (СОПов, инструкций и других локальных актов в соответствии с выбором МО) организации мониторинга состояния пациентов.



13.4.1. Организация лечебно-диагностического процесса в соответствии с клиническими рекомендациями

13.4.1.1. Наличие документально установленных свидетельств (подтверждений) осуществления лечебно-диагностического процесса в соответствии с клиническими рекомендациями

14. Обеспечение принципов пациентоцентричности при осуществлении медицинской деятельности

14.2.2.3. Наличие и использование в МО индивидуального плана лечения пациента, включающего цели лечения, желаемые результаты лечения и/или ухода, назначенные и выполненные исследования, процедуры, лекарственные препараты, разработанного с учетом оценки потребностей и мнения пациента, результатов исследований на основе клинических рекомендаций.