



Министерство здравоохранения  
Московской области  
**ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского**  
**КАФЕДРА анестезиологии и реанимации ФУВ**  
Московское областное региональное отделение  
**ООО «Федерация анестезиологов и  
реаниматологов»**



Всероссийская  
научно-практическая  
конференция  
**«Избранные вопросы  
анестезиологии, реаниматологии  
и интенсивной терапии»,**

посвященная 60-летию анестезиолого-реанимационной  
службы ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

**«Современные тенденции  
медицинского права в системе ОМС  
в приложении к анестезиологии и реаниматологии»**

**Старченко А.А., д.м.н., профессор**

**Москва  
04-05.04.2024 г.**



**ТЕНДЕНЦИЯ 1: ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИЯ СТАТЬИ  
238 УК РФ В ОТНОШЕНИИ ВРАЧЕЙ**

**Ст. 238. Оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности**

**Часть 2.** в) повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека, - наказываются штрафом в размере от 100 до 500 тыс. руб. или в размере заработной платы, либо принудительными работами на срок до пяти лет, либо лишением свободы на срок до шести лет со штрафом в размере до 500 тыс. руб. или в размере заработной платы или без

такового.

«20» МАРТА 2024 г.

№ 65-02.13/ААТ

Проект

№ 580179-8

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН**

**О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статью 1 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»**

**Статья 1**

Внести в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание

1) в части 1 статьи 2:

а) в пункте 3 слова «предоставление медицинских услуг» заменить словами «выполнение медицинского вмешательства или комплекса медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение»;

б) пункт 4 изложить в следующей редакции:

«4) медицинская услуга – наименование медицинского вмешательства или комплекса медицинских вмешательств, используемое в целях финансового обеспечения оказания гражданам медицинской помощи и санаторно-курортного лечения, лицензирования медицинской деятельности, статистического наблюдения в сфере здравоохранения, а также в номенклатурах в сфере здравоохранения, для формирования клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи»;

2) статью 3 дополнить частью 12 следующего содержания:

«12. Отношения, возникающие при оказании гражданам медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, регулируются положениями настоящего Федерального закона, за исключением правоотношений, регулируемых иными

#### ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

законодательными актами.» к проекту федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статью 1 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»

Еще одним важным обоснованием является то, что следствием подмены терминов «услуга» и «медицинская помощь» в Федеральном законе от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» стало применение к медицинской деятельности в уголовно-правовых отношениях статьи 238 Уголовного кодекса Российской Федерации (далее – УК РФ).

Наиболее часто против медицинских работников возбуждаются уголовные дела по статьям 109 и 118 УК РФ (причинение смерти по неосторожности и причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности). Однако в последнее время стала формироваться практика привлечения врачей к уголовной

ответственности по статье 238 УК РФ «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности».

Основной причиной формирования практики применения к медицинской деятельности статьи 238 УК РФ является то, что медицинская помощь определена через услугу.

Суды, рассматривая данную категорию дел, в большинстве случаев ссылаются на нормы Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», устанавливающие понятие «медицинская услуга» (к примеру, кассационное определение Четвертого кассационного суда общей юрисдикции от 3 марта 2022 года № 77-1044/2022). На практике это приводит к осуждению врачей не за совершение врачебной ошибки, а за якобы умышленное несоблюдение требований к оказанию конкретного вида медицинской услуги. Срок давности привлечения к уголовной ответственности по статье 238 УК РФ составляет до 10 лет, наказание – до 10 лет лишения свободы.

Предлагаемые законопроектом положения позволят ограничить применение статьи 238 УК РФ в отношении медицинских работников, сохранив при этом ответственность медицинской организации перед пациентом за исполнение своих обязательств, определенных законодательно.

## ТЕНДЕНЦИЯ 2: ПОРЯДКИ, СТАНДАРТЫ

# И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ – ИСТОЧНИК ПРАВА И РЕШЕНИЯ СУДА

Приложение N 29

к **Порядку проведения судебно-медицинской экспертизы,**  
**Утв. приказом МЗ РФ от 25 сентября 2023 г. N 491н**

## ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА

### **6. При проведении экспертизы по делам о качестве медицинской помощи изучаются:**

- материалы уголовных, гражданских дел, материалы проверок сообщений о преступлениях, материалы административных дел;
- оригиналы медицинских документов на бумажных носителях и (или) в виде электронных документов;
- заверенные копии медицинских документов на бумажных носителях (в случае невозможности представления оригиналов, о чем орган или лицо, назначившее экспертизу, уведомляет руководителя судебно-экспертной организации);
- результаты лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных диагностических исследований, представленные на бумажных носителях и (или) в виде электронных документов, в том числе рентгенограммы, рентгеновские компьютерные томограммы, магнитно-резонансные томограммы, результаты выполнения других лучевых исследований, с обязательным их описанием в отдельном разделе заключения эксперта;
- гистологические препараты (микропрепараты, парафиновые блоки, влажный архив) прижизненного биопсийного и операционного материала, а также органов и тканей трупа;
- иные материалы, представленные органом или лицом, назначившим экспертизу.

**7. Перечень других экспертов,** привлекаемых к проведению экспертизы по делам о качестве медицинской помощи, определяет эксперт-организатор в зависимости от специальности.

**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.**

**НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ КР ФАР И СМЕЖНЫХ АССОЦИАЦИЙ!**



**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

23.05.2023 № 31-1/3037040-311

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

Приложение к приказу МЗ РФ от 27 июля 2023 г. N 392н

**ПОРЯДОК ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О РЕАКЦИЯХ И ОБ ОСЛОЖНЕНИЯХ, ВОЗНИКШИХ  
У ДОНОРОВ В СВЯЗИ С ДОНАЦИЕЙ ДОНОРСКОЙ КРОВИ И (ИЛИ) ЕЕ КОМПОНЕНТОВ, В ФМБА**

**4. Виды реакций и (или) осложнений у доноров, обусловленные донацией:**

- 1) вазовагальные реакции: - коллапс; - синкопальное состояние (обморок); - гипервентиляционный синдром;
- 2) **местные реакции и осложнения, связанные с пункцией**: - пункция нерва; - пункция артерии; - перфорация вены; - паралич руки, связанный с прижатием локтевого нерва;
- 3) **реакции, связанные с аферезом**: - цитратная реакция; - воздушная эмболия; - циркуляторная перегрузка;
- 4) **аллергические реакции и осложнения**: - анафилаксия; - анафилактический шок;
- 5) **кардиоваскулярные осложнения**: - острый коронарный синдром; - остановка сердца;
- 6) смерть донора.

Утверждаю Заместитель МЗ РФ А.Н.ПЛУТНИЦКИЙ

**ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ  
НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
ВЕРСИЯ 18 (26.10.2023)**

**ТЕНДЕНЦИЯ 4: МЕДДОКУМЕНТАЦИЯ – ДОКАЗАТЕЛЬСТВО,  
И ИЗЫМАЕТСЯ ЗА 4 ЧАСА**

**Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа  
от 21 сентября 2022 г. по делу N А74-12/2022**

**МЕДКАРТА В приемном отделении МО при оказании медпомощи ЗАВОДИТСЯ!**

14.11.2021 в 01:08 отделение Республиканской детской клинической больницы Хакасии на основании приказа от 02.07.2021 N 807 "О временной маршрутизации детского населения Республики Хакасия для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи по профилям "детская урология-андрология", "оториноларингология" (при заболевании ЛОР-органов, нуждающихся в хирургическом лечении), "нейрохирургия", "детская хирургия" и "травматология и ортопедия" в условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 в Республике Хакасия" был доставлен ребенок с подтвержденным диагнозом "новая коронавирусная инфекция COVID-19".

В 01:10 ребенок был осмотрен дежурным врачом. С 01:20 наступило прогрессивное ухудшение состояния за счет нарушения сознания. **В период с 01:20 по 01:40** проводились неоднократные попытки установки венозного катетера, мониторинги ЧСС, сердечной деятельности, АД, дача кислорода; внутримышечно введены адреналин и дексаметазон; вызвана реанимационная бригада станции скорой помощи, анестезиолог-реаниматолог больницы, повторно введены адреналин и дексаметазон, начата ИВЛ. В 01:55 прибыла реанимационная бригада скорой помощи, установлен внутрикостный доступ, продолжена сердечно-легочная реанимация. В 02:25 констатирована биологическая смерть ребенка.

Таким образом, судами установлено, материалами дела подтверждено и заявителем кассационной жалобы по существу не опровергнуто, что работниками больницы оказывалась ребенку медицинская помощь и осуществлялось медицинское вмешательство до приезда реанимационной бригады скорой помощи и, **следовательно, действия и манипуляции сотрудников больницы, а также состояние ребенка должны быть отражены в соответствующих документах (форма N 003/у "Медицинская карта стационарного больного")**.

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;

учетную форму N 003/у "**Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара**" согласно [приложению N 3](#) к настоящему приказу;

2. Медицинские организации в соответствии с [порядком](#) организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации **в форме электронных документов, применяют учетные формы и порядки их ведения, утвержденные настоящим приказом, с 1 марта 2025 г.**

**3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 марта 2023 г. и действует 6 лет со дня его вступления в силу.**

Определением ВС РФ от 04.10.2023 г. № 12-УДП23-7-К6

отменен оправдательный приговор педиатру по ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 327 УК РФ (подделка документа)

Оправдательный апелляционный приговор подлежит отмене по следующим основаниям. В результате ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей при обследовании малолетней Р., 2010 года рождения, не обеспечила ей квалифицированное лечение и **своевременно не распознала наличие у нее угрожающего жизни состояния (полиорганной недостаточности и начавшегося инфекционно-токсического шока)**, требующего немедленной госпитализации, не предприняла мер к оказанию ей экстренной помощи и не поместила ребенка в палату интенсивной терапии, а необоснованно направила ее в детскую республиканскую клиническую больницу Йошкар-Олы, где девочка, доставленная туда отцом Р. в этот же день в 13:30 часов скончалась.

Тогда же, узнав о смерти Р. и желая скрыть факт ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей, педиатр Бочарова с **целью исказить объективные медицинские данные для экстренной госпитализации потерпевшей** и придать видимость правильности своих решений и действий, собственноручно **внесла в медицинскую историю развития на имя Р., являющуюся официальным документом, заведомо недостоверные сведения о физическом состоянии потерпевшей**, дописав в "лист неотложной помощи" фразу "Положение активное" (характеризующую общее состояние ребенка) и данные пульсоксиметрии "SpO<sub>2</sub> = 96%" (уровень сатурации - насыщения крови кислородом), которая фактически не замерялась.

Выводы СМЭ: неполный осмотр педиатром, неверно установлен диагноз "острый пиелонефрит, острый аппендицит". В случае тщательного анализа жалоб и анамнеза имелась реальная возможность вовремя выявить отрицательную динамику состояния ребенка **и распознать признаки инфекционно-токсического шока** (гипертермия, жалобы на боли в мышцах, суставах, головную боль, низкие показатели АД, высокий лейкоцитоз крови, отсутствие мочи); **не выполнена** госпитализация в палату интенсивной терапии, а перевод был показан лишь после оказания экстренной помощи и стабилизации состояния пациента. Между действиями (бездействием) медицинских работников и смертью Р. имеется причинно-следственная связь.

## Ч. 2 ст. 237 УК – подделывание документа:

Лист оказания неотложной помощи с заведомо ложными сведения **вклеен не в хронологической последовательности**, а между записями хирурга, осмотревшего девочку после приема у врача-педиатра: **конец последней буквы записи "Положение активное" перешел в виде штриха на следующую страницу, где уже содержались записи хирурга, который осмотрел потерпевшую уже после ее осмотра врачом-педиатром Б.**

Факт внесения обвиняемой правок в историю развития ребенка подтвержден **и заключением почерковедческой экспертизы**, согласно которому в первоначальное содержание документа внесены изменения путем дописки надписей "Положение активное" и "SpO<sub>2</sub> = 96%", при этом выявленные различающиеся морфологические признаки свидетельствуют о выполнении записей иным пишущим устройством, а не тем, которым исполнен основной текст (либо тем же, но при отличных от первоначальных условиях письма).

Кроме того, согласно показаниям потерпевшего Р., он присутствовал в кабинете при осмотре своей дочери и категорично утверждал, что **врач Б. пульсоксиметр не применяла.**

Свидетель П. (медсестра) также пояснила, что **пульсоксиметр начал использоваться Бочаровой на приеме пациентов лишь в июне 2018 года.**

Согласно информации из медицинской организации, по состоянию на 4 апреля 2018 года, то есть день осмотра потерпевшей Р. **пульсоксиметр не входил в стандарт оснащения кабинета врача-педиатра и поступил в детскую поликлинику из терапевтического отделения только 31 мая 2018 г.**

**по вопросу самостоятельного принятия решения судами по установлению дефекта медпомощи при установлении факта подложности документа.**

А. обратилась в суд с иском о компенсации морального вреда, причиненного ей смертью матери К. по причине некачественно оказанной ей медицинской помощи в Воронежской ГКБ № 3 в декабре 2019 г. и в Воронежской ГКБ № 2 в январе 2020 г. и просила взыскать с компенсации морального вреда в размере 1 500 000 руб. и 2 500 000 руб. соответственно. Ответчики в суде иск не признали.

В деле имеется Акт ЭКМП Страховой компании «СОГАЗ-Мед» **о дефектах диагностики и сбора информации, о неправильной и несвоевременной постановке диагноза, о непроведении необходимых диагностических и лечебных процедур**, не выполнены требования Стандарта специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, утв. приказом МЗ РФ от 9 ноября 2012 N 773н: не было выполнено эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. **Поздняя диагностика и позднее выполнение операции по поводу прободения привели к смерти К. в результате септических осложнений – перитонит, сепсис.**

Решением Центрального районного суда г. Воронежа от 26 мая 2021 г. в пользу А. взысканы компенсация морального вреда в размере 50 000 руб. и 300 000 руб. и судебные расходы в размере 122 тыс. руб.

Апелляционная и кассационная инстанции оставили решение без изменения.

Судом установлено, что **медицинская карта** стационарного больного К. Воронежской ГКБ № 3 **была частично утрачена и «восстанавливалась «по памяти» медицинских работников, о чем суд и лица, участвующие в деле, в известность поставлены не были.** Вместе с тем истцом в материалы дела была представлена заверенная Воронежской ГКБ № 3 копия медицинской карты стационарного больного К., выданная ей.

**При сравнительном анализе указанных документов судом были установлены значительные расхождения в описании состояния пациента К., данных клинических анализов и результатов диагностики, проводимого лечения и иных медицинских показателей.**

**Медицинская карта К., признана судом подложным документом.**

**Верховный суд вернул дело на новое рассмотрение по причинам:**

**- Акт экспертизы СМО – самостоятельное доказательство по делу;**

**- при непредоставлении или предоставлении подложной Медкарты суд вправе признать факт ненадлежащего качества установленным.**



**КОНСТИТУЦИОННОЕ ПРАВО!**

**Определение Верховного Суда РФ от 16.05.2022 N 18-КГПР22-28-К4**

ВС РФ: Приказом МЗ РФ № 203Н утверждены критерии оценки качества МП: 2.2. наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

**ВС РФ: Из приведенных нормативных положений следует, что:**

- наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство – критерий качества медицинской помощи;
- информированное добровольное согласие пациента должно быть **получено до начала** медицинского вмешательства, оно является необходимым вне зависимости от вида медицинского вмешательства, **информация о медицинском вмешательстве должна носить исчерпывающий характер;**
- пациенту законом предоставлено право на получение в доступной для него форме информации о состоянии своего здоровья, в том числе сведений **о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи;**
- праву пациента на получение информации о состоянии своего здоровья корреспондирует **обязанность медицинской организации предоставлять пациенту достоверную и полную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях.**

**В случае невыполнения медицинской организацией названной обязанности нарушается основополагающее право пациента на охрану здоровья, гарантированное каждому Конституцией Российской Федерации.**

**Октябрьский суд Краснодара 18.10.22 г удовлетворил иск пациентки.**

# МЕТОДОЛОГИЯ ЭКСПЕРТНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РАССЛЕДОВАНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ ПО ФАКТАМ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Монография

*Издание второе, измененное и дополненное*

RU  
**science**  
RU-SCIENCE.COM  
Москва  
2021

Глава 7. Актуальные аспекты установления причинно-следственной связи в судебно-медицинских экспертных исследованиях «врачебных ошибок» ..... 158

Глава 8. Использование порядков и стандартов оказания медицинской помощи в доказывании ятрогенных преступлений ... 170

Глава 9. Несовершенство правового регулирования определения степени тяжести вреда здоровью..... 176

Глава 10. Актуальные аспекты назначения и выполнения судебно-медицинских экспертных исследований, а также проведения следственных действий при расследовании ятрогенных преступлений..... 187

10.1. Использование специальных знаний в области судебной медицины при проведении следственных действий ..... 191

10.2. Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз оказания медицинской помощи ..... 200

10.3. Порядок назначения и организации производства судебно-гистологических исследований ..... 205

10.4. Методика проведения судебно-медицинских экспертных исследований по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи ..... 208

12.5. Информированное добровольное согласие как способ профилактики поводов уголовного преследования медицинского работника ..... 236

Глава 13. Судебно-следственная оценка судебно-медицинских заключений, выполненных по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи ..... 241

13.1. Необходимость судебно-следственной оценки причинно-следственных связей в экспертных исследованиях профессиональных медицинских правонарушений ..... 241

13.2. Компетентностное разделение установления причинно-следственных связей при расследовании «врачебных» уголовных дел ..... 244

13.3. Правила оценки доказательств применительно к судебно-медицинским заключениям по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи ..... 248

## 12.5. Информированное добровольное согласие как способ профилактики поводов уголовного преследования медицинского работника

Целесообразно отметить, что механизм надлежащего информированного добровольного согласия, заложенный в ст. 20 ФЗ «Об основах ОЗГ в РФ», может являться как мерой легитимного предупреждения юридической ответственности врача, так и, в случае неправильной его реализации, причиной обращения пациента в правоохранительные органы.

При ненадлежащем информировании о рисках медицинского вмешательства во время получения добровольного согласия на последующее врачу гипотетически могут быть вменены составы умышленных

преступлений. Обусловлено это тем, что медицинское воздействие подразумевает вероятность наступления неблагоприятных последствий для пациента не только «по неосторожности», но и в некоторых ситуациях «умышленное» причинение вреда здоровью. Например, любое удаление пораженных органов может повлечь инвалидизацию человека, хирургическая операция предполагает нарушение целостности тканей и определенную кровопотерю, врач, назначая тот или иной лекарственный препарат, знает о его возможных побочных явлениях и т.п.

Во-первых, причинение вреда вмешательством, на проведение которого врачом не получено надлежащего согласия пациента, содержит признаки умышленного правонарушения. Согласно ч. 1 ст. 20 ФЗ «Об основах ОЗГ в РФ», «необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи».

Именно принятие врачом надлежащих мер, направленных на предупреждение наступления возможного вреда здоровью, исключает оценку реализовавшегося риска как представляющего общественную опасность, то есть как преступления.

Во-вторых, вне условий крайней необходимости случаи проведения медицинского вмешательства без информированного добровольного согласия, включающего, в том числе информацию о его вероятных осложнениях (событиях риска), лишают пациента возможности распоряжаться своим здоровьем, что также делает оказываемую медицинскую помощь (услугу) небезопасной по причине реальной угрозы причинения вреда здоровью и жизни пациента без его ведома.

# О П Р Е Д Е Л Е Н И Е

КОНСТИТУЦИОННОГО СУДА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

30 января 2024 года

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», являясь базовым законодательным актом, регулирующим отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, закрепляет в статье 4 в числе основных принципов охраны здоровья принцип соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечения связанных с этими правами государственных гарантий (пункт 1), приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи (пункт 2), доступность и качество медицинской помощи (пункт 6). Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является, в силу части 1 статьи 20 названного Федерального закона, дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах

Данные законоположения, равно как и пункт 21 статьи 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», содержащий определение понятия «качество медицинской помощи», а также статья 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей», устанавливающая, в частности, обязанность исполнителя своевременно предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию об услугах, обеспечивающую возможность их правильного выбора, не освобождают медицинскую организацию от обязанности по информированию пациента, в том числе о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, о возможных вариантах медицинского вмешательства и о его последствиях.

## Определение Верховного Суда РФ от 27.03.2018 г. по Делу №5-КГ18-15.

«В силу пункта 1 статьи 10 Закона РФ «О защите прав потребителей» исполнитель (врач) обязан своевременно предоставлять потребителю (пациенту) необходимую и достоверную информацию об услугах, **обеспечивающую возможность их правильного выбора,** в том числе относительно заключения договора, уплаты цены либо отказа от этого.

«Таким образом, **в качестве имеющего значение для разрешения спора обстоятельства** в соответствии с ч. 2 ст. 56 ГК РФ подлежит выяснению вопрос о том, **была ли предоставлена истцу надлежащая информация о характере медицинской помощи, наличии противопоказаний для неё, о степени вероятности достижения желаемого результата и о риске неблагоприятных последствий**».

**ТЕНДЕНЦИЯ 6: требования безопасности мед деятельности сохраняются!****АРБИТРАЖНЫЙ СУД ЦЕНТРАЛЬНОГО ОКРУГА  
ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 14 июля 2023 г. по делу N А48-10013/2021**

Проверкой установлено несоблюдение лицензиатом (соискателем лицензии) обязательных требований и условий, предусмотренных пост. Правительства РФ от 01.06.2021 N 852:

- **отсутствует помещение малой операционной** в соответствии с [приказом](#) Минздрава России от 20 октября 2020 года N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (далее - Порядок N 1130н);
- **отсутствуют** помещения минимальной структуры центра для выполнения работ (услуг) по использованию вспомогательных репродуктивных технологий: **операционная** в соответствии с [приказом](#) Минздрава России от 31.07.2020 N 803н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению" (далее - Порядок N 803н);
- не представлены документы врачей специалистов - в соответствии с [пунктом 103](#) Порядка N 1130н, **искусственное прерывание беременности осуществляется с обязательным обезболиванием на основе информированного добровольного согласия женщины, что требует наличие врача анестезиолога-реаниматолога.**

**Аналогичные выводы: АРБИТРАЖНЫЙ СУД ЦЕНТРАЛЬНОГО ОКРУГА  
ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 14 июня 2023 г. по делу N А48-7965/2021  
АРБИТРАЖНЫЙ СУД ЦЕНТРАЛЬНОГО ОКРУГА  
ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 21 марта 2023 г. по делу N А48-8612/2021**

## Критерии медицинской деятельности, не отвечающей требованиям безопасности

Безопасность медицинской деятельности – это, прежде всего, организационные усилия и деятельность руководства медицинской организации по тотальному исключению из практики условий и обстоятельств оказания небезопасных услуг пациентам.

Риск в здравоохранении является не обоснованным и медицинская услуга признается не отвечающей требованиям безопасности при следующих обстоятельствах:

1. Рискованное медицинское вмешательство не предусмотрено номенклатурой медицинских услуг: приказ МЗ РФ от 13 октября 2017 г. N 804н
2. Рискованное медицинское вмешательство выполняется медицинским работником, не имеющим допуск к его выполнению: отсутствие у исполнителя документа об образовании и/или сертификата специалиста.
3. Рискованное медицинское вмешательство выполняется за пределами специально предусмотренного, нормируемого и оборудованного помещения: хирургическая операция в перевязочной.
4. Рискованное медицинское вмешательство выполняется с нарушением требований обязательного стандарта оснащения и оборудования специально предусмотренного помещения: порядок медпомощи.

5. Применение конкретного метода диагностики или лечения осуществляется вне медицинских показаний к нему и/или при и наличии противопоказаний, в т.ч. по другим параметрам состояния здоровья пациента и сопутствующим заболеваниям.

6. Цель рискованного вмешательства может быть достигнута без риска другими вариантами вмешательств.

7. Риск развития ятрогенного осложнения, неблагоприятных последствий и смерти пациента при предлагаемом конкретном вмешательстве выше, чем риск развития неблагоприятного исхода без применения данного метода.

8. Наступление вредных последствий предлагаемого конкретного вмешательства неизбежно, а не лишь возможно.

9. Не использованы без положительного результата все менее опасные методы диагностики и лечения.

10. Врач не прогнозирует типичные возможные осложнения применяемого им метода и/или не предпринимает мер для их предотвращения, своевременного выявления и лечения.

11. Пациент не согласен на применение рискованных медицинских действий.

**Приказ МЗ РФ от 22.01.2001 г. № 12:**

**«Безопасность - отсутствие недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба».**

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;**

Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий;

**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;

**Преимственность 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. В медицинской организации обеспечивается эпидемиологическая безопасность при инвазивных вмешательствах, в том числе оперативных вмешательствах

4.10.1. Организация проведения инвазивных вмешательств

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

- Катетеризации центральных сосудов (включая этапы постановки катетера, ухода за катетером, ухода за повязкой, смены и удаления катетера, антибиотикопрофилактики)
- Катетеризации мочевого пузыря (включая этапы постановки катетера. Использование закрытой дренажной системы (или прерывистой катетеризации), ухода за катетером, смены и удаления)
- Искусственной вентиляции легких (включая этапы определения показания к интубации, экстубации, положения пациента при ИВЛ, аспирации содержимого ротоглотки, санации трахеобронхиального дерева, ухода за аппаратурой/расходных материалов)
- Трахеостомических и эндотрахеальных трубок (включая этапы постановки, ухода, смены и удаления)

## Клинический протокол или стандартная операционная процедура «катетеризация подключичной и других центральных вен» как вариант действия

© С.А. СУМИН<sup>1</sup>, В.И. ГОРБАЧЕВ<sup>2</sup>, В.В. КУЗЬКОВ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305041, Курск, Россия

<sup>2</sup>Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования — филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 664049, Иркутск, Россия

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, 163000, Архангельск, Россия

В настоящее время на федеральном уровне не имеется разработанных и утвержденных нормативных актов, посвященных оказанию большинства медицинских услуг. В соответствии с ИСО 9001—2015 «Системы менеджмента качества. Требования» и с рекомендациями Росздравнадзора в медицинских организациях должны быть разработаны соответствующие документы. Авторами создан и предлагается пакет документов, на основании которого возможна разработка локального акта (стандартной операционной процедуры либо клинического протокола) в условиях системы менеджмента качества. Каждая медицинская организация может адаптировать его в зависимости от направления своей лечебной работы и характера оказываемой помощи, подготовки персонала и технического оснащения.

*Ключевые слова:* катетеризация центральных вен, юридические аспекты в медицине, показания, противопоказания, локальный акт.

Для корреспонденции: Сумин Сергей Александрович — д.м.н., проф., зав. каф. анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, 305041, Курск. E-mail: ser-sumin@ya.ru.

Для цитирования: Сумин С.А., Горбачев В.И., Кузьков В.В. Клинический протокол или стандартная операционная процедура «катетеризация подключичной и других центральных вен» как вариант действия. *Анестезиология и реаниматология*. 2018;4: 5-14. <https://doi.org/10.17116/anaesthesiology20180415>

## 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

Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области от 27 февраля 2023 г. N 321  
"О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовой период в государственных медицинских организациях Рязанской области"

**Типовой алгоритм действий врача акушера-гинеколога и врача анестезиолога-реаниматолога в приемном отделении при поступлении беременной женщины, роженицы, родильницы с кровотечением**

Заведующему родовым отделением,  
ответственному врачу акушеру-гинекологу:

1. Идентифицировать себя.
2. Собрать анамнез и осмотреть пациентку.
3. Осмотреть зев.
4. При госпитализации пациентки - заполнить чек-лист.
5. Объяснить пациентке ход всех планируемых обследований, осмотров, медицинских манипуляций и т.д.
6. Интерпретировать данные осмотра, УЗИ матки и плода, лабораторных показателей крови, поставить предварительный диагноз, составить план ведения. Объяснить пациентке акушерскую ситуацию, информировать о данных осмотра, УЗИ и т.д.
7. Дать распоряжение операционной медсестре, дежурной акушерке развернуть операционную или родильный зал.
8. Доложить о поступлении пациентки заместителю главного врача по медицинской части и главному врачу.
9. Сопровождать пациентку на медицинской каталке из приемного отделения на лифте в родильный зал или операционную.

Транспортировку женщины проводить только при наличии связи с веной !!!

Заведующему отделением анестезиологии и реанимации, дежурному врачу анестезиологу-реаниматологу:

1. Идентифицировать себя.
2. Собрать анамнез и осмотреть пациентку.
3. Дать распоряжения медсестре-анестезисту:
  - 3.1. Катетеризировать периферическую вену.
  - 3.2. Взять анализ крови на группу крови, Rh-фактор, фенотипирование, биохимию, коагулограмму, общий анализ крови, тромбоциты. Моноветы с образцами крови в приемном отделении передать фельдшеру-лаборанту.
  - 3.3. В/в начать инфузию кристаллоидов 400 мл в сочетании с раствором Транексамовой кислоты из расчета 15 мг/кг веса.
  - 3.4. Катетеризировать мочевого пузырь и взять порцию мочи для проведения общего анализа.
4. Заведующему отделением анестезиологии и реанимации, дежурному врачу анестезиологу-реаниматологу, медсестре-анестезисту, сопровождать пациентку на медицинской каталке из приемного отделения на лифте в родильный зал или операционную.

**Типовой алгоритм действий врача акушера-гинеколога и врача анестезиолога-реаниматолога в приемном отделении при поступлении беременной женщины с гипертензивными расстройствами (САД 140 - 160 мм рт. ст., ДАД 90 - 110 мм рт. ст.)**

Заведующему родовым отделением, ответственному врачу акушеру-гинекологу:

1. Идентифицировать себя.
2. Собрать анамнез и осмотреть пациентку.
3. Дать распоряжение акушерке выдать пациентке нифедипин 10 мг per os.
4. Осмотреть зев.
5. При госпитализации пациентки заполнить чек-лист.
6. Объяснить пациентке ход всех планируемых обследований, осмотров, медицинских манипуляций и т.д.
7. Интерпретировать данные осмотра, УЗИ матки и плода, данные лабораторных показателей, сформировать предварительный диагноз. Объяснить пациентке акушерскую ситуацию, информировать о данных осмотра, УЗИ и т.д.
8. Дать распоряжение акушерке приемного отделения выписать бланки анализов, транспортировать пациентку на медицинской каталке в ПИТ/ акушерское отделение патологии беременности/ родильный зал/ операционную.
9. Доложить о поступлении пациентки заместителю главного врача по медицинской части и главному врачу.
10. Сопровождать пациентку при транспортировке.

Транспортировку женщины проводить только при наличии связи с веной !!!

11. Сообщить о ситуации и вызвать на себя бригаду ДАКЦ ГБУ РО "Областной клинический перинатальный центр".

**Заведующему отделением анестезиологии и реанимации, дежурному врачу анестезиологу-реаниматологу:**

1. Идентифицировать себя.
2. Собрать анамнез и осмотреть пациентку.
3. Дать распоряжения медсестре-анестезисту:
  - 3.1. Катетеризировать периферическую вену
  - 3.2. Взять анализ крови на группу крови, Rh-фактор, фенотипирование, биохимию, коагулограмму, общий анализ крови, тромбоциты. Моноветы с образцами крови в приемном отделении передать фельдшеру-лаборанту.
  - 3.3. В/в болюсно ввести 16 мл 25% раствора сульфата магния (4 г.) шприцем медленно в течение 10 - 15 минут, затем продолжить титрование со скоростью 4 мл/ ч.
4. Заведующему отделением анестезиологии и реанимации, дежурному врачу анестезиологу-реаниматологу, медсестре-анестезисту сопровождать пациентку на медицинской каталке из приемного отделения на лифте в ПИТ/ акушерское отделение патологии беременности/ родильный зал/ операционную.

**Типовой алгоритм действий медицинского персонала в родовом отделении при возникновении раннего послеродового кровотечения у женщины после самопроизвольных родов**

**4. Заведующему отделением анестезиологии и реанимации, дежурному врачу анестезиологу-реаниматологу:**

4.1. Совместно с заведующим родовым отделением, ответственным врачом акушером-гинекологом осмотреть родильницу, оценить степень тяжести состояния, объем кровопотери и составить план ведения.

4.2. Вызвать врача трансфузиолога (телефон).

4.2. Дать распоряжение медсестре-анестезисту:

4.2.1. Установить второй в/в катетер (14 - 16G)

4.2.2. Провести инфузию раствором кристаллоидов 500 мл, введение транексамовой кислоты из расчета 15 мг/кг веса, введение окситоцина 10 - 20 ед. на 50 мл 0,9% раствора натрия хлорида со скоростью 12,5 мл/час через инфузомат.

4.2.3. Провести внутривенное введение анестетиков при ручном обследовании полости матки или ушивании разрывов мягких тканей.

4.2.4. Включить аппарат ИВЛ, провести подготовку к проведению интубационного наркоза в случае лапаротомии.

	<b>АО «Национальный научный кардиохирургический центр»</b>	<b>Название документа</b>	Код:
			Редакция: 1

Стандартные операционные процедуры	
Микробиологические методы исследования отделяемого открытых инфицированных ран.....	88 - 89
Стандартные операционные процедуры	
Процедура при проведении эзофагогастродуоденоскопии.....	90 - 93
Стандартные операционные процедуры	
Процедура при проведении фибробронхоскопии.....	94 - 96
Стандарт операционной процедуры	
Программа проведения суточного мониторинга артериального давления.....	97 - 98
Стандарт операционной процедуры	
Программа проведения тредмил теста.....	99 - 100
Стандарт операционной процедуры	
Программа проведения суточного мониторинга ЭКГ.....	101 - 102
Стандарт операционной процедуры	
Программа проведения стресс-эхокардиографии.....	103 - 104
Стандарт операционной процедуры	
Программа проведения чреспищеводной эхокардиографии.....	105 - 106
Стандарт операционной процедуры	
Программа проведения УЗИ исследования.....	107- 108
Стандарт операционной процедуры	
Программа проведения эхокардиографии.....	109 - 110
Стандарт операционной процедуры	
Программа проведения спирографии.....	111 - 112
Стандартные операционные процедуры	
Экстубация трахеи.....	113 -114
Стандартные операционные процедуры	
Интубация трахеи.....	115 - 117
Стандартные операционные процедуры	
Уход за дыхательными путями в условиях искусственной вентиляции легких.....	118 – 120
Стандартные операционные процедуры	
Подготовка палаты для приема пациента после трансплантации сердца.....	121 – 122
Стандарт операционной процедуры	
Организация измерения отеков конечностей.....	123 - 126
Стандартные операционные процедуры	
Этапы операции при протезировании аортального клапана.....	127 - 129
Стандартные операционные процедуры	
Принцип работы с аппаратом искусственного кровообращения Stockert S5.....	130 - 131

	<b>АО «Национальный научный кардиохирургический центр»</b>	<b>Название документа</b>	Код:
			Редакция: 1

Стандартные операционные процедуры	
Операционное отделение с лабораторией вспомогательного кровообращения.....	132 – 134
Стандартные операционные процедуры	
Принцип работы аппарата Cardioblade 68000.....	135 - 136
Стандартные операционные процедуры	
Этапы операции при протезировании митрального клапана.....	137 - 139
Стандартные операционные процедуры	
Принцип работы электрохирургического генератора Force EZ-8C.....	140 - 142
Стандартные операционные процедуры	
Техника накрывания стерильного стола.....	143 - 144
Стандартные операционные процедуры	
Техника обкладывания пациента стерильным операционным бельем.....	145
Стандартные операционные процедуры	
Техника обработки операционного поля.....	146
Стандартные операционные процедуры	
Этапы операции при пластике дефекта межпредсердной перегородки.....	147 - 149
Стандартные операционные процедуры	
Этапы операции при имплантации вспомогательного устройства левого желудочка.....	150- 153
Стандартные операционные процедуры	
Этапы операции при трансплантации сердца.....	154 - 156
Стандартные операционные процедуры	
Техника надевания стерильного халата.....	157
Стандартные операционные процедуры	
Техника работы с эндо-видео оборудованием Aescularp.....	158 - 159

## **8. Преемственность медицинской помощи.**

Нарушение преемственности в оказании медицинской помощи приводит к задержкам начала лечения, потере важной клинической информации, может критически повлиять на исход лечения

### **8.4. Обеспечение безопасности при переводе пациентов внутри медицинской организации**

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.**

## 9. Хирургическая безопасность.

### Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами

9.1.1. Создание базовых условий для обеспечения хирургической безопасности

9.1.1.4. Порядок ведения пациентов в раннем послеоперационном периоде,

включая организацию палат пробуждения

9.1.1.5. **Порядок обезболивания** пациентов в послеоперационном периоде

9.4.1. **Порядок проведения осмотров врачей-специалистов перед операцией**

**9.4.1.2. Проведение осмотра врачом-анестезиологом с оформлением предоперационного эпикриза, включая определение методики анестезии.**

9.4. В медицинской организации организовано проведение предоперационного осмотра пациента и проводится оценка рисков, связанных с хирургическим вмешательством

9.4.2. Порядок оценки рисков, связанных с хирургическим вмешательством и ведения групп пациентов в соответствии со степенью рисков

**9.4.2.1. Наличие алгоритмов (СОПов) оценки рисков, связанных с хирургическим вмешательством и ведения пациентов в соответствии со степенью риска, включая:**

- Тромбоэмболические осложнения (ТЭЛА, тромбоз глубоких вен)

- Кровотечения

- Инфекционные осложнения

- Анестезиологические осложнения

9.4.2.3. Наличие МИ и ЛП для профилактики тромбоэмболических осложнений в расчетных количествах

**9.4.2.4. Наличие документально установленных свидетельств (подтверждений) проведения профилактики тромбоэмболических осложнений.**

### Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами

9.6. В медицинской организации **обеспечивается безопасность в периоперационном периоде: до, во время и непосредственно после операции.**

9.6.2.2. **Исполнение алгоритмов (СОПов) по использованию хирургического чек-листа, включая:**

- Проведение идентификации пациента
- Подтверждение информации об аллергии
- Наличие пульсоксиметра у пациента
- Наличие ЛП для анестезии в расчетном количестве
- Подтверждение оценки рисков хирургического вмешательства, факта проведения профилактики (если применимо)
- Подтверждение проведения профилактики в соответствии с алгоритмами
  
- **Подтверждение наличия и исправности оборудования (включая необходимого для оказания реанимации: кислородное оборудование, отсос, зонды и т.д.)**
- Подсчет количества инструментов и расходных материалов до ушивания раны
- Определение объема интраоперационной кровопотери
  
- **Обсуждение участниками операционной бригады**, включая врачей-хирургов и **анестезиологов**, среднего медицинского персонала **основных проблем, произошедших во время операции, особенностей ведения пациента.**

9.7.1.3. **Наличие документально установленных свидетельств исполнения алгоритмов (СОПов,) наблюдения за состоянием пациентов в условиях операционной/операционного блока, включая палату пробуждения.**

## ТЕНДЕНЦИЯ 7: моральный вред даже без причинной связи, при наличии любых дефектов

Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15 ноября 2022 г. N 33



### **«О практике применения судами норм о компенсации морального вреда»**

12. В случаях, предусмотренных законом, компенсация морального вреда осуществляется независимо от вины причинителя вреда ([пункт 1 статьи 1070](#), [статья 1079](#), [статьи 1095](#) и [1100](#) ГК РФ).

**Статья 1095 ГК РФ: Вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации об услуге, подлежит возмещению оказавшим услугу исполнителем, независимо от их вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет.**

*Рецептурный недостаток кетамина: смерть ребенка на операционном столе после введения кетамина в процессе силового разгибания контрактур мышц бедер и голени после игольчатой тенотомии ахилловых сухожилий: массированный выход калия из мышц на фоне первичной надпочечниковой недостаточности: гиперкалиемия - «сердце растекается по столу».*

15. Причинение морального вреда потерпевшему в связи с причинением вреда его здоровью во всех случаях предполагается, и сам факт причинения вреда здоровью, в том числе при отсутствии возможности точного определения его степени тяжести, является достаточным основанием для удовлетворения иска о компенсации морального вреда.

24.. Причинитель вреда вправе добровольно предоставить потерпевшему компенсацию морального вреда как в денежной, так и в иной форме, в оказании какой-либо услуги. По общему правилу, моральный вред компенсируется в денежной форме.

48. **Медицинские организации, медицинские работники государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения обязаны компенсировать моральный вред, причиненный при некачественном оказании медицинской помощи (ст. 19 и ч. 2, [3 ст. 98](#) закона N 323-ФЗ).**

**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.

**При этом на МО - ответчика возлагается обязанность доказать:**

- отсутствие вины в оказании медицинской помощи, не отвечающей установленным требованиям,
- отсутствие вины в дефектах такой помощи, способствовавших наступлению неблагоприятного исхода,
- а также отсутствие возможности при надлежащей квалификации врачей, правильной организации лечебного процесса оказать пациенту необходимую и своевременную помощь, избежать неблагоприятного исхода.

**На медицинскую организацию возлагается не только бремя доказывания отсутствия своей вины, но и бремя доказывания правомерности тех или иных действий (бездействия), которые повлекли возникновение морального вреда.**

**49. Требования о компенсации морального вреда могут быть заявлены членами семьи гражданина,** если ненадлежащим оказанием медицинской помощи этому гражданину лично им (то есть членам семьи) причинены нравственные или физические страдания.

**закон не содержит указания на характер причинной связи (прямая или косвенная (опосредованная) причинная связь) между противоправным поведением причинителя вреда и наступившим моральным вредом и не предусматривает в качестве юридически значимой для возложения на причинителя вреда обязанности возместить моральный вред только прямую причинную связь.**

**ЧЕТВЕРТЫЙ КАССАЦИОННЫЙ СУД ОБЩЕЙ ЮРИСДИКЦИИ**  
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ от 29 ноября 2023 г. N 88-33271/2023**

Решением Тихорецкого горсуда от 23 января 2023 г. по делу N 2-6/2023 в пользу каждого родителя умершей малолетней взыскана компенсация морального вреда в размере 250 000 руб.

Протокол патологоанатомического вскрытия: смерть ребенка наступила от сверхострого сепсиса неуточненной этиологии (криптогенного сепсиса), осложнившегося ДВС-синдромом и инфекционно-токсическим шоком, явившимся непосредственной причиной смерти (острый гнойный менингит, геморрагический синдром с поражением кожных покровов верхних и нижних конечностей, надпочечников, легких, отек - набухание вещества головного мозга, двусторонний гидроторакс, катаральный энтероколит, тотальная анасарка мягких тканей туловища и конечностей, паренхиматозная дистрофия внутренних органов).

Согласно заключению экспертизы качества медицинской помощи АльфаСтрахование-ОМС имела место недооценка степени тяжести состояния ребенка, поздний перевод в ОРИТ, антибактериальная терапия проводилась нерационально в низких дозах.

**Комиссией СМЭ были выявлены следующие дефекты в инфекционном отд.:** не выполнена оценка синдрома дегидратации; своевременно не распознано развитие у ребенка инфекционно-токсического шока, на наличие которого указывала соответствующая симптоматика; не выполнен лабораторный минимум; ребенок при ухудшении состояния его здоровья не был осмотрен реаниматологом, не определены показания для его перевода в отделение анестезиологии и реанимации.

**Дефекты в условиях ОРИТ:** диагноз инфекционно-токсического шока был установлен ребенку лишь спустя 2,5 часа после ее госпитализации, несмотря на наличие явных клинических признаков; не проводилась обязательная в случаях терапии инфекционно-токсического шока инфузия препаратов иммуноглобулина; не были выполнены требования к выбору антибактериальных препаратов с постепенным повышением их дозировки; не проводилось в течение первых часов терапии измерение параметров гемодинамики каждые 10-15 минут и т.д., отсутствие кислородотерапии.

**Повторная СМЭ:** инфекционно-токсический шок требовал незамедлительной госпитализации в ОРИТ, проведения кислородотерапии, инфузионной терапии с целью восстановления жидкостного баланса и коррекции показателей гемодинамики; недооценка тяжести состояния ребенка послужила причиной отсрочки начала проведения адекватной интенсивной терапии и способствовала прогрессированию явлений сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности.

В ЦРБ имелись все необходимые объективные условия, позволяющие своевременно, в достаточном объеме, обоснованно и безопасно оказать необходимую медицинскую помощь.

## Федеральный закон от 26 июля 2019 г. N 224-ФЗ:

Закон РФ № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ».

### Статья 11. Государственные судебно-экспертные учреждения.

...организация и производство судебной экспертизы могут осуществляться экспертными подразделениями Следственного комитета РФ.

## Закон РФ № 403-ФЗ "О Следственном комитете РФ»:

4. Основными задачами Следственного комитета являются: 3.1) организация и производство в судебно-экспертном учреждении Следственного комитета судебных экспертиз, назначенных в соответствии с уголовно-процессуальным законодательством Российской Федерации

## ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

### РАСПОРЯЖЕНИЕ

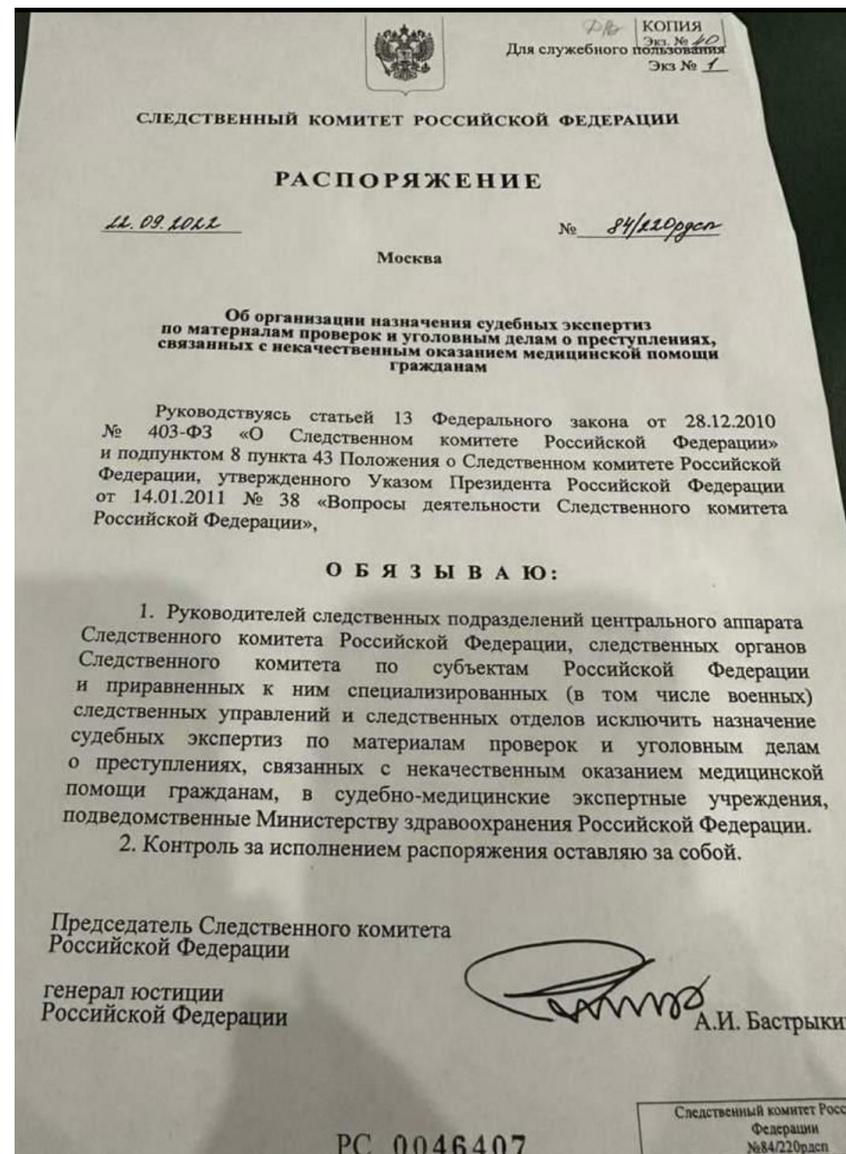
от 15 июля 2020 года N 1827-р

О создании федерального государственного казенного учреждения

"Судебно-экспертный центр Следственного комитета Российской Федерации"

24 ИЮЛЯ 2020 ГОДА В Москве состоялось торжественное **открытие** Федерального государственного казенного учреждения (ФГКУ) «Судебно-экспертный центр Следственного комитета Российской Федерации (СКР)».

специалистами ежегодно проводится порядка 30 тысяч экспертиз и исследований, результаты которых зачастую решают судьбу резонансных и сложных в раскрытии преступлений. Глава ведомства выразил уверенность, что экспертная служба СК России будет развиваться, расширять спектр проводимых ею исследований.





**В НОМЕРЕ:**

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ  
ХИРУРГИЯ

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

КАРДИОЛОГИЯ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

ВОССТАВЛЯЮЩАЯ МЕДИЦИНА

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ,  
Организация и социология

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

№ 1  
2023  
ТОМ СХХII

Издается  
с ноября  
2002 года



**СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНЫЙ ЦЕНТР СЛЕДСТВЕННОГО КОМИТЕТА  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ – НОВЫЙ СУБЪЕКТ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ  
СИСТЕМЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**



**СПИРИДОНОВ В.А.,**

д.м.н., доктор, руководитель  
отдела судебно-медицин-  
ской экспертизы ФКУ  
«Судебно-экспертный центр  
Следственного комитета  
Российской Федерации», за-  
ведующий кафедрой судебно-  
медицины ФГБОУ ВО «Казанский государственный  
медицинский университет» Минздрава  
России, spiridonov@yandex.ru



**АНИСИМОВ А.А.,**

аспирант кафедры судебно-  
медицины ФГБОУ ВО  
«Казанский государственный  
медицинский университет»  
Минздрава России, старший  
преподаватель кафедры не-  
отложной медицинской помощи и судебно-медицинской  
медицины Института фундаментальной медицины  
и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский)  
федеральный университет», anisimov@yandex.ru

**В** статье описана история формиро-  
вания и развития судебно-медицин-  
ского отдела в системе Следственно-  
го комитета Российской Федерации.  
Представлены результаты деятель-  
ности отдела в уголовном процессе,  
в частности, при расследовании дел,  
связанных с ненадлежащим оказани-  
ем медицинской помощи. Определено  
место отдела в отечественной системе  
судебно-медицинской деятельности.

**Ключевые слова:** комиссия из судабно-  
медицинских экспертов, дефекты оказа-  
ния медицинской помощи.

**THE FORENSIC SCIENCE CENTER  
OF THE INVESTIGATION COMMITTEE  
OF THE RUSSIAN FEDERATION  
AS A NEW SUBJECT  
IN THE NATIONAL FORENSIC SYSTEM**

Spiridonov V., Anisimov A.

The article deals with the history of the  
formation and development of the Forensic  
Department in the system of the Investiga-  
tion Committee of the Russian Federation.  
The authors presented the results of the De-  
partment's activities in the criminal process,  
in particular, in the investigation of cases re-  
lated to inadequate medical care. The place of  
the Department in the national forensic sys-  
tem was discussed.

**Key word:** board forensic medical examina-  
tion, medical care defects.

**Введение**

Более 100 лет судебно-медицинская  
служба России функционирует как неотъ-  
емлемая часть государственной системы  
здоровья населения. В связи с режимом падежи-  
ем медико-санитарного обеспечения на-  
селения после революции 1917 г. в стране были  
созданы медико-санитарные отделы, лечеб-  
ные коллени и чуты поже, в 1918 г., Народ-  
ный комиссариат здравоохранения РСФСР,  
в ведение которого среди прочего вошла и  
организация судебно-медицинской деятель-  
ности. Исследованию истории становления  
судебно-медицинской службы России и ре-  
гионов сегодня посвящены многочисленные  
исследования [1–7].

Приказом Минздрава РСФСР № 643 от  
14 июля 1951 г. закрепил деятельность  
судебно-медицинских экспертов в рамках  
государственных учреждений здравоохра-  
нения особого типа – бюро судебно-меди-  
цинской экспертизы (БСМЭ), сформирован  
тем самым практическую сеть региональных  
БСМЭ в соответствии с административно-  
территориальным делением страны [8–9].

Эффективность и правильность такого  
подхода долгое время не вызывали сомне-  
ний. Однако в последние годы, ввиду по-  
вышения правовой грамотности населения и  
стремительного развития рыночных отно-  
шений, традиционная модель всё больше  
стала подвергаться критике: как со сторо-  
ны граждан, так и со стороны профессио-  
нальных юридических и медицинских со-  
обществ [10–13].

Вместе с тем в России из года в год рас-  
тет количество обращений в правоохрани-  
тельные органы с жалобами на неблаго-  
приятные исходы оказания медицинской  
помощи. Так, число жалоб в Следственный  
комитет России (СКР) в отношении ме-  
дицинского персонала в 2012 г. составило  
2 100, в 2016 г. – 4 947, в 2017 г. – 6 050, в  
2018 г. – 6 623, в 2019 г. – 6 599, в 2020 г. –  
5 452. Возбуждено уголовных дел, соответ-  
ственно, 311, 878, 1 791, 2 229, 2 168, 1 639.  
В 2021 г. по факту 6 248 жалоб было воз-  
буждено 2 095 (33%) уголовных дел. Таким  
образом, в среднем уголовные деласледо-  
ватели возбуждают примерно в одной трети  
случаев, а в остальных случаях всё заверша-  
ется на уровне материальной проверки.

В суд в 2021 г. было передано 176 дел в  
отношении медицинских работников, что  
составляет 2,8% от количества поступивших  
сообщений, или 8,4% от количества возбу-  
жденных дел. В 79% случаев уголовные дела  
были переданы в суд с обвинениями в адрес  
медицинских работников по статьям «при-  
чинение смерти по неосторожности» (ч. 2  
ст. 109 УК России) и «причинение тяжко-  
го вреда по неосторожности» (ч. 2 ст. 118  
УК России). Были предъявлены обвинения

Основными задачами судебно-медицин-  
ских экспертов СЭЦ СК России являются:  
- проведение комиссионных СМЭ с ак-  
центом на неблагоприятные исходы оказа-  
ния медицинской помощи, так как подоб-  
ные экспертизы наиболее востребованы  
следствием;  
- участие в следственных действиях,  
в том числе опросах/допросах медицин-  
ских работников, организаторов здраво-  
охранения;  
- консультативная помощь следовате-  
лям как при назначении экспертизы, так и  
при их оценке;  
- участие в организационно-методиче-  
ское обеспечение экспертиз

Всего за 2021 г. экспертами СЭЦ СК  
России было выполнено 308 комиссион-  
ных (комплексных) судебно-медицинских  
экспертиз в рамках уголовных дел и мате-  
риалов проверок. В 79% случаев это были  
экспертизы, связанные с ненадлежащим  
оказанием медицинской помощи. Одним из  
критериев отбора на выполнение экспер-  
тизы в СЭЦ СК России являлось наличие  
значимых противоречий в выводах ранее  
проведенных не менее 2-х комиссионных  
экспертиз по данному уголовному делу. Од-  
новременно с этим отмечались случаи на-  
значения первичной КСМЭ по ходатайству  
потерпевшей стороны из-за отказов регио-  
нальных БСМЭ от проведения экспертизы  
или «недоверия к экспертам государствен-  
ных учреждений здравоохранения».

Самыми частыми были экспертизы по  
следующим медицинским специальностям:  
акушерство-гинекология, хирургия, анесте-  
зиология-реаниматология.

**21 апреля 2022 года** на Международном конгрессе «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики – 2022» Следственный комитет России заявил: **в России снова растет количество сообщений в правоохранительные органы о преступлениях, связанных с дефектами оказания медицинской помощи.**

**\* В 2021 году каждое третье обращение завершилось возбуждением уголовного дела.**

Россияне стали чаще обращаться в правоохранительные органы с сообщениями о преступлениях, связанных с оказанием медицинской помощи.

**В 2021 году в СКР поступило 6248 заявлений** от граждан о ятрогенных преступлениях, **принято 2095 решений о возбуждении уголовных дел.**

**В 2021 году** из 3722 уголовных дел, находящихся в производстве, **было окончено 1636.**

**\* 2021 г.: Направлено в суд с обвинительным заключением 176 материалов.**

**Данных о числе оправдательных приговоров нет.**

**В 2020 году в СКР поступило 5452 сообщений** о ятрогенных преступлениях, по которым было возбуждено **1639 уголовных дел.**

**В суд с обвинительным заключением были переданы материалы 196 обвиняемых (230 с 2019).**

**\* В 2020 году 18 врачей из 230 обвиняемых были оправданы судом или уголовное преследование было прекращено.**

**\* В 2019 году было 307 обвиняемых и 27 прекращенных дел.**

**\* Для сравнения: в 2017 году при 199 обвиняемых в течение года были вынесены **оправдательные приговоры или дело прекратили в отношении 8 подсудимых.****

# Статистика Главного следственного управления Следственного комитета РФ (Д. Зинин, 2023; Круглый стол Комитета по охране здоровья граждан ГД ФС РФ 08.12.23 г.).

В 2022 году против медработников было возбуждено 1860 уголовных дел — почти по каждому третьему из 5747 обращений пациентов.

Согласно статистике СКР, при этом до суда дошли только 174 дела — **это десятая часть от всех процессуальных проверок.**

**Всего в ходе уголовных дел в 2022 году обвинения были предъявлены 193 медработникам, и только 19 из них (10%) получили оправдательный приговор, в среднем по стране 0,01 - 0,1%.**

## Статистика СК России

Показатель деятельности СК России	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Количество сообщений о преступлениях	4947	6050	6623	6599	5452	6246	5747
возбуждено уголовных дел	878	1791	2229	2168	1639	2095	1860
отказано в возбуждении уголовного дела	3179	3128	3222	3249	2791	3035	2700
находилось дел в производстве	1588	2658	3916	4226	3532	3722	4646
окончено уголовных дел:	867	1098	1837	2194	1854	1636	2084
- из них направлено в суд	164	175	265	274	202	176	174
- прекращено	675	869	1481	1825	1625	1457	1909
число обвиняемых по направленным в суд делам	185	199	305	307	230	196	193
число лиц, оправданных судом	3	8	21	27	18	19	19



## Возбуждено уголовных дел по статьям УК РФ

Статья УК РФ	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ч. 2 ст. 109 (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей)	1280	1600	1520	1214	1565	1396
ч. 3 ст. 109 (... двум и более лицам)	10	4	2	4	4	7
ч. 2 ст. 118 (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей)	27	45	58	24	36	31
ч. 4 ст. 122 (заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей)	0	1	0	0	2	0
ч. 1 ст. 124 (неоказание помощи больному)	2	2	1	2	5	0
ч. 2 ст. 124 (... повлекшее по неосторожности смерть потерпевшего)	7	14	15	14	5	5
ч. 1 ст. 238 (оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности)		232	177	114	138	138
ч. 2 ст. 238 (... повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека)	257	145	204	100	153	136
ч. 1 ст. 293 (халатность)	55	35	37	41	55	37
ч. 2 ст. 293 (... повлекшая по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека)	85	72	84	73	80	57
ч. 3 ст. 293 (... смерть двух и более лиц)	3	5	3	1	2	1



**В СК назвали одной из причин роста жалоб на медиков отсутствие достойных компенсаций пациентам**

27.11.2019

Замруководителя Главного управления криминалистики Следственного комитета РФ Анатолий Сазонов обвинил СМИ в увеличении количества жалоб на медработников. Об этом он заявил 27 ноября на XII Всероссийском образовательном конгрессе «Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии».

**«Искусственно раздутая проблема, на наш взгляд», — сказал он.**

По словам Сазонова, СМИ создают негативное отношение к врачебному сообществу, а это приводит к увеличению жалоб от населения в СК. «По каждому сообщению мы обязаны провести процессуальную проверку. Закономерно, чем больше сообщений — тем больше уголовных дел», пояснил он.

Среди других причин роста волны негатива в отношении медицинских работников представитель СК назвал недостаток информации у пациентов о течении заболевания **и отсутствие механизма оперативной выплаты достойной денежной компенсации для пострадавших в результате врачебных ошибок: «Во многих зарубежных странах уголовного преследования врачей не существует. Потому что следствие — процесс трудный и длительный, а вот механизм выплат, причем достойных, там работает идеально».**

([Илья Калашников](#), 2021)

Всего с 2015 по 2021 год истцы смогли отсудить у клиник 1,05 млрд руб.

**– 0,1% от запрошенной суммы!**

**В 2018 году пациенты запросили у клиник 1,263 трлн руб.,**

**а взыскали с медучреждений 288,6 млн руб., т.е. - 0,02% от запрошенных сумм**

**В 2019 году пациенты запросили у клиник 999,2 млрд. руб. ,**

**а взыскали с медучреждений 156 млн руб., т.е. - 0.016% от запрошенных сумм**

В 2020 году суды первой инстанции рассмотрели 2,5 тыс. исков о защите прав потребителей медицинских услуг на сумму в 1,065 трлн руб.

**Из общего объема заявленных пациентами требований в 2020 году судами были удовлетворены иски на сумму в 186,3 млн руб., т.е. – 0,018% от запрошенных сумм**

**НЕ СЛЕДУЕТ БОЯТЬСЯ ВОЗМЕЩЕНИЯ ВРЕДА**

**В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ!**

**СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ УГОЛОВНОГО СУДОПРОИЗВОДСТВА**

**ДЛЯ СОТРУДНИКОВ !**

