



АЛГОРИТМЫ

До суда и следствия:
что делать, если в отношении
врача начата доследственная
проверка?

40

РЕКОМЕНДАЦИИ

Основные этапы подготовки
медицинской организации
к проверке органами
Росздравнадзора

50

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Действующее нормативно-
правовое регулирование
медицинской деятельности
вызывает вопросы

60

И ЗВЕЗДА С ЗВЕЗДОЮ ГОВОРИТ

Интервью с выдающимся
хирургом Вячеславом
Егоровым и театральным
режиссером Леонидом
Хейфецем



московский фестиваль

МЕДИЦИНА КАК ИСКУССТВО

II МОСКОВСКИЙ ФЕСТИВАЛЬ МЕДИЦИНА КАК ИСКУССТВО

Московский академический Музыкальный театр
им. К.С. Станиславского и Вл.И. Немировича-Данченко

15 / 06 / 2018

ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА



Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заместитель мэра
Москвы по вопросам
социального развития

ОТ РЕДАКЦИИ

Правовое регулирование процесса оказания медицинской помощи – задача непростая. И пожалуй, какое бы ни было законодательство в этой сфере, его нельзя назвать совершенным. Но стремиться к этому совершенству необходимо, нужно постоянно работать над тем, чтобы медицинский работник и пациент взаимодействовали в правовом поле и спорные вопросы, если таковые возникают, имели возможность решать исключительно в рамках действующих правовых норм. Совершенствование законодательной базы в любой сфере, и медицина здесь, конечно же, не исключение, – процесс непрерывный. Но мы не законодатели, мы врачи, и наша задача – выполнять нормы законодательства, соблюдая все писанные и неписанные правила. В медицине это особенно актуально, так как врач имеет дело со здоровьем пациента.

Мы знаем, что любая медицинская манипуляция, даже самая элементарная, может быть сопряжена с риском развития осложнений. Это аксиома. Так же, как и то, что врач совершает любое медицинское действие исключительно для того, чтобы помочь пациенту, облегчить его боль, вернуть утраченное здоровье. Если это не так, то мы уже имеем дело не с врачом. Поэтому, например, важно определить понятие врачебной ошибки и юридически закрепить его.

Широко известно определение российского патологоанатома, академика Ипполита Васильевича Давыдовского: «Врачебная ошибка – это следствие добросовестного заблуждения врача при выполнении им профессиональных обязанностей», из которого следует, что за врачебную ошибку врач не может быть привлечен к ответственности, так как умысла в его действиях нет. Но как это правильно оформить в юридических терминах? А оформить необходимо. Ведь мы не говорим, что врач неоподсуден. Должны быть и контроль за его деятельностью, и высокая степень личной и коллективной ответственности во врачебном сообществе, и наказание в случае, если медик действительно виновен в ненадлежащем качестве оказываемой им медицинской помощи.

Случай с Еленой Мисюриной показал, что установить истинное положение вещей в каждом конкретном случае очень непросто. И на установление истины в такого рода делах не стоит, по моему мнению, жалеть времени и сил, привлекая к оценке как можно больше экспертов, опираясь на мнение многих специалистов. Мы, врачи, со своей стороны должны быть открыты для диалога и с пациентами, и с органами правопорядка в такого рода разбирательствах и делать все от нас зависящее для того, чтобы выяснить все обстоятельства в спорных ситуациях. Закон для всех один.

И это иллюстрация только одной составляющей правового регулирования медицинской деятельности. А нюансов тут очень много, и каждый требует юридического оформления. Ведь мы живем в правовом государстве.

Dura lex, sed lex. Медикам эту фразу переводить не надо. Каков бы ни был закон, это закон, и его надо выполнять.



Редакция журнала «Московская медицина»:
127006, г. Москва,
Оружейный пер., д. 43
www.nioz.ru
Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции

Учредитель:
Департамент здравоохранения города Москвы

Издатель:
НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

Издательство:
ООО «Промо-центр»:
117420, Москва,
ул. Профсоюзная, д. 57

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций 28 апреля 2014 года
Регистрационный номер ПИ № ФС 77-57984

Выпуск №2 (24) 2018 г.
журнала «Московская медицина»
отпечатан 26 апреля 2018 года

Отпечатано в ООО «Издат принт»
Тираж 10 000 экз.
Распространяется бесплатно.

ISSN 2587 - 8670



Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета
Печатников Леонид Михайлович,
заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

Амплеева Татьяна Викторовна, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города Москвы
Андреева Елена Евгеньевна, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве
Анциферов Михаил Борисович, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы
Арутюнов Григорий Павлович, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы
Бордин Дмитрий Станиславович, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы
Богородская Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы
Брюн Евгений Алексеевич, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения города Москвы
Васильева Елена Юрьевна, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы
Дубров Вадим Эрикович, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы
Жиляев Евгений Валерьевич, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы
Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС
Колтунов Игорь Ефимович, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы
Конопляников Александр Георгиевич, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения города Москвы
Крюков Андрей Иванович, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы
Маус Алексей Израилевич, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения города Москвы
Мантурова Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы
Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы
Никонов Евгений Леонидович, начальник управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения города Москвы
Назарова Ирина Александровна, председатель Совета главных врачей города Москвы
Орджоникидзе Зураб Гивиевич, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы
Орехов Олег Олегович, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы
Плутницкий Андрей Николаевич, руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области
Погонин Алексей Владимирович, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы
Потекаев Николай Николаевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы
Пушкарь Дмитрий Юрьевич, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы
Хатьков Игорь Евгеньевич, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы
Хубутия Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы
Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения города Москвы
Шамалов Николай Анатольевич, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**
Заместитель главного редактора: **Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов**
Научный редактор: **Любовь Алексеевна Ходырева**
Ответственный секретарь: **Джемал Ахмедович Бешлиев**
Координатор журнала: **Алла Анатольевна Зайцева**
Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКЦИИ

Обращение к читателям заместителя мэра Москвы
по вопросам социального развития Леонида Печатникова1

ДОСЬЕ

В Департаменте здравоохранения города Москвы работают
328 медицинских юрисконсультов, большинство из них - во взрослых
стационарах, поликлиниках, диагностических центрах и диспансерах6

АЛГОРИТМЫ

До суда и следствия: что делать,
если в отношении врача начата доследственная проверка?8

ЮРИДИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Андрей Севостьянов: «Основная задача юриста -
обеспечить соблюдение законности в деятельности организации
и защитить ее правовые интересы» 14

ПРАВО НА ЗАЩИТУ

Казнить нельзя помиловать: в настоящее время
в юридической литературе насчитывается около
70 определений понятия врачебной ошибки 18

Защита от пациента: как медицинскому работнику
сохранить свои профессиональные честь и достоинство 24

МНЕНИЕ

Полина Габай: «Большинство из так называемых
врачебных ошибок не имеют состава преступления» 28

СТАТИСТИКА

Врачам нужна защита: на прошедшей 5 марта в мэрии Москвы
клинико-анатомической конференции прошел социологический опрос
врачей по юридическим аспектам оказания медицинской помощи 32

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Ненадлежащая медицинская помощь в гинекологической
лапароскопической хирургии: 20-летний анализ исков
о возмещении вреда в Нидерландах 35

РЕКОМЕНДАЦИИ

Основные этапы подготовки медицинской организации к проверке органами Росздравнадзора 40

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Минимизация рисков медицинской организации: отдельные вопросы проблематики нарушений прав граждан при получении медицинской помощи в рамках ОМС 46

Противоречивое лицензирование: действующее нормативно-правовое регулирование медицинской деятельности вызывает вопросы 50

ОБРАЗОВАНИЕ

Наталья Каменская: «Медицинские юристы в России, путь в профессии» 54

ГОСЗАКУПКИ

Сложный товар: особенности осуществления закупок в сфере здравоохранения с учетом положений, регламентированных 44-ФЗ и 223-ФЗ РФ 56

И ЗВЕЗДА С ЗВЕЗДОЮ ГОВОРИТ

Интервью с выдающимся хирургом, заместителем главного врача по онкологии ГБУЗ «ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ» Вячеславом Егоровым и театральным режиссером Леонидом Хейфецем 60

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Давид Мелик-Гусейнов: «Для медицинских организаций сейчас наступает время международных стандартов» 66

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Смерть от туберкулеза легких
Материалы клинко-анатомической конференции, прошедшей 18 декабря 2017 года 68

Незаметный сепсис

Материалы клинко-анатомической конференции, прошедшей 29 января 2018 года 78

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Андрей Белостоцкий: «Важная задача, которая сейчас стоит перед нами, - раннее выявление онкологических заболеваний» 86

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Олег Румянцев: «Мы прочно заняли свою нишу в оказании медицинской помощи москвичам» 91

ИСТОРИЧЕСКИЙ ФАКТ

Аптекарский приказ - высший орган медицинского управления Русского царства в XVI-XVII веках - был учрежден в 1620 году царем Михаилом Федоровичем Романовым 96

МОСКОВСКИЙ ВРАЧ

Столичный проект
по непрерывному повышению
уровня квалификации врачей



Проверьте свои знания, пройдя
пробное тестирование на сайте

niioz.ru



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

www.niioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ!

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

КОНСТИТУЦИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Статья 41

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.
2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.
3. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Статья 11. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи

1. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.
2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.
3. За нарушение предусмотренных частями 1 и 2 настоящей статьи требований медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

ТРУДОВОЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Статья 350. Некоторые особенности регулирования труда медицинских работников.

Для медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 39 часов в неделю.

В зависимости от должности и (или) специальности продолжительность рабочего времени медицинских работников определяется Правительством Российской Федерации.

Отдельным категориям медицинских работников может быть предоставлен ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск. Продолжительность дополнительного отпуска устанавливается Правительством Российской Федерации.

МЕДИЦИНСКИЕ ЮРИСКОНСУЛЬТЫ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ



328 работающих юристов

77 вакантных мест

82% – укомплектованность штатов

1,08 – коэффициент совместительства



ВЗРОСЛАЯ СЕТЬ

208 работающих юристов

Из них

116 в стационарах

49 в городских поликлиниках, диагностических центрах, диспансерах, **25** в НИИ и НПЦ



ДЕТСКАЯ СЕТЬ

58 работающих юристов

Из них

30 в детских городских поликлиниках

14 в детских стационарах



ДО СУДА И СЛЕДСТВИЯ

ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ В ОТНОШЕНИИ ВРАЧА НАЧАТА ДОСЛЕДСТВЕННАЯ ПРОВЕРКА

В условиях усиливающегося интереса со стороны правоохранительных органов к медицинским работникам ответ на этот вопрос становится все более актуальным. Есть ряд важных правил, которые в рамках закона позволят минимизировать риски и помочь органам правопорядка объективно разобраться в ситуации.

До того, как будет принято решение о возбуждении или отказе от возбуждения уголовного дела, согласно ст. 144 и 145 Уголовно-процессуального кодекса (УПК) РФ, правоохранительными органами выполняется так называемая доследственная проверка заявления или сообщения о преступлении, устанавливается, действительно ли имеется состав правонарушения. Ее результаты, как правило, имеют определяющее значение для решения по принятому заявлению (сообщению): либо проверяющие определяют ситуацию как преступление, либо у них сформируется критическое отношение к сообщению, а следовательно, с перспективе возбуждения уголовного дела и направления его в суд.

Что такое доследственная проверка

Под этим термином подразумеваются все действия, проводимые сотрудниками полиции до момента возбуждения уголовного дела. На этом этапе проводится осмотр места совершения правонарушения (преступления), проходят изъятие медицинской документации, а также сбор предварительных объяснений больного, лечащего врача, заведующего отделением, профильного вышестоящего врача, главного внештатного специалиста, медицинского эксперта (судебного медика), иных заинтересованных лиц, например, представителей фонда ОМС. Кроме того, в ходе доследственной проверки могут быть проведены сборы образцов для сравнительного исследования, истребованы документы и предметы (например, контрольные срезы органов на лабораторные исследования, биопсии и т.д.). Доследственную проверку проводят сотрудники полиции, как правило, находящиеся в составе следственно-оперативной группы дежурной смены, но могут привлекаться и

другие полицейские, если, например, нужно быстро опросить много людей. Ведь решение о дальнейших действиях после принятия сообщения или заявления о правонарушении должно быть принято в течение 72 ч. Руководитель следственного органа и иные полномочные лица вправе продлить срок проверки до 10 сут, при необходимости производства документальных проверок, экспертиз, исследований документов и пр., а также проведения оперативно-розыскных мероприятий этот срок может быть продлен до 30 сут.

Врачу, который получил информацию о проведении доследственной проверки, необходимо крайне внимательно отнестись к ситуации, в которой он оказался, чтобы учесть возможные риски и, главное, избежать негативных правовых последствий.

Знать свои права

На этапе доследственной проверки врач впервые сталкивается с органами следствия. Обычно по месту его работы к нему подходит человек в «гражданке» (очень редко в форме) и, представившись, задает интересующие его вопросы, а ответы предлагает зафиксировать письменно. Согласно ст. 144 УПК РФ, лицам, участвующим в производстве процессуальных действий при проверке сообщения о преступлении, разъясняются их права и обязанности (их зачитывают или оглашают

по памяти), но это происходит далеко не всегда. Как правило, врачу в лучшем случае называют ФИО больного и предлагают дать (написать) объяснения по поводу (факту) его лечения. Если прав и обязанностей не разъяснили, то врачу рекомендуется предложить полицейскому огласить, в качестве кого конкретно он



ЛЕОНИД МИХАЙЛОВИЧ РОШАЛЬ,

Д.М.Н., ПРЕЗИДЕНТ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ, ПРЕЗИДЕНТ НИИ НЕОТЛОЖНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ, ПРОФЕССОР:

«МЫ ЗА ОБЪЕКТИВНУЮ ОЦЕНКУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ. НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА ГОТОВА ПО ЗАПРОСУ АДВОКАТОВ ИЛИ СУДА СОЗДАТЬ КОМПЛЕКСНУЮ КОМИССИЮ С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ ВЕДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ НЕЗАВИСИМОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ. КОГДА МЫ ВМЕСТЕ – МЫ СИЛЬНЕЕ, И ДЕЛО МИСЮРИНОЙ ЭТО ДОКАЗЫВАЕТ».



ДАВИД МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ

ДИРЕКТОР ИНСТИТУТА
КАНДИДАТ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ НАУК

- Консультирование и экспертиза проектов в сфере управления, организации и экономики здравоохранения
- Проведение маркетинговых, социологических, демографических и статистических исследований рынка медицинских услуг
- Повышение качества, доступности и эффективности медицинской помощи
- Международное сотрудничество



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.niioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ!

ЭКСПЕРТНЫЙ
АНАЛИТИЧЕСКИЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ
ЦЕНТР

+7 (495) 951-20-54 Москва, Шарикоподшипниковская, 9
niiozmm@zdrav.mos.ru www.niioz.ru

будет опрошен и какие при этом у него есть права и обязанности.

Следует знать, что это не свидетельские показания – до возбуждения уголовного дела не существует понятий «свидетель», «свидетельские показания». На этапе доследственной проверки идет лишь первичный сбор информации, любые сведения, сообщаемые участниками события, которое в будущем может быть квалифицировано как преступление, отражаются в форме объяснений, заявлений, запросов, ответов на них и т.п. Все объяснения принимают или оперуполномоченные уголовного розыска, или участковые уполномоченные уголовного розыска, или следователи следственных подразделений. И только в крайних случаях объяснения могут принять сотрудники иных подразделений, но только имеющие статус полицейского, который должен быть указан в удостоверении. Если объяснение предлагают написать собственноручно, в нем необходимо указать, кому именно оно дается. Это не влияет на процедуру сбора доказательств, но именно то лицо, которое обратилось к врачу и которому давались объяснения, может в дальнейшем быть привлечено в качестве свидетеля.

Под давлением

В некоторых случаях врача на этапе доследственной проверки вызывают по телефону в отдел полиции и в кабинете просят ответить на вопросы полицейского. Если это произошло, необходимо выяснить у звонящего, какие вопросы его интересуют, поскольку для ответа на них необходимо проанализировать документы, восстановить в памяти обстоятельства конкретной ситуации, ознакомиться с записями в медицинской документации и т.д. Но этого времени врачу могут попытаться не предоставить, требуя немедленно дать письменные объяснения.

Но он не обязан этого делать. УПК регламентирует лишь допросы, производимые на следствии и в суде. Все прочее, в том числе и опросы в процессе доследственной проверки, – это беседы, и ответственность за отказ от ответов не установлена. Закон не обязывает давать какие-либо пояснения в процессе проверки, не предусматривает уголовной ответственности за уклонение или отказ от дачи пояснений или дачу заведомо ложных пояснений. Такую ответственность при определенных обстоятельствах может нести свидетель или потерпевший лишь в рамках возбужденного уголовного дела. И если в данный момент врач не готов дать объяснения по интересующему делу, то ему нужно мотивировать отказ, сославшись на ст. 51 Конституции РФ, согласно которой, никто не обязан свидетельствовать против себя самого, своего супруга и близких родственников, круг которых определяется федеральным законом. Это необходимо сделать, иначе отказ давать

объяснения может быть истолкован не в пользу врача.

Но и в этом случае нужно как можно больше узнать от полицейских, не стесняясь самому задавать вопросы об обстоятельствах дела. Это позволит врачу позднее спокойно обдумать ситуацию и дать объяснения без нажима.

Очень важно внимательно прочитать все документы перед тем, как подписывать. Если с чем-то не согласны – не надо подписывать ни в коем случае! Надо смело, с осознанием собственной правоты исправлять текст или требовать новый бланк для заполнения. Или писать объяснения самостоятельно, а перед тем как их подписать, несколько раз прочитать.

Можно вести диктофонную запись опроса, чтобы в случае давления со стороны следствия ее использовать, например, при жалобе на незаконные формы допроса. Но делать это можно только с обязательным уведомлением об этом полицейского вслух, так, чтобы на записи это было слышно. Нельзя выключать или прерывать запись до тех пор, пока врачу не скажут: «До свидания. Вы свободны, можете покинуть кабинет».

Если врач считает, что его права были нарушены, то он может обжаловать поведение следователя, органов дознания и прочих уполномоченных лиц – их

бездействие либо действие. Это право установлено главой 16 УПК. Незаконные решения и действия (бездействие) должностного лица правоохранительных органов могут быть обжалованы в порядке ст. 125 УПК в суде.

Универсальное правило для всех этапов следствия или доследственной проверки: вести себя корректно, не грубить, не повышать голос, сохранять спокойствие, вникать в суть каждого вопроса перед ответом на него.

Нанимать ли адвоката?

Адвоката можно нанять на любой стадии процесса, в том числе на этапе доследственной проверки. Делать это или нет – решать врачу, лишь он может оценить риск похода в полицию. Но с помощью адвоката проще противопоставить свои доводы обвинительным выводам, вопросам «с подвохом», активно использовать такие инструменты, как оформление адвокатских протоколов опросов, истребование документов от полицейских и т.д. Кроме того, адвокат может связаться с оперативным отделом или непосредственно со следователем, чтобы выяснить суть дела и вопросы, по которым вызывается его подопечный. С помощью опытного адвоката гораздо проще разработать верную тактику поведения.

Доказательная база

Какие же доказательства своей невиновности может предъявить врач во время доследственной проверки? Как правило, на данном этапе от врача требуются только объяснения.

Необходимо в письменном объяснении указать, что, зная методики лечения и стандарты по ним (привести ссылку на конкретные стандарты и протоколы лечения), врач

ничего не нарушил, действовал по правилам, и указать в связи с этим на необходимость обязательного опроса главного внештатного специалиста Минздрава России, регионального министерства или департамента, указав по возможности его ФИО и место работы. Обобщая изложенное, в случае проведения доследственной проверки врачу, убежденному в своей невиновности, рекомендуется следующий алгоритм действий.



АЛЕКСЕЙ АНАТОЛЬЕВИЧ СТАРЧЕНКО,

Д.М.Н., ПРЕЗИДЕНТ НАЦИОНАЛЬНОГО
АГЕНТСТВА ПО БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ
И НЕЗАВИСИМОЙ МЕДЭКСПЕРТИЗЕ:

«ОТ ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, КОТОРАЯ ОТРАЖАЕТ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЗАВИСИТ ОЧЕНЬ МНОГОЕ. ИМЕННО НА ОСНОВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ САМ ПАЦИЕНТ, ДРУГИЕ ВРАЧИ ИЛИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ЭКСПЕРТЫ, СЛЕДОВАТЕЛИ И СУДЬИ ДЕЛАЮТ ВЫВОДЫ О КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. И ЕСЛИ ОНА ОФОРМЛЕНА ПЛОХО, ТО ВРАЧ НИКОГДА НЕ СМОЖЕТ ДОКАЗАТЬ СВОЮ ПРАВОТУ».

- Постараться получить максимально полные сведения об обстоятельствах, исследуемых в ходе доследственной проверки, а также конкретное содержание заявления или сообщения о противоправном действии или бездействии врача.
- Заключить соглашение об оказании помощи с опытным адвокатом, знакомым с методикой расследования подобных дел.
- Проанализировать с его помощью ситуацию, возможные риски и сценарий наиболее вероятного развития событий в целях выработки и реализации защитных мер.

Нередко во время доследственной проверки, находясь в стрессовой ситуации, врачи совершают ошибки, которые могут оказать негативное воздействие на ситуацию. Эксперты Национальной медицинской палаты составили список действий, от которых стоит воздержаться в ходе доследственной проверки.

- Не приходить в полицию по телефонному звонку, необходима повестка или вызов, который передают лично или почтой по месту работы.

ПРИ ДОСЛЕДСТВЕННОЙ ПРОВЕРКЕ НЕТ ОБЯЗАННОСТИ ОТВЕЧАТЬ НА ВОПРОСЫ ПОЛИЦЕЙСКОГО

- Не принимать во внимание документы, которые не оформлены должным образом. Все официальные документы должны быть подписаны тем лицом, которым они вынесены. Если предъявляются не подписанные объяснения, заявления, выписки или иные документы для ознакомления, их необходимо сфотографировать, прочитать и дать пояснения, но не по существу написанного, а по факту предъявления ненадлежащего документа.
- Не признавать сразу, при первом же нажиме полицейского, наличие ошибок в ведении больного.



- Не пытаться изъять медицинские документы или внести в них любые дополнительные записи – этот факт легко устанавливается.
- Не искать больного или его родственников и, тем более, пытаться на них надавить.
- Не обращаться в прокуратуру или отдел собственной безопасности МВД с жалобами на полицейских, если с их стороны нет конкретного зафиксированного документально или свидетелями нарушения прав врача. Такие действия только разозлят правоохранительные органы.
- Не пытаться самостоятельно разузнать ход проверки.
- Не скрывать информацию о сложившейся ситуации от руководства медицинской организации. Необходимо в кратчайшие сроки поставить в известность руководителя подразделения и, по возможности, главного врача о проверке – это даст возможность собрать необходимую дополнительную информацию.

Безусловно, работа медицинского работника рискованна по своей сути, и невозможно учесть все нюансы, которые могут возникнуть. Но внимание к деталям своей работы позволит избежать многих неприятностей, в том числе риска оказаться в зале суда в качестве ответчика по гражданскому делу или обвиняемого по уголовному.

*Материал подготовлен информационной службой
Национальной медицинской палаты.*

МОЗГ 4.5

Распознай симптомы инсульта и действуй быстро!



Мимика
нарушена

- Перекос лица,
- Угол рта опущен



Ослабли
рука или нога

- Плохо двигается рука или нога с одной стороны



Затруднена
речь

- Речь звучит странно или неразборчиво



Главное -
успеть

- Срочно требуется госпитализация,
- Ждать, что само пройдет - опасно



Нельзя медлить, иначе мозг не спасти!



Не жди! Звони 103!

В Москве работает инсультная сеть, врачи смогут помочь, главное - успеть!

АНДРЕЙ СЕВОСТЬЯНОВ

ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ЮРИСТА – ОБЕСПЕЧИТЬ СОБЛЮЖДЕНИЕ ЗАКОННОСТИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И ЗАЩИТИТЬ ЕЕ ПРАВОВЫЕ ИНТЕРЕСЫ

АВТОР: НАИЛЯ САФИНА

Юрисконсульт Городской клинической больницы №13 Департамента здравоохранения города Москвы рассказал «Московской медицине» о том, с какими проблемами приходится ежедневно сталкиваться юристу, который работает в многопрофильной медицинской организации.



А.В. Севостьянов,
юрисконсульт Городской
клинической больницы
№13 Департамента
здравоохранения города
Москвы

- Андрей Викторович, в чем особенность работы юрисконсульта больницы?

– Работа любой организации, и не только медицинской, требует наличия квалифицированного юриста. Его знания и опыт, прежде всего, нужны в договорной работе, вопросах кадров и оплаты труда. Но в медицине у юрисконсульта появляется своя узкая направленность – работа с медицинской документацией, взаимодействие с медицинским персоналом, а также медицинские споры.

Основная задача юриста – на основе мониторинга законодательства обеспечить соблюдение законности в деятельности организации и защитить ее правовые интересы. Юрист, прежде всего, – работник своей организации.

Ежедневная деятельность юрисконсульта больницы базируется на трех китах: создание локальных нормативных актов, ведение договорной, претензионной работы



и представление интересов в судах. Обычно такой набор обязанностей не вызывает вопросов. К тому же в любой организации необходимо создавать устав, также во многих организациях есть коллективный договор, но именно в здравоохранении юрист сталкивается с такой спецификой, как работа во вредных и (или) опасных условиях труда, медицинский стаж и прочее. Именно эта специфика требует дополнительных знаний в области трудового законодательства и кадрового делопроизводства.

В ГКБ №13 при участии юристов была усовершенствована форма эффективного контракта. Была поставлена задача – минимизировать возможную правовую неосведомленность работников, указав в контракте, помимо общих требований, ссылки на нормативные правовые акты РФ, для того, чтобы работник знал свои права и гарантии. Также на особом контроле у юристов медицинских организаций должен находиться перевод работников на профессиональные стандарты. Для медицинских работников они уже обязательны. Есть профстандарты, и на некоторые немедицинские должности больниц, например, на должности специалиста в сфере закупок, специалиста в области охраны труда, бухгалтера, специалиста по противопожарной профилактике, специалиста по управлению документацией организации, специалиста по управлению персоналом, специалиста по социальной работе. Важной составляющей работы юриста в рамках трудовых отношений в здравоохранении является контрольная деятельность. Издание приказов, привлечение к дисциплинарной и материальной ответственности работников, вопросы сокращения кадров, расследование образовавшихся недостатков – все это должно производиться при участии юриста.

- В договорной работе больницы тоже есть свои особенности?

– Договорная работа, прежде всего, связана с исполнением требований 44-ФЗ о контрактной системе закупок и 223-ФЗ о закупках отдельных видов услуг, причем в этом случае возникают соотносимые с ними взаимоотношения с Федеральной антимонопольной службой (ФАС), и арбитражными судами. Но не стоит забывать, что договоры с пациентами на оказание платных медицинских услуг (ПМУ) – это тоже элемент договорной работы, и не менее проверяемый контрольными органами, чем система закупок. Такая работа не рассматривается обособленно: например, договор на ПМУ немыслим вне наличия информированного добровольного согласия пациента, а форма такого согласия также должна быть проверена юристом. Мне могут возразить: формы добровольного согласия унифицированы, зачем здесь участие юриста? Однако в имеющихся 10 нормативных актах представлены не все виды информированных согласий, а разработка и применение дополнительных не противоречат законодательству. При этом наличие подписанного согласия приобретает

важное доказательственное значение во взаимоотношениях с пациентом.

В своей деятельности юрист больницы также сталкивается с договорными отношениями в сфере недвижимости, договорами безвозмездного пользования, пожертвованиями, рекламой, также взаимодействует со страховыми компаниями по добровольному медицинскому страхованию (ДМС), с юридическими лицами по оказанию медицинских услуг их работникам. А недавно ГКБ №13 заключила договор о сотрудничестве с банком, по которому оказываемые пациентам платные услуги могут быть ими оплачены за счет потребительского кредита.

- У договорной работы есть и обратная сторона - претензионная практика. Часто ли приходится юристу в медицине отстаивать права организации, в том числе в судах?

– В любой сфере взаимодействие с контрагентами может привести стороны к обмену претензиями в ФАС или арбитраже. Это неотъемлемая часть деятельности юриста. Но в здравоохранении есть такая форма взаимодействия юриста и клиента, как медицинские споры. И здесь дело не только в том, что врачи не застрахованы от ошибок. Пациенты зачастую относятся к медицине потребительски, то есть нарастает так называемый «потребительский терроризм», и даже в условиях ОМС от учреждений здравоохранения требуют сопоставимого с частным сектором уровня сервиса и внимания. Задача юриста в таком случае – удостовериться в качестве оказания медицинской помощи, правильности и полноте заполнения медицинской документации, наличии информированного добровольного

**ПО ДЕЙСТВУЮЩЕМУ
ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ, В СОСТАВ
ВРАЧЕБНЫХ КОМИССИЙ ВХОДЯТ
ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКИЕ
РАБОТНИКИ**

согласия, своевременного ответа на обращение пациента. К слову, всем известный срок ответа на заявление – 30 календарных дней в условиях здравоохранения следует рассматривать под призмой закона «О защите прав потребителей», а там срок для ответа на претензии – 10 календарных дней. И пропуск такого срока чреват для больницы штрафными санкциями.

Поэтому в ГКБ №13 стало практикой привлечение для ответа заявителям юриста. Ведь сейчас недостаточно просто детально ответить на запрос. Важно сделать это в рамках

требований законодательства, со ссылкой на нормативные акты, попутно не разгласив врачебную тайну. А случаи, когда врачебная тайна не может быть разглашена, сами составляют отдельную тему для разговора. Здесь не обходится без перегибов: в попытке вовлечь юристов в разбор конфликтных ситуаций некоторые больницы включают их в состав врачебных комиссий (ВК). Хочется обратить внимание, что, по действующему законодательству, в состав ВК входят только медицинские работники, что, тем не менее, не мешает привлекать юристов в качестве консультантов. Медицинские процессы тоже имеют свои особенности, ведь зачастую предметом разбирательства является чья-то болезнь и даже смерть. На процессах необходимо оставаться объективным и уравновешенным, даже если эмоции оппонентов на пределе. Особо сложны случаи со смертельным исходом – здесь всегда надо оставаться человеком. В таких ситуациях бывает важным сказать слова сочувствия родственникам умершего, выразить соболезнования от имени персонала больницы, в том числе, составив письменный протокол.

- Приходится ли юристам больницы заниматься лицензированием медицинской и фармацевтической деятельности?

– На юриста может быть возложена такая работа. В этом случае им осуществляется весь спектр работ: заполнение заявлений, подготовка перечней медицинских изделий и медицинского персонала, сбор документов.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ВСЕ ЧАЩЕ СВОДИТ ЕГО С ЮРИСТОМ В СФЕРЕ ТРУДОВЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ПРАВООТНОШЕНИЙ

Помимо этого, мне в практике юриста больницы приходилось заниматься оформлением заключений ныне реорганизованной Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, установленным требованиям, а в ГКБ №13 я организовывал переоформление свидетельства об аккредитации на право проведения клинических исследований лекарственных препаратов.

- Приходится ли юристу консультировать посетителей и сотрульников?

– Да, консультирование является одной из обязанностей юриста. Консультация персонала в основном сводится к разъяснению отдельных вопросов трудового права, реализации трудовых прав и гарантий работников. Ведь работнику, не имеющему юридического образования, сложно разобраться в постоянно меняющемся массиве нормативных правовых актов. Вместе с первичной профсоюзной организацией юристы ГКБ №13 готовы помочь работнику, дать практический совет. Охват вопросов посетителей значительно шире – здесь и оказание медицинской помощи, и проблемы разглашения врачебной тайны, и помощь в вопросах организационной структуры медицинского учреждения в частности и страховой медицины в целом. Но есть и более широкая сторона этого вопроса. В нашей больнице консультирование выведено на уровень написания статей для врачей по актуальным проблемам здравоохранения. Так, недавно разбиралась ситуация хранения и возврата вещей пациентов. Больницам, оказывающим медицинскую помощь в условиях стационара, хорошо знакома эта ситуация: имущество пациентов на период их лечения принимается учреждением на хранение, которое предусматривает возврат такого имущества пациенту после его выписки. Однако нередки ситуации, когда по выписке (смерти) пациента за получением его имущества так никто и не обращается, и учреждение здравоохранения вынуждено хранить такое имущество неопределенное время, предпринимая не всегда успешные попытки разыскать его владельцев. Другой актуальной темой является вопрос медицинских освидетельствований работников у психиатров и наркологов, которые должны проводиться за счет средств работодателя. Для бюджетной медицины такая ситуация представляет особую сложность, ведь компенсация работникам стоимости таких освидетельствований не может быть произведена за счет средств ОМС. Поскольку нереально медицинскому учреждению заключить договоры со всеми диспансерами страны, можно ли это сделать с близлежащими и в рамках законов № 44-ФЗ и № 223-ФЗ? Ответа на этот вопрос законодательство не дает.

- С какими еще вопросами вам приходится сталкиваться в практике?

– В медицинских организациях на юристов могут быть возложены обязанности по оформлению так называемых «отказных» детей», удостоверению доверенностей пациентов на получение денежных средств и корреспонденции, а также завещаний, приравненных к нотариально удостоверенным. Стоит сразу оговориться, что работа медицинского юриста как таковая насыщена нетривиальными вопросами и сложными проблемами. И если верна известная шутка о том, что за спиной каждого врача стоит прокурор (хотя, скорее, медицинский эксперт), то деятельность современного медицинского работника все чаще сводит его с юристом в сфере трудовых и медицинских правоотношений.



ТЕАТРО ТЕРАПИЯ

Потому что ты нужен...



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.niioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ!

Проект создан и развивается
при активной поддержке
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ

КАЗНИТЬ НЕЛЬЗЯ ПОМИЛОВАТЬ?



В октябре 2017 г. в ходе профильного совещания Следственного комитета России его главой Александром Бастрыкиным был озвучен посыл о том, что следственные органы обязаны немедленно реагировать на сигналы о врачебной халатности, качественно и в короткие сроки расследовать такие уголовные дела, в полном объеме информировать органы здравоохранения и общественность о причинах и условиях совершения ятрогенных преступлений в целях их исключения в медицинской практике. В ходе совещания много говорилось о так называемых врачебных ошибках и ответственности за их совершение. По результатам обсуждения, в частности, было предложено разработать проект изменений в Уголовный кодекс в части введения специальной нормы, предусматривающей ответственность за совершение преступлений, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи.



И.О. Печерей,
доцент кафедры
судебной медицины
и медицинского
права Московского
государственного
медико-
стоматологического
университета

От врачебной ошибки до ятрогенного преступления

В ходе совещания его участники оперировали двумя терминами, значение которых заслуживает пристального внимания, а именно – «врачебная ошибка» и «ятрогенное преступление». Говоря о данных терминах, сразу стоит отметить, что в настоящий момент законодательство не содержит подобных определений.

В настоящее время в юридической литературе насчитывается около 70 определений понятия врачебной ошибки. При этом самым оптимальным определением данного термина, по моему мнению, следует считать наиболее частое цитируемое определение, предложенное в 1946 г. патологоанатомом, академиком АМН СССР И.В. Давыдовским. Оно звучит следующим образом: «Врачебная ошибка – это следствие добросовестного заблуждения врача при выполнении им профессиональных обязанностей». В данном определении очень важно понятие добросовестного заблуждения врача, то есть ситуация, когда врач использовал все необходимые методики и действовал строго в рамках общепринятой клинической практики, но, тем не менее, эти действия привлекли к заблуждению и, как следствие, к врачебной ошибке. Причинами таких ошибок могут быть атипичное протекание заболевания, индивидуальные особенности организма пациента, сбой в работе оборудования и т.д. Объединяет их одно – они не связаны с заведомо ошибочными действиями работника, а следовательно,

медицинский работник не может привлекаться в данном случае к ответственности за их совершение.

В свое время в проекте закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» фигурировало определение врачебной ошибки – «допущенное нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной ее недостаток независимо от вины медицинской организации и ее работников». Однако в окончательную редакцию закона данное положение не вошло.

Интересен и зарубежный опыт. Так, под грубой врачебной ошибкой в Гражданском кодексе ФРГ подразумевается явное и очевидное нарушение врачом существующих правил лечения и профессиональных стандартов и невозможность объяснить его действия объективными причинами, поскольку они напрямую противоречат принципам деятельности медицинского работника.

Поэтому в законодательство РФ необходимо ввести юридически детерминированное понятие «врачебная ошибка», в котором указать, что в случае, если причиной такой ошибки не являлись заведомо ошибочные действия врача, в частности, нарушения общепринятых алгоритмов лечения, то какая-либо ответственность медицинского работника должна исключаться.

Однако наибольшее затруднение при этом возникает в оценке правильности действия медицинского работника, поскольку в настоящее время какие-либо вменяемые юридические критерии подобной оценки, равно как и единые алгоритмы оказания медицинской помощи, отсутствуют. Это существенно затрудняет оценку правильности или неправильности действий врача. Представляется очевидным, что наряду с



«ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА — ЭТО СЛЕДСТВИЕ ДОБРОСОВЕСТНОГО ЗАБЛУЖДЕНИЯ ВРАЧА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ»

понятием «врачебная ошибка» законодательно необходимо закрепить алгоритмы оказания медицинской помощи. Так, согласно проекту Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан», разработанному во исполнение пункта 2 протокола совещания у заместителя председателя Правительства Российской Федерации Ольги Голодец от 2 февраля 2016 г. № ОГ-П12-31п, предлагается разрабатывать клинические рекомендации по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний), которые будут включать описание моделей пациентов, последовательности действий медицинского работника, схем диагностики и лечения в зависимости от течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты лечения. Принятие такого законопроекта в совокупности с разработкой клинических рекомендаций позволит закрыть белое пятно в законодательстве, связанное с юридической регламентацией непосредственного процесса оказания медицинской помощи.

В настоящее время, чтобы установить условия вины медицинской организации и врача, наличие причинно-следственной связи между действием медработника и наступившими негативными последствиями, проводится судебно-медицинская экспертиза. Например, хирург при операции забывает в операционной полости инструменты или салфетку. Пациента благополучно выписывают, а через какое-то время он умирает. Тут важно определить причинно-следственные связи: если пациент с инородным телом в животе умирает от острого нарушения мозгового кровообращения, причинно-следственная связь, скорее всего, не будет установлена, а значит, и о вине медицинского работника и организации говорить не приходится. А если у пациента случился перитонит, связь между ошибкой и негативными последствиями налицо. Для признания медицинского работника виновным должны иметь место четыре условия: факт причинения вреда здоровью пациента, неправомерность действий персонала медицинской организации, прямая причинная связь между ними и вина персонала медицинской организации. Если хотя бы одного из четырех условий вины нет, нельзя говорить, что во врачебной ошибке виноват медицинский работник.

**ТЕРМИНЫ «ЯТРОГЕНИЯ»
И «ЯТРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»
НЕ СОДЕРЖАТ УКАЗАНИЯ
НА ВИНУ МЕДРАБОТНИКА**



Другим обсуждаемым термином стало понятие «ятрогенное преступление». При анализе данного термина представляется очевидным, что он является составным из двух независимых понятий – «ятрогения» и «преступление». Сами по себе понятия «ятрогения», «ятрогенные заболевания» достаточно широко известны, и им даже дано юридическое определение. Так, согласно приказу Федерального фонда ОМС №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС» под ятрогенными заболеваниями понимается «ухудшение состояния здоровья человека или возникновение нового заболевания, обусловленного неблагоприятными последствиями любых медицинских воздействий». Здесь нужно обратить внимание, что речь идет о заболеваниях, возникших в результате медицинских вмешательств независимо от наличия или отсутствия вины медицинского работника.

Это особенно важно и потому, что в соответствии с ч. 1 ст. 14 УК РФ под преступлением признается виновно



совершенное общественно опасное деяние, запрещенное настоящим Кодексом под угрозой наказания. То есть преступление – это однозначно виновное деяние. Соответственно, «ятрогенное преступление» – это обязательно виновное действие со стороны медицинского работника, приведшее к неблагоприятному исходу. Вместе с тем ранее рассмотренные термины «ятрогения» и «ятрогенные заболевания» не содержат указания на вину медицинского работника. Таким образом, термин «ятрогенные преступления» является бессмысленным, поскольку состоит из двух заведомо противоречивых понятий и, соответственно, не подлежит применению. В свою очередь, если и оперировать термином «ятрогенное преступление», то под ним следует понимать исключительно ту часть ятрогений, которая имеет все признаки состава преступления, в том числе – вины медработника. При этом данный термин не может быть синонимом понятия «врачебная ошибка».

Между тем, по данным Следственного комитета России, число дел, связанных с врачебными ошибками, растет с

каждым годом: если в 2012 г. по результатам 2100 обращений граждан было заведено 311 уголовных дел, то в 2017 г. число обращений увеличилось до 6050, а количество возбужденных уголовных дел — до 1791, при этом 175 из них уже направлены в суды.

Наиболее часто медицинским работникам предъявляют обвинения по ст. 109 УК «Причинение смерти по неосторожности» и ст. 118 УК «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности». Данные преступления имеют неосторожную форму вины, т.е. совершаются без определенного умысла. Однако в последнее время к ним добавилась и ст. 238 «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности».

Опасная 238-я статья

Как правило, медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности по ч. 2 данной статьи, а именно «Производство, хранение или перевозка в целях сбыта либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, а равно неправомерные выдача или использование официального документа, удостоверяющего соответствие указанных товаров, работ или услуг требованиям безопасности, повлекшие по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека».

Эта статья была применена и к гематологу Елене Мисюриной. Рутинная процедура, которая была ею проведена, превратилась в инструмент для нанесения вреда пациенту вследствие некачественного оказания услуг, повлекших по неосторожности смерть человека.

Стоит отметить, что данная статья содержит состав тяжкого преступления. Как следствие, осуждение медицинских работ-

**В ЮРИДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ
НАСЧИТЫВАЕТСЯ ОКОЛО
70 ОПРЕДЕЛЕНИЙ ПОНЯТИЯ
ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ**

ников по данной статье несет для них такие неблагоприятные последствия, как погашение судимости через 8 лет после выхода из колонии (ст. 86 УК РФ), при этом срок давности по таким преступлениям составляет 10 лет (в отличие, например, от ст. 109 УК РФ, где аналогичный срок составляет 2 года) в силу ст. 83 УК РФ.

В свою очередь, объектом преступления по ст. 328 УК РФ выступает здоровье населения. Объективная сторона



ЛЮБОВЬ ХОДЫРЕВА

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ДИРЕКТОРА ПО НАУКЕ,
Д.М.Н.

- Планирование и реализация научных исследований по общественному здоровью и здравоохранению
- Организация и проведение конференций и конгрессов с присвоением кредитов непрерывного медицинского образования
- Экспертная оценка эффективности деятельности медицинских организаций
- Разработка комплексных образовательных программ в области медицины и здравоохранения по социологии, демографии, лекарственному менеджменту, изучению иностранных языков



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.niioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ!

НАУЧНЫЕ
ПРОЕКТЫ

+7 (495) 951-20-54 Москва, Шаркоподольнической, 9
niiozmm@zdrav.mos.ru www.niioz.ru

преступления в случае, когда субъектом преступления становится медицинский работник, заключается в выполнении работ либо оказании услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей. Субъективная сторона преступления характеризуется прямым умыслом, что подтверждается мнением ряда авторов (Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации в 2 т., постатейный, том 2, 2-е издание под ред. А.В. Бриллиантова, «Проспект», 2015; Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации научно-практический, постатейный, 2-е издание, переработанное и дополненное, под ред. С.В. Дьякова, Н.Г. Кадникова, «Юриспруденция», 2013).

Это означает, что лицо, совершающее преступление, знало о том, что его действия приведут к общественно опасным последствиям, предвидело возможность или неизбежность наступления общественно опасных последствий и желало их наступления (ст. 25 УК РФ). То есть, медицинский работник, выполняя медицинскую манипуляцию (что де-факто считается услугой), должен был осознавать, что выполняет медицинское вмешательство с нарушением требований безопасности.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что ст. 238 УК РФ неприменима к медицинскому работнику, поскольку содержит в себе состав преступления с прямым умыслом, заключающимся в осознанном совершении действий, представляющих опасность для пациентов, который у медицинского работника де-факто отсутствует.

Также интересен вопрос о том, кто является субъектом преступления по ст. 238 УК РФ. Ряд авторов (Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации постатейный, под ред. А.И. Чучаева, «Контракт», 2013. 152 с.; Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации для работников прокуратуры, отв. ред. В.В. Малиновский; науч. ред. А.И. Чучаев, «Контракт», 2011. с. 706; «Установление потерпевшего и субъекта преступления, предусмотренного статьей 238 УК РФ», В.В. Колосовский, А.Н. Савченко, «Уголовный процесс», 2008, №3, С. 11–13) однозначно указывает на то, что субъектом преступления по данной статье является собственник коммерческой организации либо руководитель организации, оказывающей определенные услуги. Данное обстоятельство основано на положении закона РФ от 07 февраля 1992 г. №2300-1 «О защите прав потребителей», согласно которому исполнителем признается организация независимо от ее организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, выполняющие работы или оказывающие услуги потребителям по возмездному договору.

Таким образом, медицинский работник, который состоит в трудовых отношениях с медицинской организацией и не выступает в деловом обороте от своего имени, поскольку

не имеет лицензии на осуществление медицинской деятельности и не заключает договора возмездного оказания услуг с пациентом, не может быть привлечен к ответственности по ст. 238 УК РФ. Однако данное обстоятельство не исключает факта привлечения его по другим статьям УК в случаях, если в его действиях имелась неосторожность, повлекшая причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть пациента. В этом случае его возможно привлечь по ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК соответственно.

Исходя из формулировки ст. 238 УК РФ, ответственность по данной статье наступает в том числе в случае несоблюдения требований к безопасности оказываемых услуг. В настоящее время такие требования к медицинским услугам не установлены. Так, под безопасностью медицинской помощи понимается отсутствие недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба («ОСТ 91500.01.0005-2001. Отраслевой стандарт. Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», принят и введен в действие приказом Минздрава России от 22.01.2001 № 12). В свою очередь, согласно ч. 2 ст. 41 УК РФ, «риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам».

Согласно данным определениям, медицинская услуга не должна иметь недопустимого (необоснованного риска), который может привести к возможному нанесению ущерба. Но в подавляющем большинстве случаев оказания медицинской помощи такого сознательного необоснованного риска и не бывает. Проблема заключается лишь в том, что сама по себе медицинская помощь таит в себе риск возникновения тех или иных осложнений, равно как и, например, перелет в самолете таит в себе угрозу его падения. Но если причину падения самолета можно установить, и она может быть связана, в том числе, с невыполнением требований по технике безопасности (например, своевременного обслуживания двигателя), которые четко установлены и регламентированы различными техническими регламентами, то для медицинской помощи таких регламентов, устанавливающих критерии безопасности, не существует.

Также законом о защите прав потребителей установлено, что безопасность услуги подразумевает собой безопасность услуги для жизни, здоровья, имущества потребителей и окружающей среды при обычных условиях, а также безопасность процесса выполнения работы (оказания услуги). Представляется очевидным, что требования к безопасности должны быть четко регламентированы, установлены каким-либо нормативным актом, однако в настоящее время нет такого акта в отношении медицинских услуг.

Исходя из этих данных, можно прийти к выводу, что применение ст. 238 УК РФ к оказанию медицинских услуг невозможно ввиду отсутствия соответствующих критериев безопасности их предоставления, установленных законодательно.

Существует еще одно обстоятельство в «деле Мисюриной». Государственное информагентство ТАСС обобщило всю информацию по делу, и, в частности, оно пишет: «Вскрытие проводил патологоанатом «Медси». По его заключению, причиной смерти стала не оперативное вмешательство и тяжелое состояние онкологического больного, а ошибка, допущенная несколько дней назад Еленой Мисюриной, которая неправильно ввела иглу при биопсии. На выводах этого вскрытия и построено обвинение вокруг Мисюриной».

**В 2012 Г. НА ВРАЧЕЙ БЫЛО
ЗАВЕДЕНО 311 УГОЛОВНЫХ
ДЕЛ, В 2017 Г. ИХ ЧИСЛО
ВЫРОСЛО ДО 1791**

Таким образом, в ходе следствия и в судебном процессе были использованы недопустимые доказательства по делу, а именно заключение о результатах патологоанатомического вскрытия, которое в дальнейшем легло в основу заключения судебно-медицинской экспертизы, проведенной по материалам дела. Вместе с тем, согласно приказу Департамента здравоохранения г. Москвы от 28 апреля 2012 г. № 354, все умершие в стационарах негосударственных лечебных учреждений направляются на судебно-медицинское исследование (экспертизу). Однако подобного направления дано не было, и судебно-медицинское исследование трупа пациента, который умер в частном стационаре, не проводилось. Соответственно, можно сделать вывод, что результаты патологоанатомического исследования должны быть признаны недопустимыми доказательствами по делу (ст. 75 УПК РФ).

В заключение хотелось бы отметить, что в настоящее время возникла и сохраняется избыточная активность правоохранительных органов по расследованию «врачебных дел». Поэтому необходимо декриминализировать правонарушения медицинских работников с неосторожной формой вины и перевести их в рамки административной ответственности, что позволит значительно снизить ту напряженность, которая в настоящее время царит в сообществе медицинских работников, вынуждая многих из них всерьез задуматься о своем будущем в профессии.

ЗАЩИТА ОТ ПАЦИЕНТА КАК МЕДИЦИНСКОМУ РАБОТНИКУ СОХРАНИТЬ СВОИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЧЕСТЬ И ДОСТОИНСТВО

В последнее время, наряду с увеличением количества исков, предъявляемых пациентами к медицинским организациям в связи с некачественным оказанием медицинской помощи, наблюдается рост числа судебных дел, инициаторами которых выступают медицинские работники, защищающие свои права. Нередко медицинские работники подают исковые требования о защите чести, достоинства и профессиональной репутации. Ответчиками по подобным делам, наряду с различными средствами массовой информации, нередко выступают пациенты.

В нормативно-правовых актах отсутствует определение чести и достоинства. По сложившемуся мнению, под честью как правовой ценностью следует понимать некую положительную оценку нравственных, этических, деловых, профессиональных качеств гражданина. В современных условиях эти качества не только влияют на место, занимаемое лицом в обществе, но также имеют громадное значение на рынке услуг, работ, товаров, продукции, зачастую определяя удачливость в деловых операциях, успех при заключении контрактов и т.д. Достоинство гражданина – категория, тесно связанная с честью. Это, по существу, отражение в сознании человека места, занимаемого им в системе социально значимых связей, в т. ч. и рыночных. Достоинство гражданина – это его самооценка, основанная на оценке, данной ему обществом, его сослуживцами, друзьями, партнерами и т.п.

Пункт 1 ст. 152 Гражданского кодекса (ГК) РФ специально выделяет в качестве объекта защиты такую категорию, как деловая репутация. В отличие от чести, достоинства лица, деловая репутация – это категория, присущая чисто рыночным отношениям. Причем речь идет о деловой репутации как физических, так и юридических лиц. Устойчивая, стабильная деловая репутация основана обычно на исключительно добросовестном отношении лица к своим профессиональным, служебным, договорным и т.п. обязательствам. Помимо высокого престижа лица на рынке, деловая репутация обеспечивает ему и немалые имущественные выгоды: стабильный спрос на его продукцию, расширение хозяйственных и деловых связей, предоставление определенных льгот и преимуществ при проведении макроэкономических мероприятий, первоочередные государственные заказы и т.п. А все это благотворно влияет уже на социальную значимость лица, на его роль в системе ценностей данного общества.

Пункт 7 постановления пленума Верховного Суда РФ от 24 февраля 2005 г. № 3 гласит: «Под распространением сведений, порочащих честь и достоинство граждан или деловую репутацию граждан и юридических лиц, следует понимать опубликование таких сведений в печати, трансляцию по радио и телевидению, демонстрацию в кинохроникальных программах и других средствах массовой информации, распространение в сети Интернет, а также с использованием иных средств телекоммуникационной связи, изложение в служебных характеристиках, публичных выступлениях, заявлениях, адресованных должностным лицам, или сообщение в той или иной, в том числе устной, форме хотя бы одному лицу. Сообщение таких сведений лицу, которого они касаются, не может признаваться их распространением, если лицом, сообщившим данные сведения, были приняты достаточные меры конфиденциальности с тем, чтобы они не стали известны третьим лицам».

Порочащие сведения умаляют честь, достоинство и деловую репутацию гражданина в общественном мнении или мнении отдельных лиц. Объективными критериями для признания судом порочащего характера распространенных сведений служат действующие юридические нормы, принципы общечеловеческой и профессиональной морали.

Характерной особенностью распространения сведений, порочащих честь и достоинство медицинских работников, является представление подобных материалов в жалобах, направляемых пациентами в различные инстанции. В ходе опроса медицинских работников, проведенного МГМСУ им. А.И. Евдокимова, на 54,7% из них пациенты подавали жалобы непосредственно руководителям лечебных учреждений и в органы местного самоуправления. В 44,3% случаев в жалобах ставилась под сомнение профессиональная квалификация врачей и среднего медицинского персонала, в 10,7% случаев в тексте жалобы в отношении медицинских работников употреблялись выражения, которые можно расценить как оскорбительные («тварь», «скотина», «сволочь», «идиот» и т.п.). При этом в результате служебных проверок, проведенных в отношении жалоб, 86,2% из них были признаны необоснованными.

Об этих жалобах, в связи со служебными проверками и анализом качества оказанной медицинской помощи, стало известно широкому кругу лиц (администрации лечебных учреждений; коллегам медицинских работников, сотрудникам страховых компаний, органов местного самоуправления и т.п.). Таким образом, в данном случае можно говорить о распространении сведений, порочащих честь и достоинство медицинских работников, что в соответствии с п. 1 ст. 152 Гражданского кодекса РФ наделяет их правом требовать по суду опровержения подобных сведений от лица, их распространившего (заявителя жалобы), а также требовать компенсации морального вреда за причиненные нравственные страдания.

Стоит отметить, что все большее распространение в сфере оказания медицинских услуг получает такое явление как «потребительский экстремизм», т.е. попытка недобросовестного потребителя, манипулируя юридическими нормами в корыстных целях, не защитить свои права, а получить определенную выгоду и доход. Так, по результатам анонимных опросов, многие пациенты подают жалобы, преследуя цель причинения морального вреда медицинским работникам, действиями которых они по каким-либо причинам были недовольны. Причем, по результатам служебных проверок, в достаточно большом количестве случаев действия медицинских работников соответствовали требованиям, предъявляемым соответствующими должностными инструкциями, стандартами оказания медицинской помощи, биомедицинской этикой и т.п. Однако по объективным причинам в ходе судебного заседания доказать, что в рассматриваемом случае имело место злоупотребление правом, зачастую невозможно. На форумах интернет-сайтов и в социальных сетях пользователи обмениваются различного рода информацией, в т. ч. о работе медицинских организаций и медицинских работников и зачастую оставляют негативные комментарии в их адрес, совершенно не задумываясь о последствиях своих действий.

ДОСТОИНСТВО ГРАЖДАНИНА – ЭТО ЕГО САМООЦЕНКА, ОСНОВАННАЯ НА ОЦЕНКЕ, ДАННОЙ ЕМУ ОБЩЕСТВОМ

Нередки случаи, когда пациенты, недовольные качеством лечения, называют врачей, оказывавших им медицинскую помощь, «убийцами», «взяточниками», тем самым фактически обвиняя конкретных медицинских работников в совершении преступлений, предусмотренных уголовным кодексом (УК). Часто можно встретить оскорбительные выражения в адрес персонала медицинских организаций и их руководителей. Насколько правомерны такие действия? Статьей 5.61 Кодекса по административным правонарушениям (КоАП) РФ установлена ответственность за оскорбление, а именно – за унижение чести и достоинства другого лица, выраженное в неприличной форме. Санкции за данное правонарушение предусмотрены вполне значительные. Так, например, согласно ч. 2 ст. 5.61 КоАП РФ оскорбление, содержащееся в публичном выступлении, публично демонстрируемом произведении или средствах массовой информации, влечет наложение административного штрафа на граждан в размере 3–5 тыс. руб.; на должностных лиц – 30–50 тыс. руб.; на юридических лиц – 100–500 тыс. руб.



Медицинские работники, в отношении которых размещена подобная информация, содержащая недостоверные сведения и (или) имеющая оскорбительный характер, могут защитить свои права. Согласно ч. 1 ст. 23 Конституции РФ, граждане, а к ним, безусловно, следует причислить и медицинских работников, имеют право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени. Данное положение получает развитие в Гражданском кодексе РФ. В соответствии с ч. 1 ст. 152 ГК РФ гражданин вправе требовать по суду опровержения порочащих его честь, достоинство или деловую репутацию сведений, если распространивший такие сведения не докажет, что они соответствуют действительности. При этом, в силу ч. 5 этой же статьи, если сведения, порочащие честь, достоинство или деловую репутацию гражданина, оказались после их распространения доступными в интернете, гражданин вправе требовать удаления соответствующей информации, а

в свою очередь, УК РФ содержит ст. 128.1 «Клевета». Под ней понимается распространение заведомо ложных сведений, порочащих честь и достоинство другого лица или подрывающих его репутацию. Стоит отметить, что в 2011 г. клевета как преступление была декриминализована (за нее была установлена административная ответственность), однако в 2012 г. такое преступление вновь появилось в Уголовном кодексе.

Законодательство и правоприменительная практика не делают каких-либо различий в применении этих правовых норм в отношении действий граждан в сети интернет, таких, как оскорбления конкретных лиц, размещенные на интернет-сайтах, и распространение таким же образом сведений, не соответствующих действительности. Таким образом, если граждане размещают в сети интернет информацию, которая носит оскорбительный характер в отношении медицинских работников или не соответствует действительности, т.е. фактически является клеветнической, данное обстоятельство следует расценивать как безусловное правонарушение.

также опровержения указанных сведений способом, обеспечивающим доведение опровержения до пользователей сети. Также на основании ч. 9 ст. 152 ГК РФ гражданин, в отношении которого распространены сведения, порочащие его честь, достоинство или деловую репутацию, вправе требовать возмещения убытков и компенсации морального вреда, причиненных распространением таких сведений. Другим правозащитным механизмом является непосредственное обращение в правоохранительные органы по факту оскорбления, например, если в интернете размещены оскорбительные высказывания в отношении конкретного медицинского работника. Однако далеко не каждое оскорбление может быть рассмотрено правоохранительными органами как правонарушение, так как законодательство не дает определения, что следует считать неприличной формой умаления чести и достоинства по смыслу ст. 5.61 КоАП РФ. В случае если в интернете без ведома и согласия медицинского работника размещены его персональные данные (а такое часто бывает, когда, например, на различных

интернет-ресурсах происходит обсуждение деятельности конкретного медицинского работника с указанием на его ФИО и другие персональные данные), то у него также есть возможность обратиться в Роскомнадзор, федеральный уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных с целью защиты своих прав. Также медицинский работник может направить обращение непосредственно администрации интернет-ресурса, на котором размещена соответствующая информация, с просьбой об ее удалении. Несмотря на то что законодательство содержит достаточно механизмов для защиты чести, достоинства и профессиональной репутации, медицинские работники предпочитают отмалчиваться и не реагировать на негативные и оскорбительные высказывания их бывших пациентов в интернете. Основной причиной этого является не столько неосведомленность о своих правах, сколько незнание механизма их реализации.

Поэтому приведем алгоритм, в соответствии с которым необходимо действовать. Для начала следует определиться, что является конечной целью – только удаление недостоверной информации либо ее опровержение, привлечение разместившего ее лица к юридической ответственности и последующее возмещение морального вреда?

Общим для всех вариантов будет являться сбор доказательств того, что имело место оскорбление либо распространение сведений, не соответствующих действительности. В первую очередь необходимо сделать скриншоты размещенной информации, чтобы зафиксировать ее размещение, поскольку она может быть удалена в любой момент после подачи медицинским работником соответствующего обращения. Исходя из сложившейся практики, целесообразно заверить сделанные скриншоты у нотариуса, что будет означать подтверждение достоверности представляемых доказательств.

В случае если целью будет являться исключительно удаление информации с интернет-ресурса, необходимо отправить обращение к его администрации, в котором указать на ту информацию, которая, по мнению заявителя, не соответствует действительности, порочит его честь, достоинство, профессиональную репутацию и (или) оскорбляет его. Также в заявлении следует указать на факты, которые подтверждают, что информация не соответствует действительности и является ложной. В обращении следует потребовать у администрации ресурса удалить эту информацию и указать на то, что заявитель оставляет за собой право обратиться в соответствующие контролирующие и правоохранительные органы, а также в суд, если его законное требование не будет исполнено. Если это действительно произойдет, наиболее целесообразно обратиться в Роскомнадзор и в прокуратуру. Если необходимы дальнейшие шаги, исходя из сложившейся практики, целесообразно сразу обращаться с

соответствующим заявлением в прокуратуру. В заявлении необходимо указать все имеющиеся обстоятельства, а именно:

- привести информацию, которая, по мнению заявителя, не соответствует действительности или носит оскорбительный характер;
- указать интернет-ресурс, где размещена подобной рода информация;
- приложить скриншоты, подтверждающие размещение этой информации на данном ресурсе;
- предоставить факты, свидетельствующие о том, что размещенная информация не соответствует действительности;
- просить произвести проверку размещенной информации и возбудить производство по делу об административном правонарушении по ст. 5.61 КоАП РФ, в случае если информация содержит оскорбления, либо возбудить уголовное дело по ст. 128.1 УК РФ, в случае если имело место распространение сведений, не соответствующих действительности.

В 2012 Г. СТАТЬЯ О КЛЕВЕТЕ ВНОВЬ ПОЯВИЛАСЬ В УГОЛОВНОМ КОДЕКСЕ

С целью компенсации морального вреда необходимо обратиться в суд. В исковом заявлении следует:

- подробно отразить все обстоятельства и факты;
- приложить к исковому заявлению доказательства распространения клеветнических сведений (скриншоты, заверенные нотариусом);
- привести доказательства того, что распространенные сведения являются клеветой;
- просить суд вынести решение об опубликовании опровержения и взыскании морального вреда с лица, распространившего клеветнические сведения.

Исковое заявление целесообразно подавать вместе с соответствующим заявлением в прокуратуру. Также рекомендуем разместить поданные заявления в прокуратуру и в суд на интернет-ресурсе, на котором была размещена порочащая информация.

Особо стоит отметить, что иногда в прокуратуру стоит обратиться с целью установления личности пользователя, который разместил оскорбление или несоответствующую действительности информацию, ведь зачастую подобная информация размещается анонимно, используются различные никнеймы, что не позволяет достоверно установить их личность. Как показывает практика, при проведении соответствующей проверки прокуратуре удается установить личность пользователя и привлечь его к ответственности.

ПОЛИНА ГАБАЙ

БОЛЬШИНСТВО ИЗ ТАК НАЗЫВАЕМЫХ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК НЕ ИМЕЮТ СОСТАВА ПРЕСТУПЛЕНИЯ

Существует ли понятие «врачебная ошибка»? Как должны проходить судебные разбирательства «медицинских» дел? Чем прямая причинно-следственная связь отличается от косвенной? На эти и другие вопросы из области медицинского права «Московской медицине» ответила Полина Габай.

АВТОР: ОЛЕГ ПЕТРОВСКИЙ



П.Г. Габай
генеральный директор ООО «Факультет медицинского права»

– Полина Георгиевна, насколько подготовлены российские суды общей практики к разбору сложных медицинских случаев, в состоянии ли судьи разобраться в зачастую противоречивых экспертизах, чтобы вынести объективный вердикт?

– Судья практически всегда доверяет заключению судебно-медицинского эксперта и основывает приговор на его выводах. У судьи есть возможность назначить дополнительную или повторную экспертизу – но сначала он должен, по крайней мере, усомниться в качестве первой. Для того чтобы увидеть недоработки или противоречия судмедэкспертизы, необходимо свободно ориентироваться в медицине, изучить массу медицинской литературы, – на это у судей нет ни времени, ни желания.

Из этой ситуации есть два выхода, оба успешно применяются за рубежом. Первый – в ряде стран есть судьи, которые неофициально специализируются на делах со сложной медицинской составляющей. Они занимаются самоподготовкой, стараются повысить свой уровень медицинских знаний. Перегруженные российские судьи просто не имеют возможности даже задуматься над результатами экспертизы, если на рассмотрение дела отведено 40 минут, в лучшем случае, а в день нужно рассмотреть 15 дел.

Второй способ – расширение категорий дел, рассматриваемых судом присяжных. В делах, где ключевое значение имеют медицинские вопросы, половину присяжных можно набирать из обладателей высшего медицинского образования. Именно половину, а не всех – чтобы не возникали подозрения в «корпоративной солидарности». Для них разобраться в обоснованности заключения судмедэксперта не составит сложности.

- Стоит ли законодательно утвердить понятие «врачебная ошибка»?

– Не думаю, что с этим стоит торопиться. Любая юридическая ответственность не наступает ввиду ошибки, неблагоприятного исхода лечения и даже причинения вреда здоровью или смерти пациента. Для наступления ответственности должен быть доказан ряд условий, включая противоправность действий врача.

С другой стороны, понятийный аппарат медицинского права, конечно же, требует доработки, а возможно, и новой разработки, иначе мы будем лишены самого важного инструмента корректных юридических выводов и оценок. Но одним определением «врачебная ошибка» нельзя ограничиваться. Как минимум, надо вводить и такие определения, как «дефект медицинской помощи», «допустимый (обоснованный) медицинский риск» и его критерии, «безопасность медицинской помощи» и др. Но нужно не дополнять законодательство новыми терминами, а придать им юридически ценное и корректное содержание.

Врачебная ошибка, на мой взгляд, не должна определяться только как неправильное действие медицинского работника. Такой подход отдает бездушным механицизмом, загоняет медицину в рамки ремесла. Определение врачебной ошибки как противоправного действия, по сути, вынесет приговор всему здравоохранению, так как перенесет сложный груз несовершенства современной медицинской науки и наличия человеческого фактора на плечи медицинских работников. Пациенты будут считать, что любое проявление творческого или просто нестандартного подхода в лечении является поводом для возбуждения уголовного дела или подачи гражданского иска.

- Министр здравоохранения России Вероника Скворцова предлагает срочно ужесточить контроль за соблюдением клинических протоколов. Но всегда ли врач может оказать помощь пациенту по протоколу? Например, прежде чем назначить лечение, нужно собрать анализы. Но что делать, если это невозможно или процесс затягивается, а лечение в некоторых случаях надо начинать срочно?

– Прежде всего, стоит заметить, что протоколы лечения представляют собой не что иное, как клинические рекомендации. Конечно, можно ужесточить контроль за тем, что не является

обязательным и не имеет статуса нормативного документа, но как это можно уложить в рамки правового поля, я не совсем представляю.

С клиническими рекомендациями сегодня слишком много проблем, чтобы они могли стать обязательными для врача. Нет порядка их утверждения, типовой формы, четкого распределения медработников за профессиональными ассоциациями, которые утверждают эти самые протоколы. Ведь таких ассоциаций сейчас множество, и у каждой из них свой взгляд и подход, причем в отношении одной и той же болезни или манипуляции. Поэтому врачи нередко оказываются между двух противоположных «правильных рекомендаций».

Но проблема еще глубже. Ведь, помимо порядков, стандартов и протоколов лечения, имеются и другие авторитетные медицинские источники знаний и опыта. Например, учебники или зарегистрированные в свое время медицинские технологии, да и просто нигде не зафиксированные опыт и обычаи, то есть сложившаяся клиническая практика. Как это, кстати, было в случае с трепанобиопсией, проведенной Еленой Мисюриной

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ КАК ПРОТИВОПРАВНОГО ДЕЙСТВИЯ ВЫНЕСЕТ ПРИГОВОР ВСЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

(врач-гематолог, руководитель Гематологической службы ГКБ №52 ДЗМ, которая 22 января 2018 г. была приговорена судом первой инстанции к 2 годам лишения свободы в колонии общего режима. – ММ). Пока не будет четкого нормативного статуса этих медицинских источников и не будет понятна их иерархия, никакие команды сверху не смогут упорядочить этот хаос, и любая медико-правовая оценка действий врача не будет носить бесспорный характер.

Что делать врачу, если он не может сделать все по протоколу? Конечно, он не должен отказывать в помощи пациенту, если знает, как ему помочь. Благо, что оценка действия врача производится не по одному единственному критерию. Кроме «выполнил или не выполнил протокол», оцениваются последствия, условия и причины случившегося. Был ли причинен пациенту вред? Почему, например, не было соответствующего оборудования или лекарств? То есть надо разбираться, чья вина в том, что врач не имел объективной возможности сделать все как положено. А если имел, тогда почему не сделал? Если нарушение протокола формально, то оно не является основанием для привлечения врача к уголовной ответственности. Есть вероятность, что врач нарушал нормы, умышленно намереваясь навредить. Но я не представляю себе такую возможность.



ЕЛЕНА ВОРОБЬЕВА

РУКОВОДИТЕЛЬ СЕКТОРА
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ

- Разработка и реализация комплексных образовательных программ в области медицины и здравоохранения
- Программы повышения квалификации на 2018 год:
 - Организация здравоохранения. Заполнения форм федерального статистического наблюдения
 - Разработка, внедрение и подтверждение соответствия системы менеджмента качества медицинской лаборатории
 - Организация здравоохранения и общественное здоровье
 - Управление сестринской деятельностью, и многое другое
- Полный список образовательных проектов доступен на сайте niioz.ru



**НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА**
www.niioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ!

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ
ПРОЕКТЫ**

+7 (495) 951-20-54 Москва, Шаркоподшипниковская, 9
niiozmm@zdrav.mos.ru www.niioz.ru

– Одни и те же манипуляции могут привести к совершенно разным последствиям. При пункции артерии может возникнуть гематома. При операции на брюшной полости может развиваться спаечная болезнь, и т.д. Можно ли считать это врачебной ошибкой и наказывать за нее?

– Пожалуй, это центральная часть проблемы, которая состоит в смещенном фокусе оценки происходящего. Пациенты и общественность в основном оценивают «верхушку айсберга», то есть неблагоприятные последствия лечения, а не само лечение и его условия. Осложнения и побочные эффекты являются, к сожалению, неотъемлемой частью медицинской практики. В причинах и условиях их появления и кроется самое важное, только такая информация способна быть источником правовой оценки. Ведь очевидно, что не весь причиняемый в ходе лечения вред, нанесенный пациенту, является противоправным, а следовательно, наказуемым.

Приведу примеры объективных причин, не зависящих от врача: отказ пациента от выполнения необходимого обследования или лечения, пропуск приема лекарства, атипичное развитие болезни, непредсказуемые реакции человеческого организма. Правда, последнюю ситуацию оценивать крайне непросто, так как она также требует прояснения условий возникновения. Поэтому очень важна доказательная база, свидетельствующая о том, что медицинской науке доподлинно известно о таких реакциях, осложнениях, вариантах побочных явлений и пр.

Еще на чем хочу акцентировать внимание – вина является обязательным условием привлечения к уголовной ответственности, однако гражданско-правовая ответственность может наступить и в безвиновных условиях, например, при причинении вреда здоровью вследствие недостатков медицинских услуг. Однако здесь опять же крайне важна квалификация причиненного вреда.

– Как определить, какие доказательства вины суд должен принимать во внимание? Ведь бывает, что следствие не нашло причинно-следственной связи, а суд все равно вынес обвинительный приговор.

– Как известно, лишь прямые причинные связи имеют юридическое значение, а косвенные, или так называемые случайные, связи исключают наступление ответственности. Однако эта истина не так очевидна, поскольку в этой области имеется ряд проблем. Во-первых, не существует единых механизмов определения таких связей. Во-вторых, отсутствует точное законодательное положение о том, что косвенные связи, в отличие от прямых, не должны квалифицироваться как причинно-следственные связи в контексте и в смысле гражданского и уголовного законодательства.

В совокупности эти проблемы приводят к тому, что периодически суды привлекают медицинские организации и врачей к ответственности при отсутствии прямой связи, ошибочно полагаясь на наличие хоть какой-нибудь опосредованной связи. Кстати, этому отчасти способствуют и эксперты, которые в своих заключениях не высказываются точно о характере связи, прямая она или косвенная, тем самым оставляя этот ключевой вопрос на усмотрение суда, который объективно не способен дать должную оценку.

Квалификация связи – прямая она или косвенная – тоже является серьезной проблемой. Приведу пример: пациенту в ходе операции была повреждена крупная артерия, и он умер. Между повреждением артерии и смертью пациента имеется прямая причинно-следственная связь, так как такое повреждение артерии неминуемо влечет за собой смерть пациента, если ему не была вовремя оказана должная медицинская помощь. В случае же повреждения мелкого сосуда, которое, тем не менее, привело к кровопотере и смерти пациента, наличие прямой связи не столь очевидно. Для установления прямой связи от экспертов потребуются однозначность в ответе на вопрос, связаны ли повреждение сосуда и наступление летального исхода?

Для корректного определения вида связи в данном случае эксперты должны ответить на целый ряд вопросов, среди которых можно выделить следующий – «Всегда ли повреждение мелкого сосуда неизбежно приводит к смерти пациента?» Вряд ли ответ будет положительным. Для должной оценки придется учитывать и расположение сосуда, и характер повреждения, и истинные причины кровопотери (например, нарушение свертываемости крови пациента). Эти и другие обстоятельства должны быть глубоко исследованы экспертной комиссией для правильного определения вида связи. Таким образом, прямая причинно-следственная связь должна отвечать целому ряду критериев, среди которых неизбежность наступления именно этого последствия. Но я бы все-таки говорила о некоем главном событии, создавшем реальную самостоятельную возможность наступления определенного последствия.

- Бывают ситуации, когда у пациента очень мало шансов выжить, но он все же хочет их использовать. И тогда врач берет на себя риск. Но пойдет ли он на этот риск, если в итоге ему будут грозить два года колонии и многомиллионные штрафы?

– Я знакома со многими настоящими врачами, которые не ставят во главу угла бюрократические порядки и ориентируются главным образом на нужды пациента, помощь ему, спасение жизни.

Работа анестезиолога-реаниматолога или врача скорой помощи связана с постоянным повышенным риском и крайне высокой смертностью пациентов. Что же, теперь придется записать всю их деятельность в категорию небезопасных

услуг? Любая медицина – это зона неминуемого риска. Крайне важно давать правильную юридическую оценку этому риску и понимать, что подразумевается под правом пациента на безопасность услуги. Безопасность медицинской помощи, говоря юридическим языком, – это отсутствие недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба. Таким образом, наличие допустимого риска не является признаком небезопасности, вот только его критерии не вполне урегулированы законодательством.

- Появляется все больше жалоб на врачей со стороны пациентов, говорит ли это о том, что число врачебных ошибок, настоящих или мнимых, объективно растет? Что с этим делать? Следственный комитет России делает то, что умеет, – применяет «дубину», заводит уголовные дела и доводит их до судов. А что, по вашему мнению, правильнее делать в этой ситуации?

– Многое уже сделано. Например, создан институт аккредитации врачей, которая должна проходить каждые пять лет, внедряется система непрерывного медицинского образования. Но этого недостаточно, тем более, что и заработать должным образом она не может, имеется целый ряд юридических проблем, которые очень сложно решить. Но, на мой взгляд, проблема и в неудовлетворительном состоянии медицинского законодательства. Некоторые важнейшие вещи не урегулированы – мы уже говорили о том, что до сих пор нет официального законодательного определения врачебной ошибки. Другие аспекты врачебной работы, наоборот, излишне забюрократизированы.

**НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
РЕФОРМУ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА,
СОГЛАСОВАННУЮ С
МЕДИЦИНСКИМ СООБЩЕСТВОМ**

Поэтому первое, что необходимо сделать, – провести последовательную реформу законодательства, согласованную с медицинским сообществом. Под ним я подразумеваю не всех медицинских работников, а соответствующие профессиональные ассоциации и саморегулируемые организации. Именно они имеют в своем составе наиболее квалифицированных специалистов, которые могут оценить действия других врачей. На мой взгляд, на основе этих ассоциаций должен быть создан единый координационный центр по рассмотрению конфликтных ситуаций, связанных с так называемыми врачебными ошибками. Ведь большинство из них не имеют состава преступления.



Социологический опрос врачей

ВРАЧАМ НУЖНА ЗАЩИТА

На прошедшей 5 марта в мэрии Москвы клинико-анатомической конференции сотрудники аналитического отдела ГБУ «НИИОЗММ» ДЗМ провели социологический опрос врачей по юридическим аспектам оказания медицинской помощи.

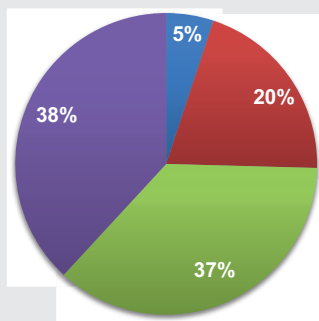


Мария Гурылина,
аналитик
аналитического отдела
ГБУ «НИИОЗММ» ДЗМ

Социологический опрос показал: врачи считают крайне важными юридические аспекты оказания медицинской помощи. Но большинство респондентов описывают существующие проблемы общими фразами, затрудняясь обозначить конкретные проблемы. Примеры таких ответов: «врачам трудно что-либо понять в юридических вопросах, нужно обучение», «проблемы из-за недостатка образования в части законодательства», «незнание прав и обязанностей», «основная сложность – незнание законодательной базы при общении с пациентами», «врачи слабо разбираются в юридических вопросах», «недостаток знаний в сфере уголовного законодательства». Высокая актуальность данного вопроса и низкая компетентность врачей в нем говорят о необходимости повышения уровня образования медицинских работников в области медицинской юриспруденции.

Правовую грамотность медицинского персонала города Москвы необходимо повышать? Что нужно сделать в первую очередь?

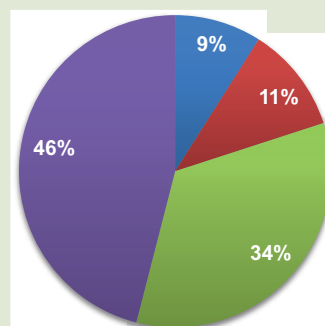
- Нет, текущий уровень грамотности достаточен
- Необходимо предусмотреть возможность юридических консультаций внутри медицинских учреждений
- Необходимо создание специальной правовой службы по работе с медицинскими работниками в системе ДЗМ
- Необходимо проведение обучающих мероприятий



5% респондентов (6 человек) считают достаточным текущий уровень правовой грамотности медицинских работников.

Что необходимо сделать в первую очередь для повышения правовой защищенности врача

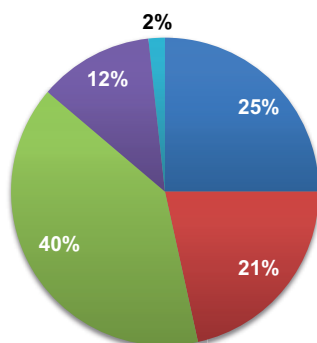
- Уточнение классификации ятрогенных (врачебных) преступлений
- Изменение вида ответственности за врачебные ошибки – от уголовной к административной
- Страхование профессиональной ответственности медицинских работников
- Внесение изменений в законодательство РФ в отношении ответственности медицинских работников



46% опрошенных врачей считают, что в первую очередь необходимо «внесение изменений в законодательство РФ в отношении ответственности медицинских работников».

Как вы оцениваете степень правовой защищенности московских врачей?

- 1 (очень плохо)
- 2
- 3
- 4
- 5 (очень хорошо)



2,4 – средняя оценка правовой защищенности московского врача по пятибалльной шкале. Большинство респондентов оценивают степень правовой защищенности на «троечку», только двое из опрошенных считают, что московские врачи «полностью защищены».



Москва 24
ТЕЛЕКАНАЛ

ПУЛЬС ГОРОДА

В ПРОЕКТЕ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ
ЛУЧШИЕ МОСКОВСКИЕ ВРАЧИ

ПОДРОБНОСТИ
НА PULS.M24.RU



РЕКЛАМА 18+

НЕАДЛЕЖАЩАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

20-ЛЕТНИЙ АНАЛИЗ ИСКОВ О ВОЗМЕЩЕНИИ ВРЕДА В НИДЕРЛАНДАХ

Последние два десятилетия отмечены широким внедрением лапароскопических технологий в хирургию. В гинекологической практике лапароскопические методы широко применяются уже около 20 лет. Страховщики Нидерландов накопили статистику страховых случаев и выплат за этот период.

Источник: Sandberg E.M., Bordewijk E.M., Klemann D., Driessen S.R.C., Twijnstra A.R.H, Jansen F.W. Medical malpractice claims in laparoscopic gynecologic surgery: a Dutch overview of 20 years. *Surg Endosc.* 2017;31(12):5418-5426. doi:10.1007/s00464-017-5624-8. Перевод: Валерий Аксенов

Обеспечение безопасности при внедрении новых методов оперативного лечения является сложной задачей, особенно когда это касается высокотехнологичных процедур. В отличие от новых лекарственных препаратов, эффективность и безопасность которых обычно изучается до начала клинического применения, результаты применения новых оперативных методов и техники оцениваются только с течением времени. Успех новых медицинских технологий оценивается, в первую очередь, по клиническим исходам. Однако в эпоху распространения ценностноориентированного здравоохранения (Value-Based Health Care) для оценки результатов оказания медицинской помощи учитываются и другие показатели. Одним из дополнительных источников информации являются данные об ответственности медицинских работников. Эти данные дают уникальное представление о том, что, по мнению пациентов, является некачественной медицинской помощью. Понимание причин подачи исков о возмещении вреда, особенно в новых отраслях хирургии, должно быть частью процесса оценки качества медицинской помощи.

В связи с этим целью настоящего исследования стал анализ имущественных требований (претензий, исков) о возмещении вреда, связанных с проведением лапароскопических гинекологических операций в Нидерландах за два последних десятилетия. Дополнительная цель нашего исследования заключалась в выявлении тенденций и/или факторов риска появления таких исков.

Материалы и методы

Для поиска имущественных требований о возмещении причиненного вреда, связанных с гинекологической лапароскопической хирургией, мы провели поиск в базах данных двух крупнейших голландских страховых компаний по страхованию гражданской ответственности (MediRisk и Centramed). Для анализа отбирались все претензии, касающиеся гинекологической лапароскопической хирургии. Были получены все претензии с момента основания этих компаний, т.е. с 1993 г. для MediRisk и 1995 г. для Centramed и до 1 января 2016 г. В настоящее время в MediRisk и Centramed застраховано 87 из 91 (95,6%) всех голландских больниц.

Критерии отбора

В исследование включались претензии, связанные с повреждениями и/или техническими погрешностями при проведении гинекологических лапароскопических операций. Мы исключили иски, связанные с нежелательной беременностью после неудачной лапароскопической стерилизации и внутриматочными процедурами. Были включены как принятые, так и отклоненные случаи требований о возмещении вреда. Принятый случай означает, что медицинская страховая компания признает, что в данном случае качество медицинской помощи было неудовлетворительным и нежелательного исхода можно было избежать. Этим пациентам выплачивается компенсация по возмещению вреда. Отклоненный случай означает,

что, хотя неблагоприятное событие и имело место, оно не было связано с ненадлежащей медицинской помощью. В этих случаях компенсация не выплачивается.

Извлечение данных

Медицинские и юридические карты всех отобранных требований были рассмотрены в офисах страховых компаний. Были получены следующие данные: 1) описание инцидента и время его выявления; 2) юридическая информация (ответственность, наличие адвоката, сроки, затраты и выплаты); 3) сведения о пациенте (возраст и индекс массы тела), хирургический анамнез, работа в сфере здравоохранения, тип больницы (клиническая, неклиническая) и 4) вид оперативного вмешательства по классификации Европейского общества гинекологической эндоскопии (ESGE) и осложнений по классификации Голландского общества акушерства и гинекологии (NVOG). Каждое осложнение подразделялось на четыре категории: (A) временная нетрудоспособность, повторное вмешательство не требуется; (B) нетрудоспособность, разрешившаяся после повторного вмешательства; (C) бессрочная инвалидность и (D) смерть.

Отбор претензий

За исследуемый период было выявлено 328 претензий, из которых 146 (44,5%) не соответствовали нашим критериям включения и были исключены. Кроме того, 49 претензий (15%) были недоступны. В результате в наше исследование было включено 133 иска (119 из MediRisk и 14 из Centramed). Из этих 133 претензий 79 были отклонены страховыми компаниями (59,3%) и 54 были приняты (40,6%), из которых 20 были разрешены на основе мировых соглашений.

Характеристики пациентов и оперативных вмешательств

21 женщина, подавшая иск (21,6%), работала в медицинском секторе. За исследуемый период 63 из 87 больниц (72,4%) был предъявлен по крайней мере один иск. Количество предъявленных претензий варьировалось, но не превышало 6 на одну больницу. Несколько больше претензий подавали пациенты, которые лечились в клинических больницах, по сравнению с больницами, не являющимися базами медицинских вузов (55,8 против 44,2%).

На рисунке представлено распределение претензий в зависимости от типа операции. Наибольшее число (33,8%) было связано с операциями на придатках матки, затем шли лапароскопическая гистерэктомия (19,5%), диагностическая лапароскопия (18,8%) и лапароскопическая стерилизация (15,8%). Другие лапароскопические процедуры (12%) включали адгезиолизис, операции при внематочной беременности, удаление мигрировавших в брюшную полость внутриматочных спиралей и сакроколькопексию. 77% претензий относились к несложным вмешательствам по классификации ESGE.

Рисунок. Распределение претензий в зависимости от типа операции



Ненадлежащая медицинская помощь

За исследуемый период в среднем ежегодно подавалось 6 требований о возмещении вреда. Больше всего претензий (15) пришлось на 2007 г. 91,7% требований, связанных с лапароскопической гистерэктомией, было подано за последние 10 лет после 2005 г. Никаких других конкретных тенденций в зависимости от вида вмешательства или типа причиненного вреда выявлено не было.

Как видно из приведенных в табл. 1 данных, 81,9% всех исков было подано в связи с повреждениями висцеральных органов и сосудов. Повреждения кишечника не были связаны с конкретной лапароскопической процедурой, в то время как 92% повреждений мочеочечника произошло во время лапароскопической гистерэктомии или операции на придатках матки. 51 (38,3%) претензия, в том числе 19 принятых, были связаны с повреждениями, возникшими при введении иглы и/или троакара.

Повреждения, связанные с лапароскопическим доступом, включали 35 ранений кишечника, 9 повреждений сосудов, 6 повреждений мочевого пузыря и одно повреждение желудка. 12 (9%) претензий, в т.ч. 5 принятых, были связаны с термическими повреждениями [кишечник (5), мочеочечник (6) и нерв (1)]. Эти повреждения были обнаружены после операции, и во всех случаях потребовалось повторное вмешательство.

Технические причины сыграли свою роль в 6 (4,5%) одобренных случаях. Они были вызваны неправильным использованием инструментов (1) и лапароскопического монитора (1). Остальные 4 иска были связаны с оставлением предметов в брюшной полости [иглы (2), тубуса инструмента (1) и марли после конверсии на лапаротомию (1)].

Что касается тяжести осложнений, то 104 (78,2%) пациентам потребовалось хотя бы одно повторное вмешательство, а 84 (80,8%) из них пришлось делать лапаротомию. У 4 (3%) пациентов неблагоприятное событие привело к смерти. В 3 из этих случаев претензии были отклонены, поскольку не было выявлено ненадлежащей медицинской помощи. Эти отклоненные претензии включали один случай массивной легочной эмболии, случай массивного кровотечения во время операции по поводу предполагаемого перекрута яичника, который оказался саркомой, а в третьем случае причиной смерти был сепсис в результате повреждения кишечника, выявленного после операции. Четвертая пациентка, чей случай был принят, умерла после операции от сепсиса в результате повреждения

мочеточника. Требования по ее случаю были удовлетворены из-за несвоевременной диагностики осложнения. У 15 (11,3%) пациенток осложнения привели к бессрочной инвалидности, включая такие случаи, как полная потеря функции почки и нефрэктомия после недиагностированного повреждения мочеточника, паралич из-за повреждения нервного сплетения в результате неправильного положения пациентки на операционном столе и постоянная стома после перфорации кишечника. Половина всех повреждений были обнаружены после выписки (50%). Среди принятых исков 89,5% повреждений кишечника и 91,7% повреждений мочеточника не были выявлены во время операции. Почти у всех этих пациенток потребовались повторные операции.

Таблица 1. Типы претензий и тяжесть причиненного вреда, n (%)

	Всего (n=133)	Принятые иски (n=54)	Отклоненные иски (n=79)
Тип вреда			
Повреждения	109 (81,9) пациентов, 111 повреждений	42 (75,9) пациента, 43 повреждения	67 (78,5) пациентов, 68 повреждений
- Кишечника	53 ^a (39,8)	18 ^a (33,3)	35 (44,3)
- Мочеточника	26 ^a (19,5)	13 (24)	13 ^a (16,5)
- Мочевого пузыря	13 ^a (9,7)	4 ^a (7,4)	9 ^a (11,4)
- Сосудов/кровотечение	15 (11,3)	5 (9,3)	10 (12,7)
- Желудка	1 (0,75)	1 (1,9)	0
- Нервов	3 (2,2)	2 (3,7)	1 (1,3)
Химический перитонит	3 (2,2)	2 (3,7)	1 (1,3)
Расхождение краев раны	4 (3)	1 (1,9)	3 (3,8)
Легочная эмболия	1 (0,8)	0	1 (1,3)
Другие	16 (12)	9 (16,6)	7 (8,9)
- Ненужная конверсия на лапаротомию	1	1	0
- Ожоги кожи	1	1	0
- Инородное тело	4	3	1
- Неудачная процедура	4	0	4
- Неверная процедура	4	4	0
- Пропущенный диагноз	1	0	1
- Сохраняющиеся симптомы	1	0	1
Причина вреда			
Связанные с лапароскопическим доступом	51 (38,3)	19 (35,2)	32 (40,5)
Термическая травма	12 (9)	5 (9,3)	7 (8,9)
Технические причины	7 (5,3)	6 (11,1)	1 (1,3)
Нет ятрогенных повреждений	18 (13,5)	7 (13)	11 (13,9)
Неопределенные	44 (33,1)	17 (31,5)	27 (34,2)
Тяжесть осложнений			
Консервативное лечение	19 (14,3)	10 (18,5)	9 (11,4)
Необходимо повторное вмешательство	95 (71,4)	35 (64,8)	60 (75,9)
Бессрочная инвалидность	15 (11,3)	8 (14,8)	7 (8,9)
Смерть	4 (3)	1 (1,9)	3 (3,8)
Время выявления осложнения			
Во время операции	26 (19,5)	14 (25,9)	12 (15,2)
В послеоперационном периоде	40 (30,1)	14 (24,1)	26 (32,9)
После выписки	67 (50,4)	26 (48,1)	41 (51)

^a У двух пациенток было по два повреждения.

Таблица 2. Финансовые и временные показатели завершенных претензий

	Всего (n=133)	Принятые иски (n=54)	Отклоненные иски (n=79)
Правовая информация Наличие адвоката	90 (67,6)	45 (83,3)	45 (57)
Разбирательство в гражданском процессе	14 (32,6)	6 (11,1)	8 (10,6)
Размеры компенсации (€) Общая сумма	1560 (0–897 282)	14 569 (500–897 282)	374 (0–18 093,8)
Выплаты пациентам	–	12 000 (500–848 689)	–
Временные рамки (дней) Время от инцидента до подачи иска	231 (5–2192)	218 (5–1999)	239 (12–2192)
Время от подачи иска до его закрытия	661 (104–4064)	(141–3960)	516 (104–4064)

Данные представлены как медиана (минимум-максимум) или как частота, n (%).

Правовая информация

Причиной 18 (33,3%) исков была несвоевременная диагностика осложнений; в 14 (25,9%) случаях они были связаны с ненадлежащим выполнением операции (недостаточные опыт и навыки хирурга, неправильное положение пациентки на операционном столе или неправильный выбор вмешательства). 11 (20,4%) претензий были вызваны последствиями осложнений и 5 (9,3%) – неполным информированным согласием. Неправильное определение показаний к операции и недостатки в оформлении медицинской документации сыграли роль в 2 (3,7%) и 3 (5,6%) претензиях соответственно. В одном (1,9%) случае причина предъявления иска была неясной.

УСПЕХ НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ИСХОДАМ

Что касается расходов по закрытым претензиям, средняя сумма по отклоненным требованиям составляла 374 евро, по принятым – 14 569 евро (табл. 2). Общая сумма включала все расходы страховых компаний, включая, например, оплату работы медицинских экспертов и адвокатов, а также прямую компенсацию пациентам. Средняя сумма, выплачиваемая пациентам и их адвокатам, составила 12 000 евро. Самая крупная сумма была выплачена женщине, у которой была травма кишечника после диагностической лапароскопии по поводу хронической боли в животе. Ее требование было принято, поскольку она не была надлежащим образом проинформирована о рисках. Кроме того, в ее случае вызывала сомнение правильность выбора лапароскопического вмешательства, т.к. у нее в анамнезе был перфоративный аппендицит,

осложненный спаечной кишечной непроходимостью.

Адвокаты защищали пациенток в 90 (67,6%) случаях. 83,3% пациенток, чьи иски были приняты, имели адвоката, в то время как среди тех, чьи претензии были отклонены, адвокаты были только в 57% случаев. У пациенток, которые были представлены экспертом, вероятность добиться получения компенсации ущерба здоровью была в 2,6 раза выше по сравнению с теми, у кого такого представителя не было. Медиана времени между инцидентом и моментом предъявления претензий составила 231 день. Медиана времени между подачей жалобы и закрытием случая составила 516 дней в случаях, когда требования были отклонены, и 1219 дней для принятых претензий.

Заключение

За более чем 20-летний период исследования количество претензий оставалось относительно постоянным. Большинство исков было спровоцировано повреждениями кишечника и мочеточников. При этом большинство осложнений, повлекших предъявление исков, возникло после технически не самых сложных лапароскопических операций (77%). На осложнения, связанные с лапароскопическим доступом, приходилось 38% исков, а несвоевременная диагностика осложнений была основной причиной предоставления финансовой компенсации причиненного вреда. Исходя из результатов исследования, гинекологам рекомендуется тщательно наблюдать за больным в послеоперационном периоде и давать им индивидуальные рекомендации, включающие подробные инструкции относительно первых недель после выписки. Кроме того, важно понимать, что лапароскопический доступ по-прежнему является потенциально опасным этапом операции. Поэтому, независимо от вида операции, врачи должны предоставлять своим пациентам подробную информацию о предстоящем вмешательстве, в том числе о связанных с ним рисках.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В МОСКВЕ

Если человека нельзя вылечить,
это не значит, что ему нельзя помочь

Паллиативная помощь призвана повышать
качество жизни пациента на последнем этапе неизлечимой болезни
и оказывать поддержку его близким

В государственных учреждениях паллиативная помощь оказывается **БЕСПЛАТНО**:

- **амбулаторно**, в том числе на дому: в каждом районе есть выездные патронажные службы, а в отдельных поликлиниках - кабинеты паллиативной помощи;
- **стационарно**, в Центре паллиативной помощи и его 8 окружных филиалах-хосписах, а также в паллиативных отделениях при некоторых многопрофильных больницах.

ГБУЗ «Центр паллиативной помощи»
ДЗМ, координационный центр

8 499 940-19-48

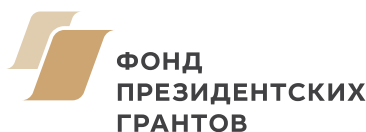
(первичная маршрутизация пациентов, организация транспортировки,
оформление первичной документации)

Горячая линия помощи
неизлечимо больным людям *

8 800 700-84-36

(информация о паллиативной помощи, обезболивании, психологическая поддержка)

Оказание паллиативной помощи в Москве регламентирует
Приказ Департамента здравоохранения города Москвы
от 28.08.2017 № 605 «Об организации оказания
паллиативной медицинской помощи взрослому населению»



* Проект «Всероссийская круглосуточная горячая линия по вопросам оказания паллиативной помощи».



**АВТОР: ТАТЬЯНА КУРНОСОВА,
ЗАМЕСТИТЕЛЬ ДИРЕКТОРА ГБУ «ЦЕНТР КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЗМ»**

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ К ПРОВЕРКЕ ОРГАНАМИ РОСЗДРАВНАДЗОРА

На официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) можно найти полную информацию о планируемых сроках проведения проверки. В конце каждого года, 30–31 декабря, ведомство размещает планы проверок территориальных органов в разделе «Контроль и надзор» на вкладке «Планы проведения проверок в отношении юридических лиц и индивидуальных предпринимателей на следующий год». Также планы проверок размещены на сайте Генеральной прокуратуры Российской Федерации.

О проведении внеплановой выездной проверки юридического лица, индивидуальный предприниматель уведомляются органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля не менее чем за 24 ч до начала ее проведения любым доступным способом, в том числе посредством электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью и направленного по адресу электронной почты юридического лица, индивидуального предпринимателя, если такой адрес содержится соответственно в Едином государственном реестре юридических лиц, Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей либо ранее был представлен юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем в орган государственного контроля (надзора), орган муниципального контроля.

Исключения составляют проверки, организованные на основании мотивированного представления должностного лица органа государственного контроля (надзора), органа муниципального контроля по результатам анализа результатов мероприятий по контролю без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями, рассмотрения или предварительной проверки поступивших в органы государственного контроля (надзора), органы муниципального контроля обращений и заявлений граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, юридических лиц, информации от органов государственной власти, органов местного самоуправления, из средств массовой



Федеральный государственный надзор осуществляется в порядке, регламентированном:

- Федеральным законом № 61-ФЗ (п. 3 ст. 5, ст. 9);
- Положением о федеральном государственном надзоре в сфере обращения лекарственных средств;
- Положением о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения;
- Положением о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (п. 1, 7.1.3, 7.1.3.1, 7.6, 8.2).

информации о следующих фактах: а) возникновение угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан; б) причинение вреда жизни, здоровью граждан. В указанных случаях время, в течение которого должно быть уведомлено проверяемое лицо, не установлено.

Особенности организации и проведения проверок в части, касающейся вида, предмета, оснований проведения проверок, сроков и периодичности их проведения, уведомлений о проведении внеплановых выездных проверок и согласования проведения внеплановых выездных проверок с органами прокуратуры при осуществлении федерального государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств, установлены Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Согласно данному нормативному акту, предварительное согласование с органами прокуратуры сроков проведения внеплановой проверки субъектов обращения лекарственных средств, а также предварительное уведомление юридических лиц, индивидуальных предпринимателей о начале проведения этой проверки не требуется. К отношениям, связанным с осуществлением лицензионного контроля, применяются положения

Федерального закона от 26 декабря 2008 г. N 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» с учетом особенностей организации и проведения проверок, установленных Федеральным законом от 04 мая 2011 г. N 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности». Проверка проводится на основании распоряжения или приказа руководителя, заместителя руководителя органа государственного контроля (надзора), органа муниципального контроля. Первый этап подготовки к проверке: ознакомление с приказом (распоряжением).

Начало выездной проверки

Проверяющее лицо обязано предъявить служебное удостоверение (ч. 4 ст. 12 Федерального закона № 294-ФЗ). Проверяемый (руководитель или иное должностное лицо) в обязательном порядке знакомится:

- с приказом о назначении выездной проверки;
- с полномочиями проводящих выездную проверку лиц;
- с целями, задачами, основаниями проведения выездной проверки;
- с видами и объемом мероприятий по контролю, составом экспертов, представителями экспертных организаций, привлекаемых к выездной проверке;
- со сроками и условиями ее проведения.

При этом проверяемое лицо обязано предоставить контролерам-выездникам:

- возможность ознакомиться с документами, связанными с целями, задачами и предметом проверки (если выездной проверке не предшествовала документарная проверка);
- доступ проверяющих лиц (а также участвующих в выездной проверке экспертов) на свою территорию в используемые при осуществлении деятельности здания, строения, помещения, к оборудованию, иным подобным объектам.

Права и обязанности представителей Росздравнадзора

Представители проверяющих органов имеют следующие полномочия:

- Запрос и получение информации, относящейся к предмету проверки.
- Рассмотрение документации, которая характеризует учреждение.
- Оценка соблюдения требований законодательства относительно проведения экспертиз.
- Оценка исполнения правил занесения записей в медицинские книжки.

- Доступ на территорию учреждения.
- Снятие копий с документов.
- Принятие мер по ограничению деятельности и по профилактике правонарушений.

Представители Росздравнадзора обладают также следующими обязанностями.

- Своевременное исполнение полномочий по предупреждению правонарушений.
- Соблюдение законов РФ.
- Соблюдение интересов юридического лица.
- Проведение проверки, если есть приказ руководителя проверяющего органа.
- Необходимость предъявления служебных удостоверений в ходе мероприятия.
- Не препятствовать нахождению руководителя лечебно-профилактического учреждения на месте проверки.
- Предоставление всей информации и документов, относящихся к проверке, руководителю учреждения.
- Ознакомление представителей учреждения с результатами проверочного мероприятия.
- Предоставление обоснования своих действий, если учреждение обжалует решение проверяющего органа.
- Запись о мероприятии в соответствующем журнале.

Права и обязанности представителей Росздравнадзора регламентированы нормативными актами. Полномочия сотрудников ограничены. Если специалисты будут проводить мероприятия, которые не установлены законом, руководитель учреждения имеет право обратиться в правоохранительные органы с жалобой.

В отношении кого выполняется проверка Росздравнадзора

Росздравнадзор проверяет деятельность следующих учреждений:

- Лечебно-профилактических учреждений.
- Аптек.
- Субъектов оптовой реализации медикаментов.
- Прочих организаций и ИП в сфере здравоохранения.

То есть, Росздравнадзор проверяет все учреждения, которые так или иначе заняты в сфере здравоохранения.

Направления проверок

Направление проверочных мероприятий определяется исходя из специфики деятельности учреждения, например:

- выдача лицензий на осуществление медицинской деятельности;
- соблюдение субъектами принятых медицинских стандартов;
- оценка исполнения правил осуществления осмотров пациентов, освидетельствований и экспертиз;

- оценка безопасности условий труда персонала;
- безопасность при эксплуатации медицинского оборудования;
- исполнение ограничений, принятых по отношению к медицинской деятельности;
- исполнение правил локального и ведомственного контроля.

Мероприятие может быть общим, комплексным. В процессе выполняется анализ всех направлений деятельности учреждения.

Что именно проверяет Росздравнадзор

- Доступность сведений о медицинских услугах. Как правило, контролирующие органы сначала проверяют учреждение на предмет исполнения ФЗ «О защите прав потребителей». Если в лечебно-профилактическом учреждении есть локальные документы, они должны быть размещены на видном месте. Если компания оказывает платные услуги, информация о врачах также должна быть публичной. В учреждении должны иметься письменные согласия пациентов на врачебные вмешательства.
- Наличие лицензии на деятельность, а также санитарно-эпидемиологического заключения. Информация из двух этих документов должна совпадать.
- Обоснованность занимаемых должностей медицинскими работниками. Прежде всего, Росздравнадзор проверяет образование главного врача и его трудовой стаж, который должен составлять не менее 5 лет. Также он должен пройти обучение по направлению «Организация здравоохранения». Персонал, имеющий среднее образование, должен иметь в наличии сертификат специалиста. Осуществляется проверка наличия следующих документов: должностной инструкции, правильно оформленного трудового соглашения, диплома о специальном образовании, сертификата медицинского специалиста.
- Проверка исполнения принятых медицинских стандартов. Для проверки стандартов изучается ключевая документация, оснащенность медицинских документов, правильность ведения учета.

Также Росздравнадзор может проверить такие аспекты, как:

- наличие учредительной документации;
- наличие приказа о назначении главного врача;
- соблюдение санитарно-эпидемиологических норм;
- наличие документации об аренде здания учреждением или о праве собственности;
- наличие соглашений со сторонними компаниями о техобслуживании или ремонте;
- наличие всех нужных сертификатов;
- соблюдение условий хранения медикаментов;
- наличие правил учета медикаментов.

Какие документы проверяет Росздравнадзор

Проверяющий орган может запросить следующие документы:

- Устав юридического лица.
- Приказ о назначении управляющего, трудовое соглашение.
- Действующее штатное расписание.
- Медицинские документы, касающиеся пациентов (к примеру, договор на платное медицинское обслуживание).
- Документацию об образовании медицинского персонала.
- Трудовые соглашения с сотрудниками.
- документы, подтверждающие наличие локального контроля качества.
- Журнал учета показаний температуры и уровня влажности.
- Документы, подтверждающие факт рассмотрения обращений пациентов.
- Оборотно-сальдовую ведомость.
- Приказы о проведении мероприятий по модернизации.
- Перечень госконтрактов на проведение ремонта.
- Предлагающиеся соглашения к трудовым договорам.
- Формуляры на оборудование.
- Иные документы.

Точный перечень документов, который необходимо предоставить во время проверки Росздравнадзора, отражается в приказе о проведении проверки, который направляется проверяемому юридическому лицу.

Результаты проверки

Если в результате мероприятия обнаружены нарушения, принимаются определенные меры, в частности, представители проверяющих органов исполняют следующие действия:

- выдача лечебно-профилактическому учреждению предписания об устранении обнаруженных нарушений;
- контроль над устранением обнаруженных нарушений;
- привлечение лиц, допустивших правонарушение, к ответственности;
- если имеются признаки административного правонарушения, оформляется соответствующий протокол;
- документы по результатам мероприятия предоставляются в прокуратуру, если это необходимо.

Все предписания фиксируются на официальном ресурсе Росздравнадзора.

Меры ответственности, которые применяются наиболее часто

Непредставление гражданину информации в случаях, предусмотренных ст. 31 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», либо предоставление неполной или заведомо недостоверной информации при отсутствии причинения

реального вреда влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в соответствии со ст. 5.39 КоАП. В случаях причинения вреда ответственность наступает по ст. 140 УК РФ.

Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью при отсутствии причинения реального вреда кому-либо влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в соответствии со ст. 6.2 КоАП. В случаях причинения вреда ответственность наступает по ст. 235 УК РФ.

Нарушение действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий при отсутствии причинения реального вреда кому-либо влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в соответствии со ст. 6.3 КоАП. В случаях причинения вреда ответственность наступает по ст. 236 УК РФ.

Ст. 6.1 КоАП предусматривает ответственность в виде наложения административного штрафа за сокрытие больным венерическим заболеванием (и ВИЧ-инфицированным) источника своего заражения, равно как и других лиц, имевших половые контакты с данным заболевшим.

Предусмотрена административная ответственность за обман потребителей (ст. 14.7); нарушение иных прав потребителей (ст. 14.8); заведомо ложное заключение эксперта, если это не связано с уголовным процессом (ст. 17.9); заведомо ложный вызов скорой медицинской помощи (ст. 17.9).

Осуществление медицинской деятельности без лицензии подлжит административной и/или уголовной ответственности (в отношении организаций частной системы здравоохранения: ч. 2 ст. 14.1. КоАП РФ – штраф на юридических лиц 40–50 тыс. руб. с конфискацией изготовленной продукции, орудий производства и сырья или без таковой; в отношении государственных организаций: ч. 1 ст. 19.20 – штраф 170–250 тыс. руб. или административное приостановление деятельности до 90 сут); возможна также и уголовная ответственность за незаконное предпринимательство по ст. 171 УК РФ.

Нарушение установленных правил оптовой торговли лекарственными средствами и порядка розничной торговли лекарственными препаратами (ст. 14.4.2. КоАП).

Нарушение изготовителем, исполнителем (лицом, выполняющим функции иностранного изготовителя), продавцом требований технических регламентов или подлежащих применению до дня вступления в силу соответствующих технических регламентов обязательных требований к продукции либо к процессам проектирования (включая изыскания), производства, строительства, монтажа, наладки, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации либо выпуск в обращение продукции, не соответствующей таким требованиям (ст. 14.43. КоАП).

Неповиновение законному распоряжению должностного лица органа, осуществляющего государственный надзор (контроль), муниципальный контроль ст. 19.4 КоАП.

Невыполнение в срок законного предписания (постановления, представления, решения) органа (должностного лица), осуществляющего государственный надзор (контроль), муниципальный контроль (ст. 19.5 КоАП).

Непредставление сведений или представление заведомо недостоверных сведений в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения (ст. 19.7.8 КоАП).

Осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, с грубым нарушением требований и условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией), если специальное разрешение (лицензия) обязательно (обязательна) (ст. 19.20 КоАП).

Отдельно следует прокомментировать статью 19.4 «Неповиновение законному распоряжению должностного лица». Под этой статьей, в частности, понимается то обстоятельство, когда проверяющий просит предоставить какие-либо документы, необходимые в ходе проверки. Если организация не предоставляет требуемые документы, то к ней может быть применена эта статья.

Как проходить проверку

Для успешного прохождения проверки Росздравнадзора необходимо, после того как стало известно о предстоящей проверке:

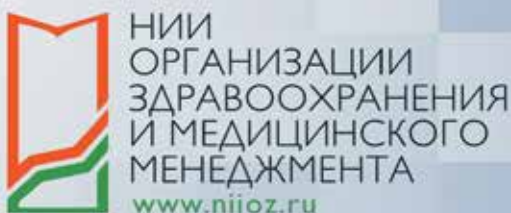
- издать приказ о создании рабочей группы по подготовке к проверке;
- провести аудит состояния дел и документации, согласно чек-листам: приказ Росздравнадзора от 20.12.2017 № 10450 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», приказ Росздравнадзора от 20.12.2017 № 10449 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля за обращением медицинских изделий», приказ Росздравнадзора от 09.11.2017 № 9438 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении федерального государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств»;



МАКСИМ ЧКОНЯ

НАЧАЛЬНИК УПРАВЛЕНИЯ
КОММУНИКАЦИЙ

- Информационное сопровождение и пиар-поддержка медицинских учреждений и социальных проектов
- Проведение встреч с журналистами: интервью, пресс-конференции, медиатур, продвижение в блогосфере
- Инициирование телевизионных и радиосюжетов с представителями медицинских организаций
- Организация и проведение социально значимых мероприятий
- Издание газеты и журнала «Московская медицина»
- Совместная работа с телеканалом «Москва 24» над проектом «Пuls города»



МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ!

**УПРАВЛЕНИЕ
КОММУНИКАЦИЙ**

+7 (495) 951-20-54 Москва, Шаркоподшипниковская, 9
niozmm@zdrav.mos.ru www.nioz.ru

- составить план необходимых корректирующих действий;
- провести инструктаж сотрудников структурных подразделений, которые будут участвовать в проведении проверочных мероприятий.

Перечень основных документов

Их представление юридическим лицом необходимо для достижения целей и задач проведения проверки.

1. Устав юридического лица.
2. Документы на руководителя организации (законного представителя юридического лица): приказ о назначении на должность, трудовой договор, должностная инструкция.
3. Штатное расписание на текущий год, положения о структурных подразделениях, должностные инструкции персонала.
4. Медицинская документация пациентов.
5. Документы, подтверждающие наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, в которых осуществляются лицензируемые виды деятельности: медицинская, фармацевтическая деятельность и деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.
6. Документы, подтверждающие наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке.
7. Документы об образовании (диплом о высшем (среднем) медицинском образовании, послевузовском и/или дополнительном профессиональном образовании) (копии) и документы, подтверждающие стаж работы руководителя, заместителей руководителя юридического лица, руководителей структурных подразделений, ответственных за осуществление медицинской деятельности.
8. Документы, подтверждающие наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное образование и сертификат специалиста: трудовые договоры, приказы о назначении на должность, копии документов о профессиональном образовании в соответствии с занимаемой должностью и характером выполняемых работ (услуг), должностные инструкции, табели учета рабочего времени за предыдущий месяц, графики рабочего времени за текущий месяц.
9. Документы, подтверждающие наличие заключивших с лицензиатом трудовые договора работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование

- и (или) квалификацию (трудовые договора, должностные инструкции, копии документов о профессиональной подготовке), либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности.
10. Документы, подтверждающие наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (приказ о создании врачебной комиссии учреждения; документы, подтверждающие работу врачебной комиссии).
 11. В случае предоставления платных медицинских услуг: внутренние документы лицензиата, регламентирующие работу по предоставлению платных медицинских услуг (положения, приказы, прейскурант), медицинская документация на пациентов, получивших платные медицинские услуги, за последние 3 месяца.
 12. Документы, подтверждающие соблюдение правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету в специальных журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения.
 13. Документы учреждения, регламентирующие внутренний порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности (приказы, положения).
 14. Трудовые договоры, копии документов о профессиональной подготовке членов врачебной комиссии по проведению экспертизы временной нетрудоспособности.
 15. Медицинская документация в соответствии с осуществляемой медицинской деятельностью.
 16. Сведения о проведении поверки органами метрологического контроля приборов для регистрации параметров воздуха, измерительных приборов и оборудования, акт последнего обследования приборов и оборудования.
 17. Журнал ежедневного учета показаний температуры и влажности.
 18. Журнал личного приема граждан руководителем медицинской организации.
 19. Материалы рассмотрения обращений пациентов (при наличии).
 20. Пояснительная записка об организации технического обслуживания медицинских изделий, используемых для осуществления медицинской деятельности.
 21. Договоры на техническое обслуживание медицинских изделий за предыдущий и текущий годы с приложением перечня оборудования по договору, журналы технического обслуживания.
 22. Статистические формы № 30 «Сведения о медицинской организации» и № 14 за предыдущий год, с отметкой о сдаче отчета в уполномоченный орган.
 23. Обратная ведомость по основным средствам (перечень оборудования, имеющегося на балансе медицинской организации или находящегося в пользовании на другом законном основании). Документы, подтверждающие регистрацию в Российской Федерации используемой медицинской техники и изделий медицинского назначения.
 24. Приказы о порядке реализации мероприятий по программе модернизации здравоохранения (если применимо).
 25. Сведения о запланированном по программе модернизации здравоохранения капитальном ремонте с документами, подтверждающими исполнение работ (если применимо).
 26. Списки планируемого к поставке и поставленного оборудования в рамках программы модернизации, акты сдачи-приемки, акты ввода в эксплуатацию, декларации (сертификаты) соответствия, регистрационные удостоверения (если применимо).
 27. Список государственных контрактов на проведение ремонтных работ с наименованием подрядчика, объемом работ и сроками выполнения; акты выполненных работ (если применимо).
 28. Приказ об утверждении порядка и условиях осуществления выплат стимулирующего характера врачам-специалистам и специалистам со средним медицинским образованием, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь (если применимо).
 29. Дополнительные соглашения к трудовым договорам специалистов, которым запланированы выплаты стимулирующего характера (если применимо).
 30. Договоры на техническое обслуживание, акты технического обследования медицинской техники за текущий год, договор на проверку средств измерения, свидетельства о проверке средств измерения за текущий год, сведения о проведении проверки метрологического контроля приборов для регистрации параметров воздуха, измерительных приборов и оборудования.
 31. Должностные инструкции ответственного за медицинскую технику, технику безопасности, инженера по техническому обслуживанию медицинской техники.
 32. Документы об образовании и квалификации работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или договор с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности.
 33. Акты ввода оборудования в эксплуатацию.
 34. Акты проверки технического состояния оборудования.
 35. Санитарно-эпидемиологические заключения.
 36. Документы о профессиональной подготовке медицинского персонала, работающего на поставленном оборудовании.
 37. Формуляры на оборудование.

МИНИМИЗАЦИЯ РИСКОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОБЛЕМАТИКИ НАРУШЕНИЙ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ОМС

Оказание услуг медицинскими организациями (МО) в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) позволяет расширить базу пациентов, в том числе для дальнейшего предоставления отдельных платных медицинских услуг, а также обеспечить стабильное финансирование расходов (части расходов) организации. При этом ведение деятельности в канале ОМС требует соблюдения определенных требований. Одним из базовых правил является необходимость соблюдения прав застрахованных в рамках ОМС лиц, предусмотренных Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

АВТОРЫ:

Антон

Левдонский,

Антон Бегер,

Виктория

Самсонова,

Практика

«Здравоохранение
и Фармацевтика»

КПМГ в России и СНГ

«Сверхнормативные» объемы оказанных услуг

Бесплатное оказание медицинской помощи при наступлении страхового случая предусмотрено ст. 41 Конституции РФ. Однако бесплатным оно является только для застрахованных лиц, т.е. предоставление медпомощи финансируется за счет бюджетов соответствующих территориальных фондов ОМС (ТФОМС). Объем гарантий, то есть видов медицинских услуг, оказываемых бесплатно, устанавливается базовой программой ОМС, утвержденной Постановлением Правительства, и территориальными программами ОМС. Право застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи появляется в момент получения им полиса ОМС на территории соответствующего субъекта Российской Федерации.

Стоит учесть две особенности данного положения. Во-первых, объем гарантий, предоставляемых территориальной программой ОМС, не может быть меньше объема гарантий по базовой программе ОМС; во-вторых, чтобы реализовать свое право на получение бесплатной медпомощи в объеме территориальной программы ОМС застрахованному лицу следует обратиться в МО исключительно на территории субъекта федерации, в котором зарегистрирован его страховой полис.

Применение нормы по бесплатному оказанию медицинской помощи застрахованному лицу при наступлении страхового случая также подтверждаются судебной практикой. Например, в постановлении Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 18.04.2017 № 13АП-6554/2017 по делу № А56-56150/2016 подчеркивается, что МО обязана оказывать услуги, даже если они превышают ранее запланированный и согласованный со страховой организацией объем (количество медицинских услуг определенных видов за плановый период) в рамках территориальной программы: «Федеральное законодательство не ставит возможность оказания лечебным учреждением гражданину бесплатной медицинской помощи в рамках программы ОМС в зависимости от запланированного общего объема таких услуг и гарантирует оказание гражданам, застрахованным в системе ОМС, бесплатной медицинской помощи; апелляционный суд считает, что оказанные истцом медицинские услуги сверх установленного объема в спорные периоды являются страховыми случаями и подлежат оплате в заявленном истцом размере». При этом нельзя полностью исключить возможность возникновения споров между МО и страховыми медицинскими организациями касательно финансирования «сверхнормативного» объема фактически оказанных услуг, но есть основания ожидать, что при наличии объективных доказательств суд встанет на сторону МО.



«Скорая» должна успеть

Право на выбор пациентом МО из перечня доступных предусмотрено также ст. 21 ФЗ-323. Застрахованное лицо выбирает провайдера медицинских услуг из реестра, который ведется ТФОМС. Основным документом, регулирующим порядок выбора МО, является приказ Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», несколько особенностей которого имеет смысл отметить. Во-первых, действие данного Приказа не распространяется на некоторые группы граждан: военнослужащих и лиц, при-

равненных к ним по медицинскому обеспечению; граждан, проходящих альтернативную гражданскую службу; граждан, подлежащих призыву на военную службу или направляемых на альтернативную гражданскую службу, и пр. Для данных категорий застрахованных применяется особый порядок прикрепления к обслуживанию в МО.

Во-вторых, при выборе организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, гражданину должен быть

предоставлен список врачей-терапевтов с указанием числа граждан, уже выбравших данных врачей, и территорий обслуживания. В-третьих, обязанность по обеспечению качественного и своевременного оказания медицинских услуг также влияет на право гражданина на выбор МО. Пациент вправе сменить уже выбранного провайдера услуг по ОМС один раз в течение календарного года (не позднее 1 ноября в отношении наступающего года) либо чаще – в случаях изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении ОМС. Остановимся на этом вопросе подробнее. В качестве примера можно привести скорую медицинскую помощь (СМП) – в определенных случаях застрахованное лицо в силу срочности и критичности

ситуации не всегда может выбрать организацию, оказывающую такую услугу. Согласно апелляционному определению Московского городского суда от 14.07.2014 по делу N 33-27928, оказание услуг СМП может осуществляться только при условии обеспечения должной скорости их оказания; в связи с этим в рассматриваемом судом случае застрахованному лицу было отказано в прикреплении к МО, находящейся на значительном расстоянии от его места жительства, так как при наступлении страхового случая скорая помощь не смогла бы быть предоставлена в нормативно установленные сроки. Соответственно, при определенных условиях возможность выбора пациентом МО может быть объективно ограничена, если на первое место выходит бо-

лее важная цель – обеспечение пациента своевременной и качественной медицинской помощью и предупреждение угрозы его жизни и здоровью.

Таким образом, при оказании (подтверждении возможности оказания) тех или иных видов медицинских услуг МО необходимо учитывать наличие и доступность соответствующего персонала, технических возможностей и иные объективные факторы.

Право голоса врача

Выбор врача застрахованным лицом осуществляется путем подачи заявления (лично или через своего представителя) на имя руководителя медицинской организации. Данное право реализуется согласно вышеуказанному Приказу Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 N 406н. Следует отметить, что право на выбор врача не является абсолютным, так как фактически осуществляется после выбора МО, а также законом предусмотрено получение согласия врача. При этом форма согласия врача не установлена, что создает определенные сложности для пациентов. Так, согласно решению Ленинского районного суда г. Ставрополя по делу № 2-6818-14 от 09 октября 2014 г., главный врач неправомерно отказал гражданину в прикреплении к МО, сославшись на отказ врача (согласие которого являлось условием прикреплении к МО): «Суд, с учетом требований ст. 61 ГПК РФ, считает необходимым обратить внимание на то обстоятельство, что, помимо размещения информации о праве граждан на выбор медицинской организации с учетом мнения врача, руководство ГБУЗ СК «Городская поликлиника № 2» г. Ставрополя в лице главного врача ГБУЗ СК «Городская поликлиника № 2» также требовало от работников регистратуры поликлиники, врачей, граждан, обращающихся за медицинской помощью, получать согласие врача путем проставления соответствующей подписи на письменном заявлении гражданина о прикреплении к поликлинике, что подтверждается материалами гражданского дела, показаниями сторон, имеющимися ссылками в представленных письменных возражениях».

Таким образом, МО необходимо заблаговременно продумать и установить порядок и форму получения согласия/отказа лечащего врача (при необходимости – также иного медицинского персонала) на работу с пациентом, предусмотрев также необходимые реквизиты и формы такого согласия (отказа). Непредоставление однозначного согласия или отказа (например, отсутствие ответа врача на запрос пациента) может повлечь претензии со стороны застрахованных лиц или страховых МО. С другой стороны, важно, чтобы процесс получения и оформления согласия не создавал избыточной административной нагрузки и не препятствовал эффективной обработке поступающих от застрахованных лиц запросов и своевременному оказанию медицинской помощи.

Необходимо также отметить, что несогласие врача на работу

с пациентом должно быть аргументировано. Так, в ситуации, рассмотренной в решении Конаковского городского суда Тверской области по делу № 2-159-12 от 22 марта 2012 г., главный врач необоснованно отказал пациенту в прикреплении к медорганизации по причине отсутствия согласия врачей: «Законодательство РФ дает право выбора своего участкового врача для пациента, однако предоставление такого выбора может осуществляться только лишь при согласии самого врача, а также неполной загруженности терапевтического участка. Так как все участковые врачи-терапевты имеют полноценные участки, то заставить поставить иницию в качестве пациента другого врача-терапевта он не имеет права. Доказательства, подтверждающие невозможность принятия кем-либо из врачей-терапевтов на медицинское обслуживание иницию, на настоящий момент в деле отсутствуют и ответчиком не представлены».

В случае отсутствия врачей, располагающих необходимым ресурсом времени (или требуемой квалификацией), МО обязаны доукомплектовать штат в целях оказания медицинской помощи. Например, Оловянинский районный суд Забайкальского края в своем решении по делу № 2-1135/14 от 22 декабря 2014 г. отметил: «С учетом норм действующего законодательства и установленных по делу обстоятельств, суд пришел к выводу о том, что Оловянинская центральная районная больница обязана укомплектовать подчиненные ей фельдшерско-акушерские пункты недостающими единицами фельдшеров, поскольку медицинская помощь населению должна быть доступной и своевременной».

Право на информацию

Застрахованные лица имеют право на получение от ТФОМС, страховой медицинской организации и МО достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи. Информация может предоставляться в виде публикации в интернете либо устного или письменного ответа на обращение застрахованного лица. Стоит обратить внимание на возможные последствия нарушений требований по информированию застрахованных лиц. Так, в решении Авиастроительного районного суда г. Казани по делу № 2-1385/14 от 04 апреля 2014 г. отдельно подчеркивается обязанность МО проинформировать граждан о различных аспектах своей деятельности: «Однако на данных сайтах отсутствует следующая информация о медицинском учреждении: сведения об уровне образования медицинских работников медицинской организации, данные документов, подтверждающих факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию, сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ме-

дицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа». Своим решением суд обязал МО разместить данную информацию на своем веб-сайте.

Таким образом, предоставление исчерпывающей информации пациентам является обязанностью МО. По нашему мнению, проще всего размещать данную информацию на веб-сайте организации, а при возникновении дополнительных вопросов консультировать пациентов по телефону, электронной почте или устно непосредственно в МО.

Возмещение вреда здоровью

Застрахованное лицо (его представитель) вправе предъявлять претензии или иск к МО в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи. В частности, Письмо Федерального фонда ОМС от 05.05.1998 N 1993/36.1-и «О методических рекомендациях «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы ОМС» определяет вред как реальный ущерб, причиненный жизни, здоровью застрахованного, а также упущенную им выгоду, связанные с действием или бездействием работников МО, независимо от форм собственности, или частнопрактикующих врачей (специалистов, работников) при оказании медицинской и (или) лекарственной помощи и подлежащие возмещению. Кроме того, указанные методические рекомендации определяют следующие виды нарушений при оказании медицинской помощи:

- невыполнение или ненадлежащее выполнение условий договора на предоставление лечебно-профилактической помощи по ОМС;
- оказание застрахованному медицинской помощи ненадлежащего качества;
- нарушения в работе МО, наносящие ущерб здоровью застрахованных;
- преждевременное (с клинической точки зрения) прекращение лечения, приведшее к ухудшению состояния больного, развитию осложнения, обострению, утяжелению течения заболевания (кроме документально оформленных случаев прекращения лечения по инициативе пациента или его родственников).

В соответствии со ст. 98 ФЗ-323, вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, должен быть возмещен МО; при этом факт возмещения причиненного вреда не освобождает медицинских (и фармацевтических) работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством. Тем не менее, установление и доказывание факта предоставления некачественной медицинской услуги не всегда просто и однозначно на практике. Так, в апелляционном Определении

Кемеровского областного суда от 17.02.2012 по делу N 33-1753 судьи поддержали медицинскую организацию: «После принятия жемчужной ванны в процедурном кабинете неврологического отделения указанной МО процедурной сестрой пациенту была произведена внутримышечная инъекция витаминов В₁₂, С и никотиновой кислоты в положении «стоя». После инъекции, при выходе из процедурного кабинета истец потерял сознание и упал». В результате падения пациент получил травмы и обратился в суд с иском против МО, потребовав возмещения причиненного вреда здоровью. Однако ни одна из экспертиз, проведенных в ходе рассмотрения дела, не установила прямой причинно-следственной связи между действиями ответчика при лечении пациента и последующим ухудшением здоровья пациента в результате полученных травм, и, как следствие, судами был сделан вывод об отсутствии вины МО и обязанности по возмещению ущерба.

Выводы

В заключение хотелось бы еще раз отметить важность понимания прав граждан при получении бесплатной и качественной медицинской помощи по ОМС – со стороны как самих граждан, так и МО. Оказывая медицинские услуги по программам ОМС, представителям МО следует учитывать, что данные услуги во всех случаях являются бесплатными для граждан, и отказ от их предоставления (даже если фактический объем услуг превышает плановый) чреват претензиями и спорами. Возникающие разногласия по финансовым вопросам при работе в канале ОМС должны урегулироваться между МО и страховой медицинской компанией и/или ТФОМС. МО обязаны содействовать гражданам в получении обслуживания по ОМС, в том числе обеспечивая осведомленность о различных аспектах своей работы. Одновременно с этим представляется рискованным оказывать те медицинские услуги, которые МО объективно не сможет предоставить в полном соответствии с действующими стандартами (например, в силу избыточной загрузки, нехватки необходимых специалистов, отсутствия лицензии на определенный вид услуг и пр.). Также МО рекомендуется разработать процесс и форму получения согласия (отказа) врача на запрос застрахованного лица, а в случае отказа – обеспечить объективную аргументацию (с учетом реальных обстоятельств, в том числе серьезности состояния пациента на момент обращения).

Хотим подчеркнуть важность выстраивания оптимальной модели работы МО в системе ОМС, которая обеспечила бы условия для эффективного и качественного оказания медицинской помощи. Одновременно с надлежащим информированием граждан и соблюдением их законных прав это ограждает обе стороны от дополнительных рисков по претензиям и судебным разбирательствам.

ПРОТИВОРЕЧИВОЕ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ

ДЕЙСТВУЮЩЕЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫЗЫВАЕТ ВОПРОСЫ

АВТОРЫ:

Алексей Швынденков,
Антон Левдонский,
Юлия Артюхова,
Виктория Самсонова,
Практика
«Здравоохранение
и Фармацевтика»
КПМГ в России и СНГ

Лицензирование является ключевым элементом административно-правового регулирования деятельности медицинских учреждений. Правовое регулирование лицензирования медицинской деятельности осуществляется на основе норм *Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»*, а также *Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»*.

Кроме того, особая роль в лицензировании медицинской деятельности отводится подзаконным нормативным правовым актам. Противоречия, возникающие на данном уровне регулирования, являются одной из актуальных практических проблем при осуществлении лицензируемой медицинской деятельности.

Так, в соответствии с *п. 2 ч. 1 ст. 5 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности»*, полномочия Правительства РФ включают утверждение положений о лицензировании конкретных видов деятельности и принятие нормативных правовых актов по данным вопросам. Во исполнение своих законных полномочий Правительство РФ приняло *постановление от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»*, которым утвердило *Положение о лицензировании медицинской деятельности*, содержащее перечень работ и услуг, составляющих медицинскую деятельность.

Однако существует и иной перечень работ и услуг, составляющих медицинскую деятельность, установленный *приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 121-н от 11 марта 2013 года*¹. Перечень Правительства, в отличие от указанного перечня Минздрава России, содержит сплошной (общий) список работ и услуг без подразделения по условиям оказания (первичная помощь амбулаторно, первичная помощь стационарно, специализированная помощь стационарно, скорая специализированная медпомощь и пр.).

Кроме того, приказ Минздрава России фактически не содержит требований к порядку или качеству выполнения соответствующих работ (услуг), вместо этого указывая лишь укрупненный перечень видов (типов) медицинской помощи и условий ее оказания (первичная помощь амбулаторно, первичная помощь стационарно, специализированная помощь стационарно, скорая специализированная медпомощь и др.).

Указанное несоответствие неоднократно приводило к спорам с регулирующими органа-

ми (Решение Арбитражного суда Волгоградской области от 17.01.2014, дело № А12-29899/2013, Решение Арбитражного суда Смоленской области от 15.12.2015 № А62-7776/2015, Решение Арбитражного суда Астраханской области от 16.07.2015 № А06-5263/2015). Данные прецеденты привлекли внимание Федеральной антимонопольной службы (ФАС)², расценившей приказ Минздрава России не соответствующим требованиям законодательства и постановлению Правительства РФ. Более того, ФАС было установлено, что органы лицензирования в разных регионах опираются на различную нормативно-правовую базу и руководствуются различными правовыми актами. Отсутствие единой системы лицензионных требований ставит медицинские организации в неравное положение при получении лицензий. Тем не менее, Минздрав России с данными доводами не соглашается, поскольку одинаковые требования по лицензированию не могут предъявляться учреждениям с различными ресурсными базами, так как это противоречит иерархии системы медицинской помощи. Каждая организация ограничена предельными возможностями оказания медицинской помощи. Например, в случае отсутствия возможности оказания помощи пациенту на базе конкретной медицинской организации лечащий врач принимает решение о направлении в медицинское учреждение более высокого уровня. По мнению Минздрава России, единые требования для клиник с разными условиями работы создали бы возможность оказания любых видов деятельности всеми без исключения медицинскими организациями, что чревато злоупотреблениями со стороны недобросовестных провайдеров, не имеющих необходимых условий, ресурсов, компетенций и оборудования для оказания медицинской помощи надлежащего качества. Выявленные нарушения в системе лицензирования Минздрава России, согласно предписанию ФАС, должен был устранить до ноября 2016 г., однако этого не произошло. В связи с этим ФАС РФ возбудила дело в отношении министерства по признакам нарушения *федерального закона № 135-ФЗ от 26 июля 2006 г. «О защите конкуренции»*. Спор между ФАС и Минздравом России стал предметом рассмотрения арбитражного суда, вставшего на сторону ФАС³. На основании доступных источников информации, в соответствии с предписанием по данному делу Минздраву России была поставлена задача установить требования к организации и выполнению работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в целях лицензирования в отношении каждого вида работ (у-

слуг), включенного в перечень по постановлению Правительства РФ от 16.04.2012 № 291.

По мнению суда, противоречивость положений нормативного акта Минздрава России свидетельствует о том, что хозяйствующие субъекты не могут самостоятельно определять необходимость или отсутствие необходимости получения лицензии на выполнение работ (услуг), формально входящих в состав медицинской деятельности, но являющихся вторичными (сопутствующими) по отношению к основному виду медицинской деятельности, в связи с чем растет практика привлечения компаний к административной ответственности.

Так, территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Татарстан провел плановую выездную проверку ООО «Семейный центр» (г. Казань) с целью государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. В ходе проверки было установлено, что у ООО «Семейный центр» отсутствует «сопутствующая» лицензия «*общественное здоровье и организация*

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ СОДЕРЖИТ ЛИШЬ УКРУПНЕННЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ВИДОВ (ТИПОВ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И УСЛОВИЙ ЕЕ ОКАЗАНИЯ

здравоохранения» при наличии в штате директора медицинской организации. *Решением Арбитражного суда Республики Татарстан по делу № А65-13529/2014 от 09.07.2014* на ООО был наложен административный штраф. Другой пример – Арбитражным судом Краснодарского края 26.05.2014 (*дело № А32-14115/2014*) было вынесено решение о привлечении к административной ответственности (штрафу) по ч. 2 ст. 14.1 КоАП РФ ООО «Приморье – Косметология» в связи с осуществлением медицинской деятельности без специального разрешения (лицензии) медицинскими сестрами косметологического кабинета. Компания обладала действующей лицензией на осуществление медицинской деятельности, однако такой вид услуг как «*сестринское дело в косметологии*» в перечне разрешенных видов деятельности не фигурировал.

¹ Приказ Минздрава России от 11.03.2013 N 121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях».

² rg.ru/2017/03/01/fas-vozbudil-delo-protiv-minzdrava-rf.html

³ Решение по делу № 1-15-200/00-18-16 по делу о нарушении антимонопольного законодательства от 06 октября 2017 года.

Подобная практика свидетельствует о том, что деятельность медучреждений в части детализации и классификации видов медицинских услуг в целях лицензирования находится сегодня в состоянии правовой неопределенности.

Состав лицензируемой медицинской деятельности: спорные вопросы, прецеденты и возможные решения

Любопытно рассмотреть недавние выводы Верховного Суда РФ⁴ в отношении отдельных видов медицинской деятельности, которые во многом пересекаются в результате рассмотренного выше противоречия двух перечней. Так, в ходе очередной плановой проверки стоматологической клиники контролирующим органом было установлено, что компания осуществляла дезинфекцию, предстерилизационную очистку и стерилизацию медицинских изделий, при этом данный вид работ не упоминался в явном виде в действующей лицензии ЛПУ.

В ходе рассмотрения дела арбитражным судом (оставленным без изменения постановлением второй судебной инстанции) был сделан вывод о том, что *Федеральный закон № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»*, а также *Положение о лицензировании медицинской деятельности, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291*, различают дезинфектологию в качестве самостоятельного вида работ (услуг), который требует отдельного упоминания в лицензии в составе разрешенных видов деятельности. Арбитражный суд кассационной инстанции, отменяя предыдущие решения, установил, что для системного толкования норм *ФЗ № 99 «О лицензировании отдельных видов деятельности»* и *Положения о лицензировании*, утвержденного Правительством, обязательное лицензирование дезинфектологии необходимо лишь в том случае, когда данный вид работ осуществляется в качестве самостоятельной деятельности. Кроме того, согласно нормам санитарно-эпидемиологических правил, мероприятия по дезинфектологии являются обязательным условием для медицинских организаций. Таким образом, решения арбитражных судов первой и апелляционной инстанций в отношении лицензирования деятельности общества в части дезинфектологии были сочтены ошибочными, так как общество не оказывало медицинских услуг по дезинфектологии, имеющих самостоятельное значение, но было обязано проводить мероприятия по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации медизделий в качестве необходимого условия оказания основного вида услуг (стоматологической помощи) в соответствии с положениями санитарно-эпидемиологических правил.



Также вызывает интерес *Определение Конституционного суда РФ от 23 ноября 2017 г. N 2542-О*. Ссылаясь на разъяснение Минздрава России, суд отметил, что услуга «*применение клеточных технологий*» была исключена из перечня услуг при осуществлении медицинской деятельности, носит общий характер и включает в себя целый ряд специальных мероприятий, в связи с чем лицензия заявителя подлежит переоформлению и уточнению (т.е. необходимо включение в лицензию конкретных видов медицинских услуг, осуществляемых с применением клеточных технологий в рамках действующего законодательства).

Существующие противоречия в правовом поле не позволяют сформировать универсальную или абсолютно консервативную позицию, которая полностью исключила бы риски претензий к медучреждениям со стороны контролирующих органов. Однако, принимая во внимание вышеизложенные факты, мы рекомендуем осуществлять мониторинг изменений лицензионного законодательства (в частности, утвержденных перечней услуг, составляющих медицинскую деятельность), а также их интерпретацию компетентными контролирующими органами и судами и максимально конкретизировать перечень фактически оказываемых видов медицинских услуг при получении (продлении, изменении) лицензии.

При этом отметим, что не допускается самостоятельное (отдельное) оказание услуг, прямо не поименованных в лицензии. Кроме того, нельзя исключить риски претензий контролирующих органов в ситуации, когда существенная часть (по стоимости и/или сложности) оказываемой комплексной медицинской услуги (комплекса услуг) не упоминается в лицензии в явном виде. В этой связи целесообразно заблаговременно подготовить позицию по классификации всех оказываемых (планируемых к оказанию) видов медицинской деятельности с разделением их на основные и сопутствующие

⁴ Обзор судебной практики «О некоторых вопросах, возникающих при рассмотрении арбитражными судами дел об административных правонарушениях, предусмотренных главой 14 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях» (утв. Президиумом ВС РФ 06.12.2017).

щие (вспомогательные), для формирования перечня видов медуслуг в лицензии соответствующим образом.

Вопросы лицензирования при оказании медицинских услуг онлайн и в электронном виде

В июле 2017 г. Президентом РФ был подписан закон, предусматривающий возможность оказания медицинских услуг с использованием телемедицинских технологий. Согласно положениям данного закона, вступившего в силу с 01 января 2018 г., медпомощь с применением телемедицинских технологий обеспечивает дистанционное взаимодействие врача и пациента в целях профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента, принятия решения о необходимости проведения очной консультации. Оказание телемедицинских консультаций в рамках системы ОМС также стало доступным с 2018 г., однако их включение в территориальную программу ОМС зависит от подхода региональных органов власти и ТФОМС (так, в Москве и Санкт-Петербурге телемедицина пока не входит в территориальную программу ОМС, а, например, Свердловская область и Краснодарский край такие услуги в тариф включили).

В части лицензирования использование телемедицинских систем и технологий осуществляется в рамках действующего законодательства РФ при обязательном условии наличия у телемедицинского центра сертификата (лицензии) Минздрава России. Следует отметить, что в настоящий момент не до конца ясно, как именно будут осуществляться лицензирование и лицензионный контроль телемедицины, поскольку соответствующая законодательная база полностью не сформирована. В частности, отсутствуют специальные подзаконные нормативно-правовые акты, которые учитывали бы специфику телемедицины.

Основное ограничение применения телемедицинских технологий – постановка диагноза и назначение лечения – законодательно не разрешены без первоначального очного приема пациента, что несколько ограничивает практические возможности телемедицины.

При этом исходя из норм действующего законодательства, можно сделать вывод о том, что отдельные телемедицинские услуги могут быть оказаны без очного приема, в частности:

- сбор жалоб и данных анамнеза пациента;
- общая оценка состояния пациента;
- рекомендации в отношении обращения к специалисту, вызова скорой помощи и пр.

Далее, обсуждаемые изменения в ФЗ № 61 «Об обращении лекарственных средств» предусматривают возможность выдачи рецептов на лекарственные препараты в форме электронного документа при наличии согласия пациента и с ис-

пользованием электронной подписи. Тем не менее, единые положения о применении электронных рецептов на территории РФ на сегодня отсутствуют, и предполагается, что решение об их использовании каждый регион будет принимать самостоятельно.

В будущем планируется расширение спектра телемедицинских услуг – вызов врачей онлайн, создание цифровых медицинских центров, телемониторинг заболеваний, дистанционный контроль показателей здоровья пациентов и пр.

Очевидно, что возможность применения телемедицины, даже с учетом существующих ограничений, обеспечивает медучреждению ряд конкурентных преимуществ. При этом для эффективного внедрения телемедицинской практики в законодательно разрешенных границах медицинским организациям предстоит оперативно решить ряд задач, таких как:

- обеспечение соответствия новым лицензионным требованиям и стандартам;
- проработка видов, наименований, порядка и способа оказания телемедицинских услуг;
- создание/разработка и интеграция ИТ-инфраструктуры как со стороны самого учреждения (в том числе использование электронных подписей и пр.), так, возможно, и со стороны пациентов;
- разработка и внедрение новых стандартных операционных процедур, регулирующих ключевые бизнес-процессы и их контроли;
- обучение врачей и информирование пациентов о новых возможностях получения медпомощи;
- решение вопросов защиты персональной медицинской информации пациентов.

**НЕТ ЯСНОСТИ, КАК
БУДЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ
ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ**

Несомненно, распространение телемедицины и цифровизация медпомощи затронут институт лицензирования медицинской деятельности с практической точки зрения, а именно, появятся дополнительные и более сложные требования к соискателям лицензии на осуществление данных видов деятельности. Более того, можно ожидать дальнейшего усложнения системы лицензирования при внедрении иных современных способов оказания медицинских услуг (онлайн-вызовы врачей, создание цифровых медицинских центров, телемониторинг заболеваний, дистанционный контроль показателей здоровья пациентов и пр.).

АВТОР: ПЕТР САПОЖНИКОВ

НАТАЛЬЯ КАМЕНСКАЯ:

МЕДИЦИНСКИЕ ЮРИСТЫ В РОССИИ: ПУТЬ В ПРОФЕССИИ

Доцент кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовского университета) рассказала «Московской медицине» о том, как становятся специалистами в сфере медицинского права, как осуществляется юридическая подготовка медицинских работников и как обстоят дела с юридической защитой пациентов.



Н.А. Каменская,
доцент кафедры
медицинского права
Первого МГМУ
им. И.М.Сеченова
(Сеченовского
университета), к.ю.н.

– Наталья Андреевна, что необходимо для того, чтобы стать медицинским юристом?

– На современном этапе профессиональная деятельность в этой сфере может складываться по-разному. Это могут быть люди, имеющие два образования: медицинское и юридическое, например, параллельно с первым медицинским образованием человек получает второе юридическое образование, или это происходит уже во время его профессиональной медицинской деятельности. Часто такое встречается среди организаторов здравоохранения, для них юриспруденция – дополнительный «инструмент», который необходим для успешной профессиональной деятельности. Также это могут быть люди, получившие юридическое образование и пришедшие работать, например, юрисконсультom в медицинскую организацию. Помимо общих юридических задач, которые решает юрист любой организации, в том числе и медицинской, они могут профессионально расти и развиваться именно в области медицинского права.

В течение двух последних десятилетий эта отрасль права сформировалась и продолжает активно развиваться. Ее выделение в качестве самостоятельной отрасли будет иметь серьезное прикладное значение для всей системы здравоохранения. В настоящий момент назрела необходимость включения медицинского права в номенклатуру научных специальностей, что, в свою очередь, позволит будущим специалистам получать профессиональное образование непосредственно в этой сфере, а работодателям – принимать на работу высококвалифицированных сотрудников. Сейчас это направление реализуется в рамках необязательных программ, не

многие вузы проводят подготовку по этим программам, поэтому часто специалисты вынуждены учиться непосредственно во время работы.

– Достаточно ли в России таких специалистов? Насколько они востребованы?

– Я и мои коллеги постоянно общаемся с представителями медицинских организаций из регионов и с юристами, которые работают в этой области, и, по нашему мнению, профессиональное сообщество в этой сфере остро нуждается в грамотных кадрах. Да, есть штатные юристы в медицинских организациях, но у них огромный пул общих юридических вопросов, которыми они занимаются, и далеко не все юристы готовы к решению специальных задач, связанных с правовым обеспечением профессиональной медицинской деятельности. К тому же во многих медицинских организациях ставка юриста часто вакантна, и все юридические вопросы решаются руководством организации.

– А как обстоит дело в Москве?

– В Москве эта проблема стоит не так остро, медицинские организации в целом укомплектованы штатными юристами, здесь много возможностей для обучения и профессиональной практики в области медицинского права. В 1995 г. в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова (ныне – Сеченовский университет. – ММ) была создана первая в России и Восточной Европе самостоятельная студенческая кафедра медицинского права под руководством профессора Ю.Д. Сергеева. Именно в Москве в 2003 г. состоялся I Всероссийский съезд (Национальный конгресс) по медицинскому праву. В 2004 г. впервые в истории Российской академии медицинских наук (вошла в состав РАН. – ММ) была введена специальность «Медицинское право».

За эти годы, благодаря проведению федеральных научно-практических форумов – всероссийских съездов, конгрессов и конференций, была сформирована площадка, позволяющая объединить усилия различных представителей медицинского и юридического сообщества, способствующая развитию и фундаментальному становлению в Российской Федерации правовой медицины. VI Всероссийский съезд (Национальный конгресс) по медицинскому праву состоялся в Сеченовском университете 16–17 ноября 2017 г. с участием ведущих российских и зарубежных экспертов, имеющих многолетний опыт правового сопровождения медицинской деятельности.

Организатором мероприятия выступил Национальный институт медицинского права. Конгресс был включен в План наиболее значимых мероприятий образовательной и воспитательной направленности в образовательных организациях, находящихся в ведении Минздрава России, на 2017 год.

– Входит ли медицинское право в программу обучения студентов медвузов?

– Преподавание юридических дисциплин является важной составной частью общей профессиональной подготовки будущих специалистов сферы здравоохранения. Например, преподаваемая на кафедре медицинского права Сеченовского университета дисциплина «Юридические основы деятельности врача» формирует специальные профессиональные компетенции, включенные в федеральные образовательные стандарты подготовки специалистов лечебного дела, без освоения которых невозможно успешно пройти аккредитацию и получить допуск к медицинской деятельности.

Кафедра медицинского права Сеченовского университета, на которой я работаю доцентом, видит свою главную задачу в том, чтобы будущие специалисты осознали, что одним из основных условий успешного осуществления дальнейшей профессиональной деятельности должно стать постоянное совершенствование правовых знаний.


– Как обстоят дела с защитой пациентов?

– Проблеме соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья, обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности сейчас уделяется повышенное внимание не только контрольно-надзорными органами системы здравоохранения, но и правоохранителями.

По мнению ряда специалистов системы здравоохранения, это может привести к нежеланию врачей принимать на себя ответственность за рискованные решения в отношении пациентов.

С другой стороны, правоохранительные органы, например, представители Следственного комитета России, справедливо отмечают, что не могут не реагировать на обращения граждан о причинении вреда их здоровью или о смерти их родственников от действий медицинских работников. Закон накладывает на них обязанность устанавливать все обстоятельства подобных происшествий.





СЛОЖНЫЙ ТОВАР

ОСОБЕННОСТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЗАКУПОК В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С УЧЕТОМ ПОЛОЖЕНИЙ, РЕГЛАМЕНТИРОВАННЫХ 44-ФЗ И 223-ФЗ РФ

Характерными чертами закупок лекарственных средств и медицинских изделий являются постоянное совершенствование и внесение дополнений в процедуры закупок в рамках Федерального закона №44-ФЗ от 05.04.2013 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» и Федерального закона №223-ФЗ от 18.07.2011 «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц».

Александра Сурженко,
ведущий юрист-консульт
отдела правовой
поддержки
ГБУ «НИИОЗММ» ДЗМ

Лекарственные средства – это социально значимый товар, поэтому закупки таких товаров вызывают многочисленные сложности как у заказчиков, так и у поставщиков. Специалистам-закупщикам в данной узкоспециализированной области необходимо постоянно отслеживать изменения на законодательном уровне. Не стоит пренебрегать и ежемесячными информационными письмами Федеральной антимонопольной службой (ФАС) России, разъяснениями Минэкономразвития, постановлениями Правительства РФ. Нужно принимать во внимание и то, что разъяснения и ответы со стороны вышеуказанных контрольных органов носят противоречивый характер. На сегодняшний день единого подхода не существует, в связи с чем необходимо уделять должное время изучению вопросов правоприменительной практики, сложившейся у судебных инстанций разного уровня судебной системы РФ. При закупках в 2018 г. специалистам-закупщикам лекарственных препаратов и медицинских изделий необходимо учитывать следующее.

Первое

Минздрав России в письме от 14 февраля 2018 г. № 418/25-5 привел разъяснения по вопросам применения положений постановления Правительства РФ №1380 от 15.11.2017, утвердившего правила описания лекарственных препаратов при осуществлении закупок для государственных и муниципальных нужд, а также положений приказов Минздрава России № 870н и № 871н от 26.10.2017, утвердивших соответственно типовой контракт на поставку лекарственных препаратов и порядок определения начальной (максимальной) цены контракта при осуществлении закупок лекарственных препаратов.

В соответствии с п. 11 ст. 34 закона №44-ФЗ госорганы и госкорпорации разрабатывают типовые контракты и устанавливают случаи их применения. Во исполнение данного положения типовой контракт на лекарственные препараты утвержден приказом Минздрава России №870н.

В соответствии с информационной картой (Приложение №2 к приказу) контракт применяется при закупке лекарственных препаратов с кодом 21.20.1 по ОКПД 2¹ и ОКВЭД 2² вне зависимости от размера начальной цены контракта. Типовой контракт на поставку лекарственных препаратов с 2018 г. применяется для тех госзакупок, которые были опубликованы в ЕИС после 1 января 2018 года.

Единственный случай, когда данный документ не применяется, – это закупка в рамках государственного оборонзаказа. Типовой контракт на лекарства, утвержденный приказом Минздрава России, состоит из 2 частей: постоянной, не подлежащей изменению; переменной, которая предоставляет на выбор один или несколько пунктов из предложенного перечня.

Второе

Чтобы правильно составить описание предмета закупки, необходимо пользоваться Государственным реестром лекарственных средств.

Реестр содержит информацию о международном непатентованном наименовании (МНН), составе, лекарственных формах, дозировке, показаниях/противопоказаниях, побочных эффектах, сроке годности, условиях хранения, условиях отпуска. Также в реестре отображается, входит ли лекарственный препарат в перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП).

Бывают случаи, когда МНН прописано в виде ингредиентов или одно торговое наименование может иметь два МНН.

ФАС России в письмах № РП/8185/18 от 8 февраля 2018 г., № ИА/5414/18 от 29 января 2018 г., № ИА/3738/18 и № 3737/18 от 23 января 2018 г. дала разъяснения по вопросам, возникающим у заказчиков при формировании документации на закупку лекарственных препаратов с МНН «спиронолактон» и «кетопрофен», с МНН «иммуноглобулин против клещевого энцефалита» и «иммуноглобулин человека против клещевого энцефалита», с МНН «менотропины», с МНН «салметерол + флутиказон» соответственно.

Третье

С 01 января 2018 г. расчет начальной (максимальной) цены контракта (НМЦК) лекарственных препаратов производится по новому порядку, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 № 871н.

Порядок применяется для расчета НМЦК:

■ на товары, приобретаемые для муниципальных и государственных нужд путем проведения конкурентной процедуры;

■ для определения стоимости государственного контракта, оформляемого с единственным поставщиком.

Правильный расчет НМЦК для лекарственных препаратов в 2018 г. производится по формуле, которая закреплена в пункте 2 Порядка, утвержденного Минздравом России.

Наиболее сложным в обосновании НМЦК лекарственных средств является определение и обоснование цены за единицу продукции.

В 2018 г. НМЦК заказчиком необходимо рассчитывать следующими способами:

■ Методом анализа рынка. Используется при закупке любых лекарств. Сопоставьте цены, полученные от поставщиков или из реестра контрактов в ЕИС, и для расчета выберите минимальное значение;

■ Тарифным способом путем анализа цен, содержащихся в государственном реестре предельных отпускных цен. Сделать это можно и при помощи калькулятора расчета НМЦК на лекарственные препараты ЖНВЛП. Перечень ЖНВЛП на 2018 г. Правительство утвердило распоряжением от 23.10.2017 № 2323-р. Выбирайте препарат из перечня по международному непатентованному наименованию – МНН. Часто одному МНН отвечают сразу несколько цен от нескольких производителей. Какую цену выбрать, решает заказчик, так как Закон № 44-ФЗ и приказ № 871н этот вопрос не регламентируют;

НАИБОЛЕЕ СЛОЖНЫМ В ОБОСНОВАНИИ НМЦК ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОБОСНОВАНИЕ ЦЕНЫ ЗА ЕДИНИЦУ ПРОДУКЦИИ

■ Путем определения средневзвешенной цены. Последняя рассчитывается на основании госконтрактов заказчика за последний год с учетом эквивалентных форм выпуска лекарств и их дозировок. В данном расчете не учитываются госконтракты, которые были оформлены на поставку препаратов для пациентов с непереносимостью или по жизненным показаниям на основании решения врачебной комиссии. Закупка производится по прайсу, который представит минимальное ценовое предложение. Если препарат закупается впервые, расчет средневзвешенной цены разрешено не проводить.

С 1 июля 2018 г. к указанным способам расчета добавится использование референтной цены. Она будет рассчитываться автоматически, и сведения о ней появятся в ЕИС.

Таким образом, с 1 июля 2018 г. выбирать минимальное значение надо будет с учетом референтной цены.

¹ Общероссийский классификатор продукции по видам экономической деятельности ОК 034-2014 (КПЕС 2008) с изменением 27/2018

² Общероссийский классификатор видов экономической деятельности ОК 029-2014 (КДЕС Ред. 2)

Примеры из практики

1 Решение Московского УФАС России от 21 февраля 2018 г. № 1-00-2632/77-17 (закупка № 31705839215).

Предметом закупки являлась поставка медицинских пиявок. Заказчиком было установлено требование к участникам закупок о предоставлении в составе заявки копии действующей лицензии на осуществление фармацевтической деятельности. Согласно пояснениям заказчика, торговое наименование «Пиявка медицинская» присутствует в государственном реестре лекарственных средств в разделе «Лекарственные препараты» (в 14 действующих регистрационных удостоверениях).

Заявитель представил письмо Минздрава России, согласно которому, медицинская пиявка представляет собой живой организм и не может быть отнесена ни к лекарственным препаратам, ни к медицинским изделиям, не подлежит государственной регистрации и включению в государственный реестр лекарственных средств как лекарственный препарат, а также государственной регистрации как медицинское изделие.

Комиссия УФАС приняла решение признать жалобу заявителя обоснованной, заказчику было выписано обязательное для исполнения предписание об устранении выявленных нарушений.

2 Решение Арбитражного суда г. Москвы от 24 января 2018 г. по делу № А40-192966/17-93-1780.

ГБУЗ «Городская поликлиника №36 ДЗМ» обратилось в Арбитражный суд г. Москвы с заявлением об оспаривании решения и предписания Московского УФАС России от 14.09.2017 по делу № 2-57-11072/77-17.

Как следует из материалов дела, ГБУЗ «ГП №36 ДЗМ» 21.08.2017 разместило на официальном сайте Российской Федерации для размещения информации о проведении торгов (www.zakupki.gov.ru) извещение о проведении открытого аукциона на право заключения контракта на поставку медицинских изделий, этап 3 (далее – аукцион) и аукционную документацию. Протоколом подведения итогов от 05.09.2017 г. заявка ООО «Гелиос» была признана несоответствующей на основании ч. 6.1 ст. 66 44-ФЗ – предоставление недостоверной информации, предусмотренной ч. 3, 5 ст. 66 44-ФЗ, а именно: участник размещения заказа в подтверждение соответствия товара требованиям аукционной документации к п. 9 первой части своей заявки предоставляет регистрационное удостоверение № ФСЗ 2011/09136 от 25.02.2011 г., в котором не указано, что иглы идут в комплекте с держателем.

Согласно требованиям аукционной документации, игла должна быть в комплекте с держателем. Участник размещения заказа в подтверждение соответствия товара требованиям аукционной документации к п. 11 первой части своей заявки предоставляет регистрационное удостоверение № 2009/03552 от 28.01.2009 г., в котором не указано, что шприцы должны быть с преднаполненным физиологическим раствором NaCl 0,9%. А согласно требованиям аукционной документации, шприцы должны быть с преднаполненным физиологическим раствором NaCl 0,9%.



В Московское УФАС России поступила жалоба ООО «Гелиос» на действия заказчика при проведении аукциона в электронной форме на право заключения государственного контракта на поставку медицинских изделий, этап 3 (далее – электронный аукцион, аукцион, закупка). По результатам рассмотрения упомянутой жалобы управлением было вынесено решение от 14.09.2017 по делу № 2-57-11072/77-17 о признании жалобы ООО «Гелиос» обоснованной ввиду неправомерного отклонения заказчиком заявки общества «Гелиос» от участия в аукционе. В действиях заказчика установлено нарушение положений ч. 5 ст. 67 Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

Судом установлено, что в Номенклатурной классификации медицинских изделий, размещенной на официальном сайте Росздравнадзора, содержатся наименования спорных изделий: 32.50.13 – шприцы, иглы, катетеры, канюли и аналогичные инструменты; офтальмологические и прочие приборы, устройства и инструменты, не включенные в другие группировки; 32.50.13.110 – шприцы, иглы, катетеры, канюли и аналогичные инструменты. При этом как держатель по своему непосредственному назначению, так и физраствор NaCl 0,9% являются принадлежностью медицинских изделий, входящих в комплект поставки, указанных в медико-техническом задании заказчика. Следовательно, указанные части сложной вещи – медицинского изделия, в свою очередь, также являющиеся медицинскими изделиями, должны пройти самостоятельную государственную регистрацию, или в составе принадлежности к медицинскому изделию, а соответственно, с учетом п. 56 правил, поименованы в регистрационном удостоверении, или сопровождаться отдельными регистрационными удостоверениями на каждый аксессуар. Таким образом, заявителем заявка ООО «Гелиос» обоснованно была признана не соответствующей требованиям аукционной документации.

На основании вышеизложенного Арбитражный суд г. Москвы решил: признать незаконными решение и предписание комиссии Московского УФАС России по контролю в сфере закупок от 14.09.2017 по делу № 2-57-11072/77-17 о нарушении законодательства об осуществлении закупок.

3 Определение Верховного Суда РФ от 23.06.2017 № 310-КГ17-1939 по делу № А08-1545/2016.

Уполномоченный орган (далее – заказчик) опубликовал извещение о проведении электронного аукциона и сопутствующую аукционную документацию на право заключения контракта на поставку лекарственного препарата «Инсулин растворимый (человеческий генно-инженерный)», торговое наименование Инсуман Рапид ГТ, раствор для инъекций, 100 МЕ/мл 3 мл N 5 для централизованного обеспечения медицинских организаций.

Антимонопольный орган (УФАС) принял решение, в соответствии с которым в действиях заказчика установлены нарушения п. 6 ч. 1 ст. 33, п. 1 ч. 1 ст. 64 Закона № 44-ФЗ, поскольку описание объекта закупки с использованием торгового наименования лекарственного препарата конкретного производителя ограничивает количество участников закупки.

Не согласившись с решением антимонопольного органа от 07.12.2015 № 451-15-Т, Заказчик обратился в арбитражный суд с соответствующим требованием.

Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения постановлением суда апелляционной инстанции, заявленные требования удовлетворены.

Постановлением арбитражного суда округа решение суда первой инстанции и постановление суда апелляционной инстанции отменено, в удовлетворении исковых требований отказано.

Судебная коллегия Верховного Суда Российской Федерации отменила постановление арбитражного суда округа и оставила в силе решение суда первой инстанции и постановление суда апелляционной инстанции по следующим основаниям.

Закупка лекарственных средств в соответствии с их торговыми наименованиями возможна в случае осуществления данной закупки в соответствии с пунктом 7 части 2 статьи 83 Закона о контрактной системе (осуществление закупки лекарственных препаратов, которые необходимы для назначения пациенту при наличии медицинских показаний), а также в случае закупки лекарственных средств, входящих в перечень лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2013 г. № 1086 утверждены Правила формирования перечня лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями (далее – Правила).

Вместе с тем, согласно п. 2 Правил, основанием для включения лекарственного средства в перечень является невозможность замены лекарственного средства в рамках одного международного непатентованного наименования лекарственного средства или при отсутствии такого наименования химического, группировочного наименования, определяемая с учетом показателей эффективности и безопасности лекарственных

препаратов. Основанием для исключения лекарственного средства из перечня является возможность такой замены.

Из документации об аукционе следует, что установление заказчиком в описании объекта проводимой закупки требования к торговому наименованию обусловлено необходимостью обеспечения названным препаратом пациентов, а его замена невозможна.

Не обладая специальными познаниями в рассматриваемой области медицины, антимонопольный орган в обоснование правомерности его вывода о нарушении заказчиком требований действующего законодательства обязан представить надлежащие доказательства (ст. 67, 68 АПК РФ), опровергающие доводы заказчика о несовместимости и не взаимозаменяемости препаратов, содержащих инсулин. Такие доказательства антимонопольным органом суду представлены не были.



Правила, позволяющие избежать риска наступления негативных последствий при осуществлении закупки:

- своевременный контроль за изменениями и разъяснениями, данными вышестоящими контрольными органами;
- четкое определение предмета закупки с учетом МНН лекарственных средств;
- правовой анализ правоприменительной практики, сложившейся в регионе, в котором осуществляется закупочная деятельность организации;
- при необходимости – получение разъяснений у центрального аппарата ФАС РФ;
- строгое соблюдение установленных форм и правил закупки лекарственных средств и медицинских изделий.

Таким образом, формирование документации на закупку препаратов инсулина осуществлялось заказчиком в целях достижения максимального результата лечения заболеваний, с соблюдением принципов, закрепленных ст. 41 Конституции Российской Федерации и ст. 4 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», предусматривающих обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья, приоритет интересов пациента, доступность и качество при оказании медицинской помощи.

Вывод: закупки лекарственных препаратов и медицинских изделий – это сложная многогранная система, разобраться в которой под силу только специалисту, имеющему необходимые навыки и знания, желательно – опыт работы в качестве фармацевта или дополнительное образование последнего.

Вячеслав Иванович Егоров

хирург высшей категории, доктор медицинских наук, заместитель главного врача по онкологии ГБУЗ «ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ», заведующий кафедрой онкологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, профессор. Профессиональный стаж – более 30 лет, за это время им спасены и возвращены к нормальной жизни тысячи пациентов. Основная специализация – хирургия поджелудочной железы, опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства.

ИНТЕРЕС – КЛЮЧЕВОЕ СЛОВО, КОТОРОЕ ДВИЖЕТ ВСЕМИ ЛЮДЬМИ: И ВРАЧОМ, И АРТИСТОМ, И РЕЖИССЕРОМ

АВТОР: АЛЛА ЗАЙЦЕВА ФОТО: ОЛЕГА КИРЮШКИНА

Горящий, полный жизни взгляд, веселый нрав, энергичность и преданность делу всей своей жизни – вот то, что объединяет героев нашего интервью. О своем отношении к медицине, жизненному призванию и мотивации в профессии рассказали классик, театральный режиссер Леонид Хейфец и выдающийся хирург Вячеслав Егоров.



Леонид Ефимович Хейфец

театральный режиссер и педагог, профессор Российского института театрального искусства, народный артист Российской Федерации, лауреат Международной премии им. К.С. Станиславского в номинации «За вклад в развитие театральной педагогики», лауреат Государственной премии РСФСР в области театрального искусства, кавалер Ордена Почета России. Режиссер-постановщик более 200 спектаклей в различных театрах. Педагогический стаж – более 45 лет. Его спектакль «Смерть Ивана Грозного» с Андреем Поповым в главной роли вошел в список «Сто лучших спектаклей мира». С 1998 года Леонид Хейфец – бессменный режиссер Московского академического театра им. В.В. Маяковского.

Знакомство

Х.: Мне очень повезло, что я попал к вам, Вячеслав Иванович. Помню, я рассказал Виталию Соломину, который много тогда у меня играл в Малом театре, о страшном диагнозе, что ко мне клеился. Виталий позвонил своему другу, замечательному врачу, который работал в институте хирургии им. Вишневского, «специалисту по голове», как он сам себя называл. Тот сразу сказал: «Завтра же к нам!» Так я оказался в вашем отделении с очень неприятным диагнозом, подтвержденным двумя клиниками. Только ваши упорство и внимательное отношение к моей проблеме помогли внести ясность и поставить правильный диагноз.

Е.: Спасибо, что помните об этом. Я могу точно сказать, после того, как мы познакомились, я стал чаще ходить в театр на драматические произведения, в частности на спектакли Леонида Ефимовича. И, как мне кажется, в какой-то степени проникся обаянием высокого искусства.

Призвание

Е.: Я прочел книгу «Призвание» Леонида Ефимовича, адресованную абитуриентам актерского и режиссерского факультетов. Она также может отлично подойти и тому, кто собирается стать врачом. Слово «актер» легко можно заменить на слово «врач». На мой взгляд, главное в наших

профессиях – сильное желание решить волнующую тебя задачу. Какие-то пространные соображения относительно общественной пользы здесь не работают. У врача должен быть личный интерес – помочь конкретному человеку. Все хорошие врачи, которых я знаю, имеют именно такую мотивацию. Никто из них не стремится спасти мир или что-то глобально изменить. Интерес – ключевое слово, которое движет и врачом, и артистом, и режиссером. Только такие люди чего-то добиваются в конце концов не только для себя, но и для других.

Не знаю, действительно ли в свое время Алексей Максимович Горький сказал, что талант – это труд. С этим я полностью согласен. У врача должен быть талант трудиться, только тогда он реализуется.

Х.: По правде говоря, я предположить не мог, когда писал эту маленькую книжечку, что она может быть интересна врачу. Это для меня имеет особый смысл, ведь мало кто знает, что может быть, во мне пропал доктор. С 9-го класса я мечтал стать врачом, интересовался популярной медицинской литературой и даже предпринял попытку поступить в Белорусский государственный медицинский институт. Но у меня даже не приняли документы. В то время наша страна тяжело болела, проживала последние полтора-два года перед смертью Сталина, девочка из приемной комиссии сразу сказала: «Забирайте, забирайте документы. Вас не примут. Вы же еврей, а сейчас готовится дело “врачей-убийц”».

В моей семье были врачи. Человек в белом халате мне представлялся

особым существом, предназначенным для таинственных дел. В детстве у меня заболели уши. Я, маленький мальчик, плакал, врач подошел и сделал мне что-то пинцетом – раз, как волшебник! И я вмиг забыл про свою боль. И фамилия у него была как у волшебника – доктор Шик. По мере жизни я осознал, до какой степени не понимал, что такое врачебное дело. И сейчас молодые люди, идущие учиться на врача, не понимают, чем они будут заниматься.

Образование

Х.: Размышляя о нашей медицине, я не имею право говорить и о будущем, и о далеком прошлом. Я считаю, что школа должна определить судьбу будущей медицины. Она имеет огромное значение, и ей необходимо уделять больше внимания, иначе медицинская школа рухнет.

Е.: Действительно, образование – это база. Решает не

техническое оснащение, не модернизированное здание, а люди. Мы имеем систему образования 20-летней давности. Необходимо создать системный подход при обучении молодых специалистов, который соответствовал бы мировым стандартам. У нас есть великолепные врачи, которые имеют образ мыслей, во многом идентичный лучшим врачам Запада, но их единицы. Не имея человеческого потенциала, невозможно решить никаких задач, с каким оборудованием и в каких замечательных условиях ни работай. Новые условия диктуют новые требования к врачам. Известно, что медицинские знания обновляются, на минуточку, со скоростью 10–15% в год, а оборудование морально устаревает через 5 лет. Трудно себе представить, но в месяц публикуется до 10 тысяч статей по конкретным узким медицинским вопросам. Естественно, угнаться за этой информацией

Л.Е. ХЕЙФЕЦ

«В МОЕЙ СЕМЬЕ БЫЛИ ВРАЧИ. ЧЕЛОВЕК В БЕЛОМ ХАЛАТЕ МНЕ ПРЕДСТАВЛЯЛСЯ ОСОБЫМ СУЩЕСТВОМ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМ ДЛЯ ТАИНСТВЕННЫХ ДЕЛ. В ДЕТСТВЕ У МЕНЯ ЗАБОЛЕЛИ УШИ. Я, МАЛЕНЬКИЙ МАЛЬЧИК, ПЛАКАЛ, ВРАЧ ПОДОШЕЛ И СДЕЛАЛ МНЕ ЧТО-ТО ПИНЦЕТОМ – РАЗ, КАК ВОЛШЕБНИК! И Я ВМИГ ЗАБЫЛ ПРО СВОЮ БОЛЬ. ПО МЕРЕ ЖИЗНИ Я ОСОЗНАЛ, ДО КАКОЙ СТЕПЕНИ НЕ ПОНИМАЛ, ЧТО ТАКОЕ ВРАЧЕБНОЕ ДЕЛО. И СЕЙЧАС МОЛОДЫЕ ЛЮДИ, ИДУЩИЕ УЧИТЬСЯ НА ВРАЧА, НЕ ПОНИМАЮТ, ЧЕМ ОНИ БУДУТ ЗАНИМАТЬСЯ»



нереально. Сейчас даже существует специальная программа по систематизации новых научных трудов и исследований. Современный врач должен постоянно учиться. Это может стать даже в некотором плане паранойей. Если раньше раз в пять лет ты мог встретиться с зарубежными коллегами и обсудить волнующие вопросы, то сейчас ты должен постоянно настойчиво искать новые знания. При этом большая часть информации публикуется исключительно на английском языке, и врач вынужден самостоятельно делать перевод, если не хочет получить достоверную информацию с опозданием на год. Непрерывное образование – это часть работы. Леонид Ефимович абсолютно прав: абитуриент не понимает, что ему предстоит, особенно в плане умственной нагрузки.

Х.: Есть еще одна тема, перед которой я поднимаю руки вверх и сдаюсь. Это тема ухода за больными, выхаживания пациентов. Сколько есть изумительных медсестер, запомнившихся на всю жизнь, и какой поток необязательного и невнимательного персонала в больницах и поликлиниках. Если бы я был главой ведомства, и мне предстояло решить такую задачу, я бы сразу сдался. Здесь, мне кажется, тоже есть над чем подумать.

Секрет бодрого духа и здоровья

Е.: Залог моего хорошего настроения – недостаточная информированность и некий генетический оптимизм.

Х.: Только не здоровый образ жизни. Это очень скучно. Хотя все, конечно, хорошо в меру. Отвечу маленькой историей, которую мне рассказали в свое время наши космонавты. Когда в Россию приехал экипаж космического корабля



В.И. ЕГОРОВ

**«У НАС ЕСТЬ ВЕЛИКОЛЕПНЫЕ
ВРАЧИ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ
ОБРАЗ МЫСЛЕЙ, ВО МНОГОМ
ИДЕНТИЧНЫЙ ЛУЧШИМ ВРАЧАМ
ЗАПАДА, НО ИХ ЕДИНИЦЫ. НЕ ИМЕЯ
ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА,
НЕВОЗМОЖНО РЕШИТЬ НИКАКИХ
ЗАДАЧ, С КАКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ
И В КАКИХ ЗАМЕЧАТЕЛЬНЫХ
УСЛОВИЯХ НИ РАБОТАЙ.
НОВЫЕ УСЛОВИЯ ДИКТУЮТ
НОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ВРАЧАМ.
В МЕСЯЦ ПУБЛИКУЕТСЯ ДО 10
ТЫСЯЧ СТАТЕЙ ПО КОНКРЕТНЫМ
УЗКИМ МЕДИЦИНСКИМ ВОПРОСАМ.
ЕСТЕСТВЕННО, УГНАТЬСЯ ЗА ЭТОЙ
ИНФОРМАЦИЕЙ НЕРЕАЛЬНО»**



«Аполлон», наши ребята в Звездном городке решили встретить американских друзей, как говорится, от души – попытались напоить коллег до потери сознания. Контейнер водки и пива в комбинации с парилкой и ледяным душем. На следующий день наши как-то быстро вышли из пике, а вот американцы боролись с похмельем намного дольше. Когда американского командира корабля спросили, зачем он так пил, если на родине таких нагрузок, по его признанию, ни разу в жизни не испытывал, он ответил: «Я не боялся, так как за один раз генетическую программу не разрушишь». Эту фразу я запомнил.

Когда мой друг, замечательный актер, знаменитый на всю страну, безумно та-

лантливый, ушел из жизни в 52 года, все близко знавшие его люди сошлись во мнении, что здоровья ему хватило бы дожить до ста лет. У него не было болезней, кроме одной – он планомерно разрушал свой генетический код. Он не просто выпивал, а пил разрушая, разрушая себя. Уничтожил свой генетический код.

Е.: Конечно, здоровый образ жизни имеет колоссальное значение. Не зря не только врачи, но и многие религии советуют хорошо относиться к своему телу, к собственному разуму, не подвергать организм экстремальным перегрузкам. Иначе хорошим это не кончится. Одна из важнейших задач врача – сделать здоровый образ жизни понятным и привлекательным. Объяснить это так, чтобы не только больному, но и любому человеку было понятно и интересно поддерживать свое здоровье. Не нужно перегибать палку, требовать чрезмерного или невозможного.

Онкология

Х.: Я люблю разговаривать с врачами. Не хочу нагнетать ужас, но в последнее время у меня создалось ощущение, что страшная болезнь из трех букв – рак – распространяется как эпидемия или как вирусное заболевание. Я очень встревожен. Такая ситуация не только в России, но и во всем мире. Правильно, что эта проблема обсуждается сейчас и на правительственном уровне.

Е.: Мне представляется, что злокачественных образований стало, конечно, больше. Этому есть несколько причин: некоторые болезни стали чаще диагностироваться, продолжительность жизни выросла, а вот экологическая обстановка и медицинское образование людей не улучшаются. Я по-прежнему встречаю запущенные случаи. Для меня загадка, почему люди не идут

к врачу при первых признаках заболевания, а ждут, пока оно станет неизлечимым. Насколько мне известно, доля больных с поздней стадией онкологических заболеваний остается неизменной уже на протяжении 20 лет. Исключением являются некоторые регионы России, где начали работать информационные программы. Например, программа по борьбе с раком молочной железы в Москве.

Люди стали жить дольше, экономическая ситуация улучшилась, а прогресс за этим не успевает. Хотя недавно я узнал, что жить нужно как можно дольше, так как каждый прожитый день добавляет нам в будущем шесть часов жизни за счет технического прогресса.

Х.: Я знаю другую поговорку: «В России надо жить долго, потому что можно дожить бог знает до чего».

БЛИЦ-ОПРОС

Л.Е. ХЕЙФЕЦ

- Если не режиссер, то кто...?

– Конечно, врач!

- Лучший анекдот про врачей.

– Встречаются двое:
– Что лучше – склероз или маразм?
– Конечно, склероз, не вспомнишь, что у тебя маразм!

- Каждый день я начинаю с...

– С ощущения радости. Последние годы я радуюсь тому, что иду на работу.

- Примета, которая всегда сбывается...

– Как многие люди искусства, я суверен. У меня много примет: я боюсь черных кошек, пустых ведер...

- Можно ли вылечить словом?

– Конечно. Это великая сила! Величайшая! Подчас недооцененная. Жаль, этому нигде не учат.

- Медицина - это искусство?

– Медицина – это любовь к человеку!



В.И. ЕГОРОВ

- Если не врач, то кто...?

– Я и врачом-то стал методом исключения: ничто другое не подходило. Только врач...

- Каждый день я начинаю с...?

– С зарядки...по крайней мере, последние лет 40.

- Примета, которая всегда сбывается...

– Нет таких.

- Совет начинающим врачам от Вячеслава Егорова.

– Ни в коем случае не делать того, что тебе не нравится. Даже если это сулит тебе временную выгоду. Все образуется: и ты будешь заниматься тем, чем ты действительно хочешь.

- Можно ли вылечить словом?

– Да! По этому поводу у меня нет ни единого сомнения! Правда, не всегда, часто не полностью, но точно можно. Иногда помогает абсолютно.

- Медицина - это искусство?

– Не в чистом виде. В большей степени работа, чем искусство. Работа, которая заключается во многом, но в первую очередь в решении задачи, как помочь конкретному человеку.





КОНГРЕСС МОСКОВСКИХ ХИРУРГОВ

ИННОВАЦИИ И ПРАКТИКА

29–30 мая 2018, Москва, Крокус Экспо

Сайт: <https://moscow.surgery>

13 направлений хирургического профиля. Мастер-классы. Новые методики. Зарубежные специалисты

Основные научные направления

- Экстренная хирургия: проблемы и перспективы
- Плановая абдоминальная хирургия: нерешенные вопросы
- Хирургия толстой и прямой кишки: сложный выбор
- Торакальная хирургия: современные тенденции
- Стационарзамещающие формы хирургической помощи
- Инновации в сосудистой хирургии
- Эндокринная и метаболическая хирургия
- Новые технологии в гнойной хирургии
- Хирургия грыж передней брюшной стенки
- Современные возможности эндоскопических методов лечения
- Непрерывное обучение хирургов в Москве
- Детская хирургия
- Онкохирургия сегодня, завтра

“

*В столице доступны все виды высокотехнологичной медицинской помощи
Профессор А.И. Хрипун, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы,
Председатель Оргкомитета Конгресса*



**Правительство
Москвы**



**Департамент
здравоохранения
города Москвы**



**Российское
Общество
Хирургов**

Конгресс-оператор:



ООО КСТ Интерфорум
Телефон: +7 (495) 722-64-20
E-mail: mail@interforum.pro



**Боткинская
Больница**
Москва 1910

Сайт: <https://moscow.surgery>
Телефон: +7 (499) 490-03-03
E-mail: mail@moscow.surgery

ДАВИД МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ

ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СЕЙЧАС НАСТУПАЕТ ВРЕМЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТОВ



В 2018 году НИИОЗММ получил сертификат стандарта качества ISO 9001. Он создан, чтобы оптимизировать деятельность организаций и, в частности, привести их документацию в соответствие с нормами международного права. Директор института Давид Мелик-Гусейнов – о том, что это за документ.

АВТОР: ПЕТР САПОЖНИКОВ

Д.В. Мелик-Гусейнов,
директор НИИ
организации
здравоохранения
и медицинского
менеджмента
(НИИОЗММ)
Департамента
здравоохранения
города Москвы

– Давид Валерьевич, НИИОЗММ 16 февраля получил сертификат ISO 9001. Это международный стандарт качества менеджмента. Что это такое в отношении к возглавляемому вами институту – организатору здравоохранения Москвы?

– ISO 9001 – стандарт отношений, коммуникаций как с внешними, так и с внутренними участниками процесса здравоохранения. Эти отношения регламентированы, они требуют очень четкого алгоритма и маршрута, они также позволяют улучшать систему взаимоотношений внутри самой организации.

К примеру, ISO включает в себя определенный алгоритм внутренних коммуникаций. Если где-то происходит сбой, а он может произойти, потому что возникли новые задачи, новые требования, а сложившиеся внутренние бизнес-процессы с ними не справились, организация, сертифицированная по ISO 9001, самостоятельно запускает определенные корректирующие действия, которые позволяют ей так изменить структуру и внутренние процессы, чтобы подстроиться под новые требования.

Стандартизация по ISO – важный шаг в работе любой организации, не только медицинской. Но для медицинской организации это априори очень важно. Медицина сама по себе стандартизирована вдоль и поперек, есть порядки оказания медицинской помощи, есть стандарты, есть протоколы лечения. А бизнес-процессы внутри медицинской организации никакими государственными документами не формируются. Поэтому на помощь и

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

18.12.17

СМЕРТЬ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

На клинико-анатомической конференции Департамента здравоохранения города Москвы, прошедшей 18 декабря 2017 г., было рассмотрено клиническое наблюдение пациента А., 71 года, который умер от легочно-сердечной недостаточности на фоне туберкулеза.



Леонид Печатников,
заместитель мэра
Москвы по вопросам
социального развития

Самое страшное в истории с туберкулезом – фтизиатры все чаще регистрируют резистентные ко всем существующим антибактериальным препаратам формы палочки Коха. И это одна из самых серьезных проблем, которые есть сегодня во фтизиатрии. Поэтому мы попросили вынести на нашу конференцию клиническое наблюдение случая туберкулеза. И нам хотелось бы понять, на каком этапе мы допустили ошибку в ведении больного.

**Евгения Зенчук, и.о. заместителя главного врача по медицинской части
ГБУЗ «Городская поликлиника №67 ДЗМ»**

Май 2005 г.

ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

Пациент А., 1946 г.р., был прикреплен на медицинское обслуживание к ГБУЗ «Городская поликлиника №67 ДЗМ» в мае 2005 г. в возрасте 59 лет. В анамнезе: язвенная болезнь желудка, в мае 2005 г. – желудочно-кишечное кровотечение, был госпитализирован в Городскую клиническую больницу №13, где была выявлена аневризма брюшного отдела аорты.

23 января 2006 г. в Институте хирургии им. Вишневского пациенту проведено оперативное лечение – резекция аневризмы интрааренального отдела аорты с линейным протезированием. Пациент находился на диспансерном учете, наблюдался врачом-хирургом и врачом-кардиологом, принимал ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), бета-блокаторы, статины и антиагреганты.

При флюорографии выявлен пневмосклероз. В дальнейшем посещал поликлинику нерегулярно. В 2008 г. за медицинской помощью не обращался. В 2009 г. находился на амбулаторном лечении с диагнозом «острый бронхит», а в 2013 г. – с диагнозом «хронический бронхит, обострение». При этом пациент имел стаж курения более 45 лет.

В 2013 г. пациент обратился на прием с жалобами на боли в правой кисти. При рентгенологическом исследовании выявлен артроз лучезапястных сочленений первой степени. Отмечался лейкоцитоз до $13 \times 10^9/\text{л}$, увеличение СОЭ до 51 мм/ч. Врачом-ревматологом поставлен диагноз «подагра, подагрический артрит».

После купирования острого процесса к плановой терапии был добавлен аллопуринол 100 мг/сут; позднее доза была увеличена до 200 мг/сут.

10.2017 10:18



Георгий Введенский, заместитель главного врача ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи (ССиНМП) им. А.С. Пучкова Департамента здравоохранения города Москвы»

7 сентября в 10:18 в ССиНМП им. А.С. Пучкова поступил вызов от сына больного А., который сообщил о приступе удушья у его отца. По приезду на вызов бригады скорой помощи пациент предъявлял врачу жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, отеки ног, сердцебиение.

Состояние пациента расценено как средней тяжести, положение больного с высоким изголовьем, при перкуссии в легких отмечается легочный звук с укорочением слева, ниже угла лопатки. Частота дыхания (ЧДД) 18 в минуту, частота сердечных сокращений (ЧСС) – 110 в минуту, систолическое давление – 160 мм рт.ст., тоны сердца приглушены, отмечается увеличение печени на 2 см. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой, признаков острой коронарной недостаточности не выявлено. Предварительный диагноз: хроническая сердечная недостаточность, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь, левосторонний гидроторакс. От предложенной госпитализации пациент отказался, но на следующий день, 8 сентября, вновь поступил вызов от сына пациента о том, что у последнего появились боли в животе и черный стул. С диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение» пациент в стабильном состоянии доставлен в Городскую клиническую больницу №13 ДЗМ.

08.09.2017 12:08

Дмитрий Луканин, исполняющий обязанности заведующего хирургическим отделением ГБУЗ «ГКБ №13 ДЗМ»

При поступлении пациент предъявлял жалобы на черный жидкий стул до двух раз в сутки в течение

последних трех дней, на периодически возникающую тянущую боль в верхних отделах живота в вечерние и ночные часы, общую слабость.

При опросе пациента удалось выяснить, что в течение длительного времени он страдает гипертонической болезнью. Перенесенные и имеющиеся заболевания: 1992 – металлоостеосинтез по поводу перелома правой плечевой кости;

2004 – флебэктомия справа по поводу варикозной болезни (ГКБ №13);

2005 – множественные острые язвы желудка, осложненные кровотечением (ГКБ №13);

2006 – протезирование брюшного отдела аорты в связи с аневризмой (ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России»);

2012 – хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) средней тяжести смешанного типа, обострение (ГКБ №13).

Данные физикального обследования на момент госпитализации: состояние средней тяжести. Пациент в сознании, доступен полноценному вербальному контакту. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно. Голени отечны. ЧДД – 20 в минуту. При аускультации дыхание жесткое, в левых нижних отделах ослаблено. Хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс удовлетворительных качеств, ритмичный. Артериальное давление (АД) 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При

Результаты лабораторных исследований при поступлении

Показатель	Значение
Гемоглобин	84 г/л
Эритроциты	$2,49 \times 10^{12}/л$
Лейкоциты	$7,2 \times 10^9/л$
Тромбоциты	$220 \times 10^9/л$
Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)	43,7 с
Международное нормализованное соотношение (МНО)	2,05 отн. ед.
Общий белок	66 г/л
Мочевина	18,6 ммоль/л
Креатинин	159 мкмоль/л
Глюкоза	5,8 ммоль
Билирубин общий	12 мкмоль/л
Аспартатаминотрансфераза (АСТ)	31 Ед/л
Аланинаминотрансфераза (АЛТ)	18 Ед/л
Альфа-амилаза	19 Ед/л

пальпации мягкий, умеренно болезненный в верхних отделах. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень не увеличена. При ректальном исследовании на высоте пальца патологии не выявлено, на перчатке мелена.

На основании жалоб анамнеза и физикального обследования был сформулирован предварительный диагноз: состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки при поступлении:

УЗИ органов брюшной полости при поступлении:

- диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы, почек;
- утолщение стенок желудка, возможно, в рамках инфильтративного процесса;
- увеличение лимфоузлов в ретрогастральной области;
- жидкость в левой плевральной полости с сепарацией листков до 70 мм.

в прямой и правой боковой проекциях (в левой плевральной полости определяется жидкость до уровня заднего отрезка 9 ребра; пневмофиброзные посттуберкулезные изменения в верхних долях легких).



Состояние пациента оставалось стабильным, однако на следующий день, 9 сентября, в 18.20 у больного отмечено

Эзофагогастродуоденоскопия при поступлении:

- хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки без признаков кровотечения;
- хроническая язва постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки с признаками состоявшегося кровотечения (Форрест 2 С);
- инфильтративные изменения стенки двенадцатиперстной кишки (возможно, прорастание опухолью извне).

Клинический диагноз

Основное заболевание:

- обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненное состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением;
 - анемия средней степени тяжести смешанного генеза (постгеморрагическая + V_{12} -дефицитная анемия).
- Сопутствующие заболевания:* ишемическая болезнь сердца (ИБС): постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, венечных артерий. Гипертоническая болезнь III стадии, 3-й степени, риск 4 сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Недостаточность кровообращения 2Б. Левосторонний гидроторакс. Посттуберкулезные изменения в верхушках легких. Пациент госпитализирован в хирургическое отделение, начато проведение противоязвенной, гемостатической, этиотропной терапии.

09.09.2017 08:20

внезапное ухудшение состояния. При осмотре – жалобы на выраженную общую слабость, чувство нехватки воздуха. При физикальном обследовании: артериальная гипотония, признаки дыхательной недостаточности. Пациент переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии, состояние по шкале APACHE II 20 баллов.

Пациенту экстренно проведено дополнительное обследование ЭКГ: синусовая тахикардия, горизонтальное положение электрической оси сердца, признаки гипертрофии левого желудочка.

УЗИ глубоких вен не выявило признаков тромбоза.

Эхо-КГ: фракция выброса левого желудочка (EF): 20% (по Simpson); умеренная легочная гипертензия: систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) 45 мм рт.ст. митральная регургитация 2-й ст., трикуспидальная регургитация 2-й ст.; двусторонний гидроторакс.

D-димер: 6,37 мкг/мл.

После экстренной консультации терапевта, учитывая 8-кратное повышение нормального уровня D-димера, высказано предположение о развитии тромбоза легочной артерии (ТЭЛА).

Выполнена пункция левой плевральной полости, эвакуировано 2500 мл жидкости соломенно-желтого цвета без запаха.

Результаты микробиологического, биохимического и цитологического исследования плевральной жидкости

Показатель	Значение
Кислотоустойчивые микобактерии	не обнаружены
Опухолевые клетки	не обнаружены
Рост микрофлоры	не обнаружен
Общий белок	23 г/л
Амилаза	22 Ед/л
Лейкоциты	до 30 в п/з (лимфоциты)

На основании проведенного клинико-инструментального обследования у пациента диагностирована левосторонняя внебольничная пневмония на фоне хронической сердечной недостаточности. Антибактериальная терапия скорректирована.

После проведения плевральной пункции состояние пациента стабилизировалось, диагностический поиск продолжен. Больному выполнено КТ органов грудной клетки и брюшной полости. Ввиду повышения уровня креатинина до 191 мкмоль/л, исследование проводилось без контрастирования. Выявлено жидкостное образование в верхней доле левого легкого размерами 39×30×31 мм, в верхних долях

с обеих сторон очаги уплотнения размерами до 11–12 мм. В нижней доле слева зона воспалительной инфильтрации, на фоне которой определяются аналогичные мелкие сливные очаги, более выраженные в сегменте S6.

Рис. 1. КТ органов грудной клетки 11.09.17

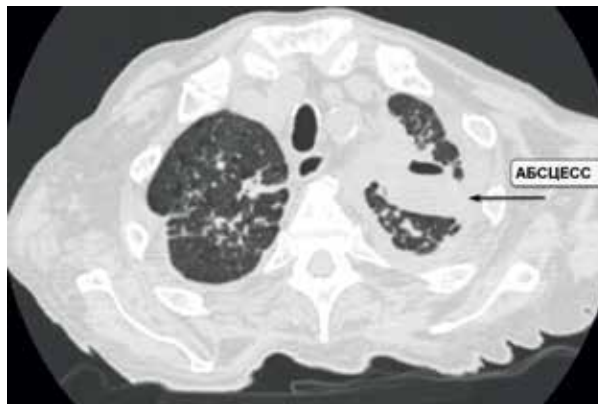
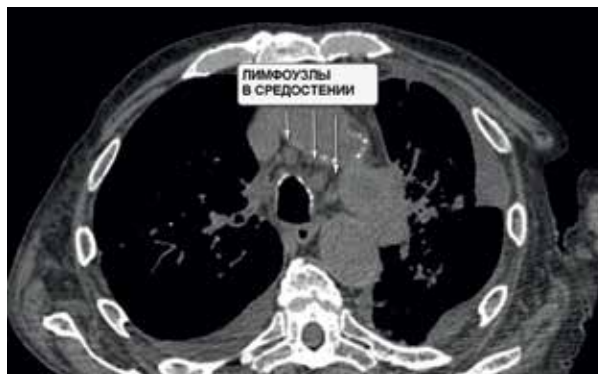


Рис. 2. КТ органов грудной клетки 11.09.17



Рис. 3. КТ органов грудной клетки 11.09.17



Множественные лимфоузлы средостения размером до 10 мм, жидкость в левой плевральной полости толщиной слоя до 56 мм, жидкость в правой плевральной полости толщиной слоя до 29 мм.

При КТ органов брюшной полости в головке поджелудочной железы выявлено образование с нечетким контуром размерами 13×16 мм, соответствующее псевдокисте или опухоли, а также множественные парагастральные лимфоузлы диаметром до 13 мм.

Рис. 4. КТ органов брюшной полости 11.09.17



Рис. 5. КТ органов брюшной полости 11.09.17



11.09.2017

Заключение консилиума от 11 сентября 2017 г.

У больного предполагается злокачественное новообразование головки поджелудочной железы с прорастанием в двенадцатиперстную кишку, распадом и состоявшимся кровотечением.

Следует проводить дифференциальную диагностику между левосторонней внебольничной плевропневмонией, возможно, с формированием полости распада в верхней

доле, и параканкротной пневмонией, метастатическим поражением легких. Убедительных клинических данных за ТЭЛА не получено.

Рекомендовано: коррекция антибактериальной терапии: меронем по 1 г × 2 раза в день в/в под контролем клиренса креатинина;

для исключения туберкулезного процесса показан забор мокроты с цитологическим исследованием на микобактерии и консультация фтизиатра, консультация онколога. Проведен забор мокроты с помощью санационного катетера; при цитологическом исследовании кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены.

14.09.2017

Состояние пациента вновь ухудшилось 14 сентября. Появилась одышка в покое, narсла слабость. Больной с нестабильной гемодинамикой переведен в отделение реанимации. Тяжесть состояния по шкале АРАСНЕ II составила 24 балла.

ЭКГ в динамике не выявило свежих очаговых изменений. При повторной Эхо-КГ – снижение глобальной систолической функции левого желудочка, фракция выброса увеличилась и составила 25%. Однако при этом зафиксировано нарастание легочной гипертензии до 55 мм рт.ст. с параллельным усилением митральной и трикуспидальной регургитации.

Признаков нарушения локальной сократимости миокарда не выявлено. Концентрация тропонина (Т) 50–100 нг/л, т.е. вне диагностического диапазона острого инфаркта миокарда. После консультации кардиореаниматолога диагноз «острый коронарный синдром» исключен.

По результатам контрольной рентгенографии 14.09.2017, выполненной в положении лежа, картина расценена как двусторонняя субтотальная пневмония, левосторонний гидроторакс. Выполнена повторная пункция левой плевральной полости, эвакуировано 1200 мл мутной жидкости с геморрагическим окрашиванием. Результаты исследования плевральной жидкости показали некоторое увеличение концентрации белка, эритроциты во всех полях, лейкоциты до 15 в п/з; микобактерий туберкулеза не выявлено.

В связи с отрицательной клинико-рентгенологической динамикой течения пневмонии к проводимой антибактериальной терапии меронемом добавлен ванкомицин.

14.09.2017 пациент был осмотрен врачом-фтизиатром. Высказано мнение о том, что следует проводить дифференциальную диагностику между двусторонней полисегментарной пневмонией с двусторонним плевритом на фоне посттуберкулезных изменений и инфильтративным туберкулезом верхней доли левого легкого в фазе распада и обсеменения.

Учитывая отсутствие кислотоустойчивых микобактерий в мокроте, результаты исследования плеврального выпота, быструю отрицательную рентгенографическую динамику со стороны легких на момент осмотра убедительных данных за туберкулез не было. Рекомендованы фибробронхоскопия с исследованием мокроты на микобактерии туберкулеза и атипичные клетки, консультация онколога, продолжение антибактериальной терапии, повторная консультация после дополнительного обследования.

В тот же день, 14 сентября, пациенту была выполнена бронхоскопия, выявлена картина диффузного двустороннего деформирующего бронхита I и II степеней интенсивности воспаления, взят смыв со слизистой трахеи бронхов, при цитологическом исследовании смыва кислотоустойчивые микроорганизмы, а также атипичные клетки не обнаружены. В посевах выявлен рост *Klebsiella pneumoniae* и *Acinetobacter baumannii*.

15.09.2017

15 сентября больной консультирован онкологом. Высказано мнение о наличии новообразований головки поджелудочной железы с метастатическим поражением легких. С целью морфологической верификации онкологического заболевания рекомендовано выполнение эндоскопической трансдуоденальной пункционной биопсии поджелудочной железы, а также трансторакальной пункционной биопсии легких. Анализ крови на онкомаркер СА19-9 показал трехкратное превышение верхней границы референтного значения.

16.09.2017

16 сентября на фоне относительной стабилизации состояния пациента выполнена контрольная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Установлено, что описанный ранее язвенный дефект задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки полностью зарубцевался. Изъязвление по медиальной стенке нисходящей части двенадцатиперстной кишки уменьшилось в размерах, дно покрыто фибрином.

Края данного язвенного дефекта плотные, слизистая вокруг с инфильтративными изменениями. Взята биопсия.

При гистологическом исследовании биоптата признаков опухолевого роста не выявлено. Картина хронического воспаления.

Состояние пациента оставалось тяжелым. Несмотря на проводимую комплексную терапию, у больного нарастали проявления синдрома полиорганной недостаточности. В том числе, нарастали признаки почечной недостаточности со снижением

диуреза до 300–500 мл/сут с параллельным увеличением уровня креатинина сыворотки до 300 мкмоль/л.

В период с 18 по 20 сентября состояние пациента прогрессивно ухудшалось. 20 сентября в связи с нарастанием дыхательной недостаточности пациент переведен на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). При лабораторном исследовании отмечено клинически значимое падение гемоглобина с 81 до 70 г/л, но предположение о желудочном кровотечении при ЭГДС не подтвердилось.

Результаты лабораторных исследований 20.09.2017

Показатель	Значение
Гемоглобин	70 г/л
Эритроциты	2,49×10 ¹² /л
Лейкоциты	15,3×10 ⁹ /л
Тромбоциты	74×10 ⁹ /л
АЧТВ	85,8 с
МНО	5,31 отн.ед.
Фибриноген	1,43 г/л
Общий белок	49 г/л
Мочевина	30,4 ммоль/л
Креатинин	430 мкмоль/л
Глюкоза	3,5 ммоль
Билирубин общий	29,7 мкмоль/л
АСТ	137 Ед/л
АЛТ	68 Ед/л
С-реактивный белок	116,5 мг/л

21.09.2017 03:05

Несмотря на проводимую терапию, 21 сентября в 03:05 на фоне нарастающего симптома синдрома полиорганной дисфункции диагностирована асистолия. Проводимые в течение 30 минут реанимационные мероприятия остались без эффекта. Констатирована смерть больного.

Труп больного направлен на патологоанатомическое исследование. Клинический диагноз:

Основное заболевание: злокачественное новообразование головки поджелудочной железы с прорастанием в двенадцатиперстную кишку, изъязвлением и распадом. Метастатическое поражение легких. Т3N1M1, стадия IV. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение. Анемия смешанного генеза. Осложнения основного заболевания: Двусторонняя пневмония с абсцедированием. Двусторонний экссудативный плеврит. Полиорганная недостаточность. ТЭЛА. Раковая интоксикация.

Сопутствующие заболевания: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз аорты, венечных артерий. Вторичная ишемическая кардиомиопатия. Пароксизмальная форма фибрилляции-трепетания предсердий. Пароксизм трепетания предсердий от 15.09.17. Гипертоническая болезнь III степени, 3-й стадии, риск 4 ССО. ХСН 2Б. ХОБЛ, смешанная форма. Диффузный двусторонний деформирующий бронхит 1–2-й стадии. Дыхательная недостаточность 2-й степени. Аневризма брюшного отдела аорты. Протезирование брюшного отдела аорты. Желчнокаменная и мочекаменная болезнь: камни почек. Нефроангиосклероз. Хроническая болезнь почек 3-й стадии. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Хронический пиелонефрит в стадии стихающего обострения.

Виктор Дралов, заведующий патологоанатомическим отделением ГБУЗ ГKB №13 ДЗМ

На секцию был доставлен труп пожилого мужчины правильного телосложения, пониженного питания. При исследовании левой плевральной полости обращало внимание 600 мл мутного экссудата с геморрагическим окрашиванием. В плевральных полостях массивные фиброзные спайки, преимущественно в верхних и нижних отделах. В правой плевральной полости массивные фиброзные спайки локализовались преимущественно в верхних отделах. При разделении легочная паренхима отделялась с трудом. Имелся дефект легочной паренхимы на костальной плевре. При ревизии легких определялись дефекты легочной ткани, щелевидной формы, размерами 3,5 и 2,5 см с грубоволокнистыми фиброзными швартами. Стенка каверны утолщена до 1,5 см с фокусами казеозного некроза желтоватого цвета. Отмечался диффузный пневмосклероз преимущественно в нижних долях и субплевральная эмфизема в области верхушек.

При гистологическом исследовании выявлена характерная трехслойная мембрана с наличием классических клеток Пирогова–Лангханса.

При исследовании в области III–VI сегментов тканей легкого множественные фокусы, очаги казеозного некроза диаметром от 0,2 до 2 см. Местами они распадаются с образованием полостей. При гистологическом исследовании также выявлены характерные клетки Пирогова–Лангханса. При исследовании сердечно-сосудистой системы обращала внимание гипертрофия сердца. Масса сердца 345 г. Толщина стенки правого желудочка 1,2 см, левого желудочка – 1,8 см. Клапанный аппарат без выраженных патологических изменений. Коронарные артерии с выраженным атеросклерозом, с кальцинозом, со стенозом просвета до 70%. В просвете артерий жидкая кровь.

Миокард буроватого цвета с наличием рубцовой ткани в области задней стенки левого желудочка белесоватого цвета с четкими границами размерами 4х3 см.

При гистологическом исследовании видно разрастание рубцовой ткани по периферии, которая определяется наряду с гипертрофированными кардиомиоцитами, атрофичными кардиомиоцитами и интрамуральным склерозом сосудов.

При исследовании аорты обращало внимание увеличение диаметра грудного отдела аорты до 4,5 см грудного отдела с выраженным атероматозом и отслоением интимы от адвентиции с наличием кашицеобразных буроватых атероматозных масс в середине. Брюшной отдел аорты представлен в основном гофрированным протезом.

Печень увеличена в размерах. Поверхность ее гладкая, пестрая – характерная картина мускатной печени. При гистологическом исследовании виден умеренно выраженный фиброз перипортальных трактов, белковая и жировая дистрофия гепатоцитов, картина гастрита. В двенадцатиперстной кишке в постбульбарном отделе определяется острая язва диаметром 1 см с ровными краями, покрытая сероватым слоем фибрина, без наличия крови в просвете кишечника.

Далее при исследовании кишечника фрагментарно определялись следы видоизмененной крови в просвете тонкого и толстого кишечника. При гистологическом исследовании в дне язвы были видны гнойно-некротический витерит и вал из воспалительного инфильтрата, в основном представленного лейкоцитами. Некроз доходит до подслизистого слоя. В ткани поджелудочной железы опухолевого образования не обнаружено. Видна сохранная капсула железы и участок сероватого цвета линейной формы – поствоспалительная киста. Также видны мелкие кальцинаты в области головки поджелудочной железы.

При гистологическом исследовании картина хронического панкреатита с выраженной воспалительной инфильтрацией с кальцинатами и склерозированными выводными протоками поджелудочной железы.

Почки не увеличены в размерах, красноватого цвета с множественными белесоватыми просовидными очагами на поверхности. Первоначально предполагалось, что это туберкулезное поражение почек, но при гистологическом исследовании установлено, что это кистозно расширенные канальцы. Признаков туберкулезного поражения в тканях почки не обнаружено. В паренхиме сохранены клубочки и очаговая воспалительная лимфогистиоцитарная инфильтрация.

Возвращаясь к результатам исследования легких, Виктор Дралов указал, что гистологическая картина не вызывала сомнений в фиброзно-кавернозном туберкулезе. При молекулярно-генетическом исследовании с помощью реакции ПЦР, проведенном в Центре по борьбе с туберкулезом, выявлены ДНК микобактерий туберкулеза, что подтверждает диагноз фиброзно-кавернозного туберкулеза в фазе слабого прогрессирования.

Леонид Печатников

Фтизиатр поставил инфильтративный туберкулез с распадом, но патологоанатом поставил совершенно другой диагноз – фиброзно-кавернозный туберкулез. Я обращаю ваше внимание, это два разных туберкулеза. Это очень важно для понимания, что такое туберкулез легких вообще.

Виктор Дралов

Таким образом, был сформулирован следующий окончательный патологоанатомический диагноз.

Основное заболевание: Фиброзно-кавернозный туберкулез легких, фаза прогрессирования с преобладанием экссудативной реакции (инфильтрация и обсеменение): каверны в I и II сегментах левого и правого легкого, ацинозно-лобулярные очаги казеозной пневмонии в III–VI сегментах правого легкого. Диффузный пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких, буллезная эмфизема в нижних долях легких, облитерация плевральных полостей.

Осложнения: Легочное сердце (масса – 345 г, желудочковый индекс – 0,8). Двусторонний гидроторакс (справа – 300 мл, слева – 600 мл экссудата). Острая язва двенадцатиперстной кишки с развитием кровотечения (следы видоизмененной крови в просвете тонкого и толстого кишечника). Постгеморрагическая анемия. Тромбоз левой верхнедолевой легочной артерии с развитием геморрагического инфаркта легкого. Бурная атрофия миокарда. Отек легких. Кахексия. Трофические изменения кожных покровов стопы и голени.

Сопутствующие заболевания: Постинфарктный кардиосклероз в задней стенке левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз венечных артерий сердца (стенотическое поражение коронарных артерий, 3-я степень, IV стадия, стеноз просвета 75%). Гипертоническая болезнь. Расслаивающаяся аневризма грудного отдела аорты. Протезирование брюшного отдела аорты. Аденома правой доли щитовидной железы. Таким образом, смерть пациента наступила от фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, осложнившегося легочно-сердечной недостаточностью.



Андрей Белевский, главный внештатный специалист пульмонолог Департамента здравоохранения города Москвы

Андрей Белевский

В процессе оказания медицинской помощи пациенту А. был допущен ряд серьезных ошибок в диагностике и тактике ведения.

Прежде всего, во время лечения в ГКБ №13 недооценено поражение легких. Уже при поступлении больного 8.09.2017 г. на рентгенограмме выявлены изменения, которые должны были заставить пересмотреть основную диагноз. При этом

выраженный плевральный выпот не эвакуирован «в связи с отсутствием дыхательной недостаточности», в то время как 9.09.2017 больной переведен в ОРИТ в связи с появлением ощущения нехватки воздуха и развитием гипотонии. У больного не определялись газы крови, и даже нет данных о пульсоксиметрии, что стартовая терапия «пневмонии» не соответствовала современным рекомендациям.

Больному были назначены амоксициллин, кларитромицин, ципрофлоксацин и метронидазол, но в перечне антибактериальных препаратов для стартовой терапии тяжелой пневмонии из рекомендаций Российского респираторного общества 2014 г. нет ни одного из этих препаратов.

Также были допущены ошибки при исследовании плевральной жидкости, которые могли оказать влияние на диагностику заболевания.

Не были предприняты интенсивные попытки установления характера поражения легких. Это могло быть связано с тем, что пациент рассматривался как страдающий раком поджелудочной железы с раковой интоксикацией, возможным метастазированием, с вытекающими из этого выводами о том, что это инкурабельный пациент.



Елена Богородская

Не было проведено исследование мокроты на ДНК МБТ, и вовремя не была выполнена трансбронхиальная биопсия легкого.

Наличие рентгенологических (КТ), ультразвуковых и лабораторных (онкомаркер) данных, подозрительных на злокачественное образование, условно подтверждаемое специалистом-онкологом с рекомендацией получения морфологического подтверждения, придало вектор дифференциальной диагностике.

Елена Богородская, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы

Не был учтен анамнез пациента в отношении ревматического заболевания: подагры с подагрическим артритом и, по-видимому, гломеруло- и пиелонефритом с нарастанием хронической почечной недостаточности (ХПН).

Не проведено исследование крови на маркеры васкулита, который при такой клинической картине можно было бы подозревать.

Роль туберкулеза в танатогенезе в данном случае представляется неоднозначной, и нет уверенности в том, что пациент умер от фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Это связано с наличием у него нескольких тяжелых заболеваний: сердечно-сосудистой системы с 2004 г. (инфаркт миокарда в анамнезе, дилатация полостей сердца, фракция

выброса 25%, сужение венечных артерий до 75%, нарушение ритма сердца, аневризма брюшного и грудного отделов аорты, последняя – расслаивающаяся; варикозное расширение вен нижних конечностей, ГБ с высоким риском ССО, НК 2); заболевания легких (в анамнезе – хронический бронхит, дебют в 2009 г., ДН 2 стадии), по-видимому, не первый тромбоз левой верхнедолевой легочной артерии (резкое ухудшение состояния с быстрой отрицательной динамикой) с присоединением геморрагического инфаркта и пневмонии базальных отделов левого легкого (не характерный для туберкулеза подъем лейкоцитов в крови до 19,4, обнаружение в мокроте *Klebsiella pneumoniae* и *Acinetobacter baumannii*);

подагры с 2007 г. и нефротического синдрома с 2015 г. с гигантской потерей белка (до 100 г/л), в результате которого быстро накапливался транссудат в обеих плевральных полостях и диагностированы периферические отеки; заболевания ЖКТ, в том числе язвенной болезни с неоднократным желудочно-кишечным кровотечением, последнее состоялось за 12 дней до летального исхода.

Кроме того, при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких всегда обнаруживаются микобактерии туберкулеза в большом количестве в мокроте и тем более в материале, взятом при бронхоскопии. У пациента их не выявлялось.

При аутопсии в стенке каверны должны быть обнаружены не только ДНК микобактерий туберкулеза, но и они сами в значительном количестве, если их нет – это не туберкулез, а гранулематоз иной природы.

В данном случае в ходе лечебно-диагностического процесса врачи все время думали о туберкулезе, но когда получили заключение специалиста по КТ, а также заключение онколога, вектор дифференциальной диагностики сразу резко изменился.

Леонид Печатников

Елена Михайловна, я специально вас попросил, чтобы вы нам напомнили, какая разница между инфильтративным туберкулезом и фиброзно-кавернозной формой.

Елена Богородская

Прошу обратить внимание на этот слайд



Инфильтративный туберкулез:

– никакого уменьшения объема легкого не наблюдается. Имеется инфильтрация легочной ткани с множественными полостями, расширением корня справа за счет увеличенных внутригрудных лимфоузлов, тень средостения не смещена.



Следующий снимок (фото сверху) сделан через 2–3 года. Фиброзно-кавернозный туберкулез:

– правое легкое уменьшено в объеме за счет фиброза. Корень поднят вверх. В правом легком определяется система разнокалиберных полостей. Тень средостения смещена вправо в сторону поражения. И отмечаются множественные очаги бронхогенного обсеменения справа и слева.

Леонид Печатников

В обсуждаемом случае, как вы все-таки расцениваете форму туберкулеза – это был первичный или все-таки фиброзно-кавернозный туберкулез?

Елена Богородская

Ну, во-первых, у нас есть анамнез. У нас есть данные о флюорографии от 2015 г., где туберкулеза не было. Поэтому мы можем совершенно четко сказать, что туберкулез мог возникнуть у пациента в любой момент в период с 2015 г. по 2017 г. С моей точки зрения, по той картине, которую мы видели у этого пациента, давность туберкулеза около года. Это совсем не фиброзно-кавернозный туберкулез, и, хотя там есть полость с достаточно плотными стенками, это стадия фиброза.

Я хотела бы в качестве информации напомнить о том, что, помимо туберкулеза, положительный анализ на кислотоустойчивые микобактерии в мокроте бывает еще и у пациентов, страдающих микобактериозами, которые очень похожи рентгенологически на туберкулез, и больные всегда поступают к нам с подозрением на туберкулез. Поэтому диагноз «туберкулез» – это не только гистология, но и микробиология, микробиологический диагноз.

Сергей Морозов, главный внештатный специалист по лучевой диагностике ДЗМ

Имела место неправильная интерпретация изменений в легких при классической картине фиброзно-кавернозного туберкулеза.

Расхождение в интерпретации изменений поджелудочной железы обусловлено низкой чувствительностью бесконтрастной КТ при оценке органов брюшной полости.

Правильная диагностика туберкулеза должна быть основана на комплексном использовании иммунологических, микроскопических и лучевых методов обследования.

Согласно приказу Минздрава России от 29.12.2014 №951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания», к методам диагностики туберкулеза относятся:

исследование мокроты (чувствительность 50%);

лучевая диагностика;

флюорография – скрининг;

рентгенография – метод выбора;

КТ – при осложнениях, иммуносупрессивных состояниях, при отрицательной рентгенографии и наличии клинической картины;

УЗИ – оценка плеврального выпота;

иммунодиагностика (проба Манту, ПЦР, диаскинтест);

эндоскопические и хирургические методы диагностики.

Олег Орехов, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы

Непосредственной причиной смерти пациента А. стала легочно-сердечная недостаточность, которая

развилась в результате декомпенсации легочного сердца.

Туберкулез органов дыхания был подтвержден по результатам консультации, дополнительного обследования и совместного пересмотра гистологических препаратов со специалистами ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», где была проведена ПЦР-диагностика. Активность процесса расценена как слабое прогрессирование.

В то же время следует отметить, что у больного было несколько коморбидных заболеваний, что, без сомнения, сыграло свою роль в танатогенезе.

Обнаруженная на вскрытии хроническая язва двенадцатиперстной кишки была гипоксического характера в условиях выраженной легочной гипертензии и правожелудочковой недостаточности.

Отмечается гипердиагностика рака поджелудочной железы с метастазами, что определило расхождение клинического и анатомического диагнозов.

Леонид Печатников

Безусловно, на мой взгляд, мы можем считать доказанным, что пациент умер, конечно, не от туберкулеза как такового, а от подострого легочного сердца на фоне скомпрометированного левого желудочка и тотальной сердечной недостаточности. Но в основе этого легочного сердца лежало тяжелое заболевание легких.

Формирование хронического легочного сердца происходит в течение многих лет. В рассматриваемом случае, видимо, обострение фиброзно-кавернозного туберкулеза привело к декомпенсации легочного сердца, которая закончилась летальным исходом. То есть больной умер от прогрессирования легочного процесса.

СЕРГЕЙ ТИМОНИН
ЭКСПЕРТ ОТДЕЛА ДЕМОГРАФИИ, К.Г.Н.

- Анализ и прогнозирование демографических процессов в Москве
- Внедрение научно обоснованных методик оценки заболеваемости и смертности населения для принятия взвешенных управленческих решений
- Проведение статистических и аналитических исследований в области демографии и здоровья населения
- Оценка взаимного влияния демографических и социальных факторов на эффективность деятельности системы и организаций здравоохранения

НИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru
МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

ОТДЕЛ ДЕМОГРАФИИ

+7 (495) 951-20-54
niozmm@zdrav.mos.ru
Москва, Шаркоподдипниковская, д. 9
www.nioz.ru

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

29.01.18

НЕЗАМЕТНЫЙ СЕПСИС

На клинико-анатомической конференции Департамента здравоохранения города Москвы, прошедшей 29 января 2018 г., было рассмотрено клиническое наблюдение пациентки Д., которая умерла от сепсиса на фоне сахарного диабета



Леонид Печатников,
заместитель мэра
Москвы по вопросам
социального развития

22.09.2017 12:51

Леонид Печатников

Слово предоставляется Георгию Введенскому.

Георгий Введенский, заместитель главного врача Станции скорой и неотложной медицинской помощи (ССиНМП) им. А.С. Пучкова

Пациентка Д., 69 лет, наблюдалась в ФКУЗ «Центральная поликлиника №1 Министерства внутренних дел Российской Федерации», куда она обратилась 22 сентября 2017 г. в связи с повышением температуры тела до 40°C и в процессе обследования в тот же день была выявлена выраженная тромбоцитопения ($11 \times 10^9/\text{л}$). В связи с этим персонал поликлиники вызвал скорую помощь для медицинской эвакуации пациентки в стационар. По прибытии бригады скорой помощи пациентка предъявляла жалобы на слабость. В анамнезе ишемическая болезнь сердца (ИБС), атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь II степени, сахарный диабет 2 типа, протезирование наружной сонной артерии. Общее состояние средней тяжести. Температура 36,6°C. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 100/мин, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, артериальное давление (АД) – 130/70 мм рт.ст., частота дыхательных движений (ЧДД) – 18/мин. Со стороны органов пищеварения без патологических изменений. Дизурии нет. Неврологический статус без особенностей. Учитывая наличие у больной сахарного диабета, определен уровень глюкозы крови: результат 6 ммоль/л. Пациентка эвакуирована в Городскую клиническую больницу №40 с диагнозом «острая тромбоцитопения».

Вадим Доронин, заведующий отделением гематологии и химиотерапии ГБУЗ «Городская клиническая больница №40 Департамента здравоохранения города Москвы»

Пациентка Д., поступила в приемное отделение больницы 22 сентября 2017 г. с жалобами на общую слабость, появление единичных точечных кровоизлияний на коже рук и подъем температуры до 40°C. Диагноз направившего учреждения «острая тромбоцитопения тяжелой степени неясного генеза». При расспросе установлено, что

ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

вышеуказанные жалобы у нее появились за несколько дней до госпитализации. В анализе крови, который пациентка сдавала амбулаторно 19 сентября 2017 г., зафиксированы тромбоцитопения, незначительное увеличение аланинаминотрансферазы (АЛТ) и неспецифических острофазовых показателей.

Общий анализ крови от 19.09.2017

Гемоглобин	140 г/л
Эритроциты	$4,68 \times 10^{12}/л$
Тромбоциты	$63 \times 10^9/л$
Лейкоциты	$14,9 \times 10^9/л$
Незрелые гранулоциты	0,7%
Сегментоядерные нейтрофилы	81,7%
Эозинофилы	0,3%
Базофилы	0,3%
Моноциты	9,1%
Лимфоциты	8,6%

Биохимический анализ крови от 19.09.2017

Креатинин	62 мкмоль/л
Аланинаминотрансфераза (АЛТ)	50,9 ЕД/л (<33)
Аспартатаминотрансфераза (АСТ)	22,3 ЕД/л (<32)
Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)	217 ЕД/л (135–214)
Гамма-глутамилтрансфераза (ГТТ)	106 ЕД/л (<40)
С-реактивный белок	45,1 мг/л (<5)
Ревматоидный фактор	12 МЕ/мл (<14)
Мочевая кислота	357 мкмоль/л (до 339)

В анамнезе выявлены следующие заболевания:

- сахарный диабет 2 типа в течение 5 лет, компенсированный;
- псориаз;
- желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит;
- гипертоническая болезнь II стадии, III степени, риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) 4;
- ИБС: атеросклеротический кардиосклероз;
- варикозная болезнь вен нижних конечностей. Хроническая венозная недостаточность (ХВН). Комбинированная флебэктомия слева от 08.12.2016 г.;
- узловой зутиреоидный зоб 1-й степени;
- эмоционально-лабильное астеническое расстройство.



Вадим Доронин,
заведующий
отделением
гематологии и
химиотерапии ГБУЗ
«Городская
клиническая больница
№40 Департамента
здравоохранения
города Москвы»

В 2012—2017 гг. многократно проводились удаления полипов толстой кишки. Однако в удаленных полипах не было обнаружено признаков их малигнизации.

При обследовании в приемном отделении состояние средней тяжести. Экхимозы на коже рук, слизистая рта без геморагий, лимфатические узлы не увеличены, незначительные отеки голеней и стоп. АД 160/100 мм рт.ст., ЧСС – 82/мин. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не

увеличены.

Рентгенография органов грудной клетки: в легких без очаговых и инфильтративных изменений. Пневмоклероз.

В анализе крови тромбоциты несколько выше, чем это было в этот же день в поликлинике перед ее госпитализацией ($21 \times 10^9/л$), лейкоцитоз $14,3 \times 10^9/л$. Обращает на себя внимание сдвиг лейкоцитарной формулы до миелоцитов.

Пациентка была госпитализирована в отделение гематологии с диагнозом «тромбоцитопения неясного генеза». За период наблюдения пациентки дежурным врачом в выходные дни (23–24 сентября 2017 г.) ухудшения состояния не отмечено. Геморрагический синдром не прогрессировал. Оставались единичные экхимозы на коже рук.

При осмотре в понедельник 25 сентября 2017 г. состояние без существенной динамики.

Температура 36,8°C. Гемодинамические показатели стабильные. Сознание ясное. Менингеальной симптоматики нет. Живот мягкий, безболезненный.

По результатам общего анализа крови уровень тромбоцитов спонтанно увеличился до $93 \times 10^9/л$, лейкоцитоз $27,42 \times 10^9/л$ с выраженным палочкоядерным сдвигом. В биохимическом анализе крови повышение АЛТ до 124 ЕД/л, гипергликемия 16 ммоль/л, однако в гликемическом профиле на следующий день максимальный уровень глюкозы составил 8,2 ммоль/л. Пациентка продолжила прием сахароснижающих препаратов в плановом порядке.

26.09.17

При выполнении ультразвукового исследования брюшной полости 26 сентября 2017 г. в 8-м сегменте правой доли печени обнаружен очаг 6,2 см, который был расценен как опухоль правой доли печени, либо, возможно, метастатическое поражение правой доли печени без выявленного первичного очага.

Дальнейшее обследование было направлено на выявление возможного онкологического заболевания.

27.09.17.

ЭГДС – эрозивно-геморрагический гастрит. Формирующиеся полипы желудка. Эрозивный дуоденит.

УЗИ органов малого таза – миома матки (23 мм с мелкими кальцинатами).

Колоноскопия – в ампуле прямой кишки, в ректосигмоидном отделе и сигме множественные полипы шаровидной формы от 1 до 4 мм на широких основаниях с неизменными верхушками.

На протяжении 1-й недели пребывания пациентки в стационаре динамика тромбоцитов была разнонаправленной (от $21 \times 10^9/\text{л}$ до $108 \times 10^9/\text{л}$), сохранялся лейкоцитоз до $37 \times 10^9/\text{л}$, трижды отмечался подъем температуры до 38–39,7°C.

01.10.2017 21:30

1 октября 2017 г. в 21:30 был вызов в палату дежурного врача. Пациентка жаловалась на головную боль. Это было расценено как симптом артериальной гипертензии (160/100 мм рт.ст.), менингеальной симптоматики не было. Пациентке назначен гипотензивный препарат, введен трамадол. После чего повторный осмотр дежурного врача не выявил каких-то дополнительных жалоб. Болевой синдром был купирован.

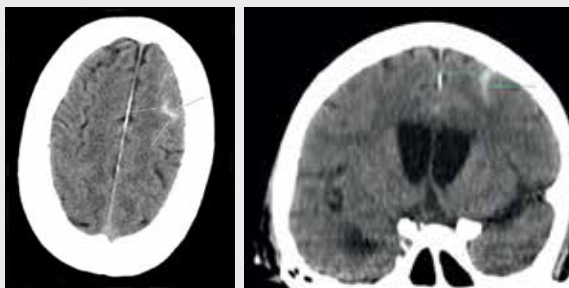
02.10.2017 7:50

2 октября в 7:50 после вызова в палату пациентка осмотрена лечащим врачом совместно с зав. отделением.

Сознание пациентки снижено до сопора, АД 160/80 мм рт.ст., ЧСС 90/мин. Невролог заподозрил острое нарушение мозгового кровообращения, после чего она была переведена в Отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Проведена компьютерная томография.

КТ головного мозга 02.10.2017.

Субарахноидальное кровоизлияние в левом полушарии головного мозга с небольшими участками свежей крови в бороздах лобной и затылочной областей (помечено стрелками).



Пациентке начата искусственная вентиляция легких. Сохранялась выраженная тромбоцитопения $5 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитоз $25,9 \times 10^9/\text{л}$, небольшая фибриногемия, увеличение уровня прокальцитонина >10 мкг/л. Была вызвана нейрохирургическая бригада скорой помощи.

02.10.2017 13:50

По заключению нейрохирурга нейрохирургической бригады СМП (2 октября 2017 г., 13:50) у больной нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние на фоне тромбоцитопении и цереброваскулярной болезни. Оперативное лечение не показано.

Продолжена консервативная терапия (меропенем, переливание концентрата тромбоцитов, инсулин, инфузии кристаллоидных растворов, коррекция жизненно важных функций).

03.10.2017 7:00

Несмотря на проводимое лечение, 3 октября 2017 г. в 7:00 на фоне нарастания отека головного мозга наступил летальный исход.



ДИАГНОЗ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Диагноз основной:

- злокачественное новообразование печени, не уточненное;
- спонтанное субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние в левое полушарие головного мозга от 02.10.2017.

Осложнения:

- вторичная тромбоцитопения. Полиорганная недостаточность.

Сопутствующие заболевания:

Сахарный диабет 2 типа, псориаз, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 2-й ст. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. ХВН. Комбинированная флебэктомия слева от 08.12.2016 г. Хронический гастрит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Узловой эутиреоидный зоб 1-й ст. Миома матки. Множественный полипоз сигмовидной и прямой кишки. Множественные эндоскопические полипэктомии.

Леонид Печатников

Вы трактовали тромбоцитопению как вторичную метаболическую, связанную с поражением костного мозга, у больной с первичным раком печени?

Вадим Доронин

Да.

Евгения Малышева, заведующая патологоанатомическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница №40 Департамента здравоохранения города Москвы»

При патологоанатомическом исследовании трупа пациентки Д. обнаружен абсцесс печени, который локализовался в 8-м и 4-м сегментах и имел толстую стенку. Размеры абсцесса достигали 6–6,5 см в разных направлениях, поскольку он имел несколько отростков.

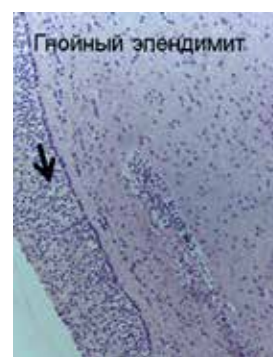
При исследовании желчевыводящих путей обнаружены камни и отключенный желчный пузырь. В просвете холедоха были вколоченные камни.

При гистологическом исследовании установлено, что стенка абсцесса имеет разную давность и разный состав. По имевшейся морфологической картине можно сделать вывод о том, что этот абсцесс существовал более одного месяца.

Отмечались тяжелейшая белковая и жировая дистрофия печени, внутриклеточный и внеклеточный холестаз.

При гистобактериоскопическом исследовании в стенке абсцесса обнаружилась грамположительная и грамотрицательная бациллярная флора.

При исследовании головного мозга выявлен гнойный менингит и формирующиеся абсцессы. Мягкие мозговые оболочки резко утолщены, отечны и очень плотно инфильтрованы нейтрофилами, что говорит об остроте данного воспаления. При исследовании желудочковой системы головного мозга обращало на себя внимание скопление гноя в просвете желудочков и воспаление эпандимы этих желудочков.



Гнойный эпандимит. Макроскопическая (боковые желудочки на разрезе) и микроскопическая картина

На гематогенный характер этого воспаления указывали большое количество нейтрофилов в просвете сосуда, а также их миграция за пределы сосудистой стенки, что указывает на длительность этого воспаления – около двух суток. На слайде видны большое скопление нейтрофилов, выход их за пределы сосудистой стенки и плотная инфильтрация ими мягкой мозговой оболочки. В результате головной мозг и мягкая мозговая оболочка плотно инфильтрованы нейтрофилами.

Гистобактериоскопическое исследование мягкой мозговой оболочки выявило большое количество грамположительной и грамотрицательной бациллярной флоры. При исследовании спинного мозга и спинномозгового канала было обнаружено большое количество гноя, желто-зеленой сливкообразной жидкости, находящейся в полости спинномозгового канала.

Исследование головного мозга выявило тяжелейшую энцефалопатию, проявлением которой было полное отсутствие нейронов в коре головного мозга. В местах обычной локализации нейронов были видны крупные скопления парапластической субстанции.

Также нужно отметить наличие у пациентки такой формы атеросклероза сосудов головного мозга как

медиакальциноз сосудов. С учетом того, что поражены артерии даже мелкого калибра, следует говорить о тяжелой хронической энцефалопатии.

Результаты исследования других органов отражали влияние тяжелых сопутствующих заболеваний, прежде всего сахарного диабета. В поджелудочной железе это проявлялось жировой дистрофией и фиброзом поджелудочной железы с атрофией островков Лангерганса.

Исследование сердца продемонстрировало морфологическую картину диффузного мелкоочагового кардиосклероза, тяжелейшую дистрофию кардиомиоцитов.

Патологические изменения почек при сахарном диабете проявлялась микроангиопатией и мезангиопролиферативной гломерулопатией.

На основании результатов исследования мы сформулировали следующий патологоанатомический диагноз.

Основное заболевание: Желчнокаменная болезнь: хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз. Множественные вколоченные камни холедоха.

Фоновое заболевание: сахарный диабет 2 типа: глюкоза 18,3 ммоль/л, мультифокальная микро- и макроангиопатия; фиброз и липоматоз поджелудочной железы, атрофия островков Лангерганса; мезангиопролиферативная гломерулопатия.

Осложнения. Гнойный холангит с формированием холангиогенного абсцесса 4-го и 8-го сегментов правой доли печени. Сепсис (прокальцитонин >10 мкг/л, лейкоциты $25,9 \times 10^9$ /л). Септикопиемия: Вторичный гнойный лептоменингит. Абсцесс в правой полушарии головного мозга. Вентрикулопиемия. Пиогенный миелит. Септическая гиперплазия селезенки. ДВС-синдром: мелкоочечные сливные субарахноидальные кровоизлияния в оба полушария головного мозга. Острые геморрагические эрозии желудка. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение (измененная кровь в просвете желудка и двенадцатиперстной кишки объемом до 300 мл). Анемия сочетанного генеза (токсическая, постгеморрагическая): гемоглобин 110 г/л, эритроциты $3,71 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 32,4%. Альвеолярный отек легких. Отек мозга. Хроническое и острое общее венозное полнокровие: бурая индурация легких, цианотическая индурация почек, селезенки, мускатная печень.

Сопутствующие заболевания. Мультифокальный атеросклероз аорты и магистральных артерий: коронарных, церебральных, почечных (стеноз до 40%). Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 420 г, толщина стенки левого желудочка 1,5 см), артериолонефросклероз. Узловой зоб. Субсерозная миома матки.

Леонид Печатников

Чем объясняется тяжелая тромбоцитопения пациентки?

Евгения Малышева

Тромбоцитопения в данном случае была проявлением коагулопатии потребления, вызванной сепсисом.

Леонид Печатников

Можем ли мы утверждать, что пациентка умерла от нераспознанного сепсиса, источником которого был абсцесс печени, связанный, в свою очередь, с калькулезным холециститом?



Григорий Арутюнов, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы

Евгения Малышева:

Да.

Григорий Арутюнов

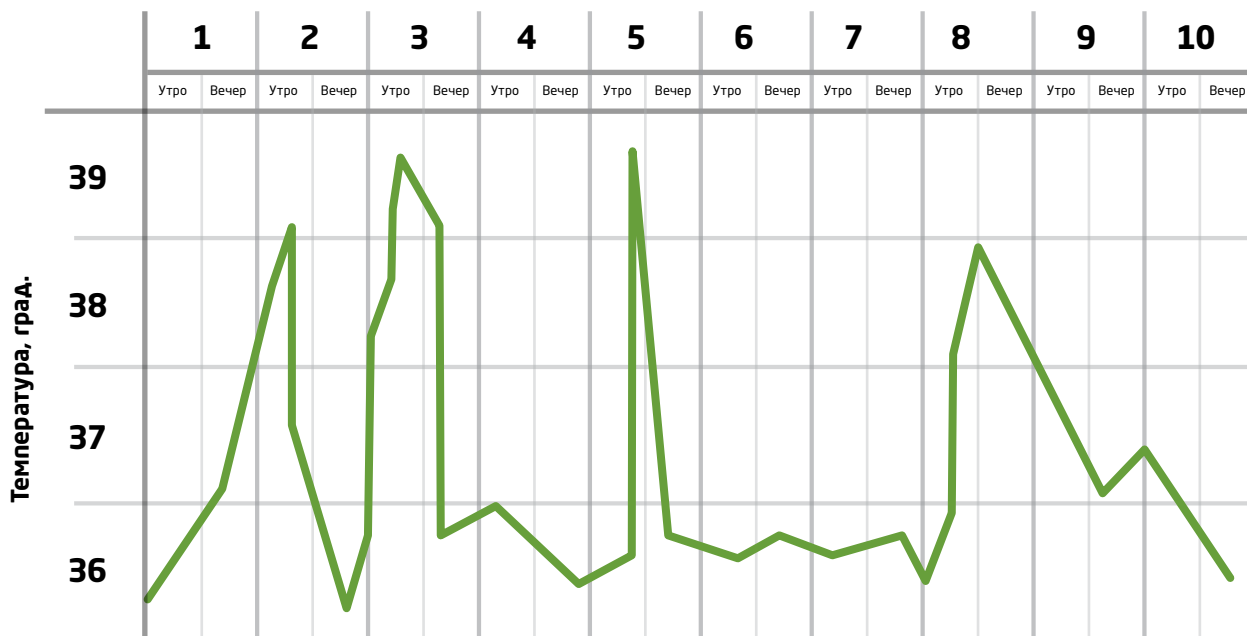
При анализе данного наблюдения обращает на себя внимание то, что вывод о злокачественном новообразовании печени как основном диагнозе был сделан на основании одного ультразвукового исследования. Полноценной дифференциальной диагностики не проводилось, в результате чего в процессе оказания медицинской

помощи не было дано должной оценки данным, которые позволяли заподозрить у нее сепсис. Во-первых, была информация о том, что заболевание началось относительно остро. Но куда важнее признаки воспалительной реакции, которые были еще на амбулаторном этапе: это лихорадка с температурой 39°C и ознобы, требующие приема антипиретиков, лейкоцитоз $14,9 \times 10^9$.

В день госпитализации лейкоцитоз 15×10^9 быстро нарастает: 25 сентября – 27×10^9 , а 28 сентября – 38×10^9 . При этом сдвиг влево достигает практически 30%. В абсолютном количестве палочкоядерных клеток в 24 раза больше, чем верхняя граница нормы.

Об острой воспалительной реакции говорят и другие параметры – СОЭ 50 мм/ч, повышение уровня креатинина, который увеличился примерно в полтора раза по отношению к исходному значению, повышение уровня прокальцитонина до 10 мкг/л, появление белка в моче. Клиническую картину вполне логично было бы объяснить септической реакцией. Об этом говорит характер температурной кривой. Такая температурная кривая должна была вызвать предположение о заболевании, в основе которой лежало бы инфекционно-воспалительный процесс.

День пребывания в стационаре



Вторым важным дефектом ведения пациентки Д. было то, что ей не были вовремя назначены антибактериальные препараты, несмотря на наличие показаний. Ей ежедневно с целью снижения температуры назначался жаропонижающий препарат, т.е. температура тела была высокой, но не получала никакой интерпретации. Антибактериальный препарат меропенем был назначен всего один раз в последний день жизни пациентки, когда она была переведена в отделение реанимации.

Таким образом, наиболее значимыми недостатками ведения этой пациентки были недооценка признаков септического состояния и отсутствие антибактериальной терапии.

Вадим Птушкин, главный внештатный специалист гематолог Департамента здравоохранения города Москвы

Не было дано быстрой адекватной оценки признаков инфекции – гектическая лихорадка, быстрое нарастание гиперлейкоцитоза со сдвигом до метамиелоцитов, быстрое и разнонаправленное изменение числа тромбоцитов, вероятно, в результате коагулопатии потребления. Произошла переоценка данных инструментального обследования с изменением диагностической концепции. Формально она не противоречила возможности тромбоцитопении в результате метастазов в костный мозг, но не объясняла быстрой динамики показателей крови.

При формальной невозможности исключить инфекцию у пациентки с высоким риском (возраст, сахарный диабет) не была назначена эмпирическая антибиотикотерапия.

Переоценка данных инструментального обследования привела к снижению инфекционной настороженности у пожилой больной с сахарным диабетом. Не было проведено уточняющего исследования после УЗИ брюшной полости, несмотря на то, что при подобном исследовании нередко возникают ошибки. Это привело, в свою очередь, к неверной интерпретации картины крови и неврологической симптоматики больной, возможности распознать при жизни потенциально излечимое инфекционное осложнение – гнойный холангит с холангио-генными абсцессами печени, усугубившееся гнойным лептоменингитом.



Михаил Анциферов, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы

Михаил Анциферов

При анализе анамнеза пациентки Д. необходимо отметить, что и сахарный диабет, и желчнокаменная болезнь были диагностированы у нее 5 лет назад, в 2013 г. Эти два заболевания начали свой путь одновременно и имели полный шанс где-то встретиться на уровне какой-то острой или хронической инфекции, что и произошло.

Обращает на себя внимание то, что масса тела определялась только один раз (72 кг), а рост не измерялся ни разу. В результате у

пациентки остался неизвестным индекс массы тела, без которого невозможно определить степень ожирения.

Сахароснижающая терапия, назначенная в ФКУЗ «Центральная поликлиника №1 МВД России», включала глимеиприд (Амарил) 4 мг×1 р/сут и метформин (Сиофор) 1000 мг×2 р/сут. Уровень гликемии составлял до 6 ммоль/л. При поступлении по экстренным показаниям в Городскую клиническую больницу №40 уровень гликемии, определенный в приемном отделении, составлял до 6,2 ммоль/л.

В отделении гематологии пациентке была продолжена та же самая сахароснижающая терапия, которую она получала в плановом порядке. В этот период 25 сентября и 2 октября 2017 г. у нее была зафиксирована гипергликемия – 16,4 ммоль/л и 18,3 ммоль/л соответственно.

Однако при назначении той же самой плановой сахароснижающей терапии не было принято во внимание то, что это была больная с гектической лихорадкой до 39,5°C, у которой выявлено образование в печени с возможным поражением костного мозга. На этом фоне стандартная рутинная базовая сахароснижающая терапия должна быть пересмотрена.

Согласно алгоритму специализированной помощи больным сахарным диабетом, одно из показаний в инсулинотерапии – это необходимость оперативного вмешательства и острые конкурентные заболевания или обострение хронических заболеваний. Необходимо было не просто наблюдать на фоне приема таблеток, а перейти на инсулинотерапию.

Но в этом случае только 2 октября 2017 г. пациентка уже в тяжелом состоянии переведена в ОРИТ, где ей наконец была назначена терапия инсулином короткого действия по 8–10 ЕД. Однако эта терапия была малоэффективной, и у пациентки сохранялась гипергликемия 14,9–15,4 ммоль/л. Это было связано с тем, что инсулин вводился подкожно.

В таких случаях микроциркуляция резко подавлена, в результате чего инсулин депонируется и не оказывает своего действия. Оптимальным методом сахароснижающей терапии является введение небольших доз инсулина внутривенно с помощью инфузomата.

Несколько комментариев к результатам патологоанатомического исследования. Обнаруженная при исследовании поджелудочной железы выраженная атрофия островков Лангерганса, а также склероз и липоматоз при отсутствии ожирения говорят о том, что пациентка через 1–2 года стала бы кандидатом на инсулинотерапию.

Также следует обратить внимание на сочетание заболеваний: желчнокаменной болезни с хроническим

калькулезным холециститом, сахарного диабета 2 типа и сепсиса. Здесь как раз и произошло объединение того, что началось пять лет назад.

Следующий важный аспект подобных случаев – гнойно-септическое осложнение. Гнойная инфекция встречается у пациентов с сахарным диабетом в 20 раз чаще, чем при его отсутствии. Это хорошо знают хирурги, работающие в отделении гнойной хирургии. У 11% больных сахарным диабетом происходит генерация гнойного процесса с развитием сепсиса. В 38% случаев наблюдается развитие инфекционных осложнений в области послеоперационной раны. Вот почему хирурги не любят брать на плановую операцию некомпенсированных больных сахарным диабетом. Также необходимо отметить, что сахарный диабет является фактором риска развития, прогрессирования и нетипичного течения желчнокаменной болезни (более латентно, с менее выраженными симптомами). У больных сахарным диабетом риск образования желчных камней повышен в 2–3 раза. Выделяют синдром диабетического нейрогенного желчного пузыря: наблюдается снижение сократительной функции желчного пузыря вследствие полинейропатии и липоматоза его стенки, особенно при избыточной массе тела.

Сочетание желчнокаменной болезни и сахарного диабета часто осложняется острым калькулезным холециститом с высокой вероятностью развития септического состояния. Нарастание уровня гликемии с 6,2 ммоль/л до 18,3 ммоль/л у пациентки с сахарным диабетом 2 типа и фебрильной температурой не получило адекватной клинической оценки в отделении гематологии. Пациентка не была проконсультирована эндокринологом. Своевременно не проведена интенсификация сахароснижающей терапии. Инсулинотерапия назначена только на 10-е сутки после поступления (в ОРИТ с 02.10.2017 г.). Не рассмотрен вопрос о внутривенном введении инсулина.

Вывод: смерть пациентки Д. наступила от острой сердечно-сосудистой недостаточности на фоне сепсиса, сопровождавшегося признаками нарастающей интоксикации и полиорганной недостаточности. Сахарный диабет явился фоновым заболеванием и не послужил непосредственной причиной летального исхода.

Сергей Морозов, главный внештатный специалист по лучевой и инструментальной диагностике Департамента здравоохранения города Москвы

Прежде всего необходимо остановиться на результатах УЗИ, которое было проведено пациентке Д. 26 сентября 2017 г. в ГКБ №40.

Скорее всего, при правильной интерпретации этого исследования в клиническом контексте с учетом гектической лихорадки можно было бы поставить правильный

диагноз, но почему-то поиск пошел по ложному пути. В заключение описана опухоль правой доли печени, но, видимо, в данном наблюдении это надо просто трактовать как семантический признак, не опухоль, не злокачественное образование, а просто наличие образования, метастаз под вопросом. И, конечно, это повело поиск в неправильном направлении.

При таких данных ультразвуковой диагностики необходимо было провести компьютерную томографию органов брюшной полости с внутривенным контрастированием. Чувствительность метода составляет 98% (при образованиях менее 2 см) и 100% (при образованиях более 2 см) при эффективности метода 100%.

При рассмотрении результатов КТ головного мозга от 2 октября 2017 г. действительно можно отметить признаки субарахноидального кровоизлияния. Несколько раз в истории болезни фигурирует определение «внутри-мозговое кровоизлияние», но это совершенно не так, это все-таки субарахноидальное, то есть внемозговое кровоизлияние, которое, вероятнее всего, могло произойти у пациентки на фоне тромбоцитопении и менингита, поражения мозговых оболочек.

Выводы: имело место отсутствие рекомендаций о необходимости дополнительного обследования при выявленных изменениях по УЗИ органов брюшной полости со стороны врача ультразвуковой диагностики и лечащего врача.

Постановка клинического диагноза основана не на первичном инструментальном методе исследования

(УЗИ). Не было проведено дополнительное обследование при КТ головного мозга с учетом выявленных изменений и клинической картины.

Николай Шамалов, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

При компьютерной томографии 2 октября 2017 г. сразу после консультации невролога был поставлен диагноз субарахноидального кровоизлияния. И именно на основании этой концепции в соответствии с этим диагнозом дальше пациентка уже велась в отделении реанимации интенсивной терапии, была назначена соответствующая терапия.

В этом отношении необходимо отметить, что не было ни малейших подозрений, симптомов, которые могли бы говорить о наличии каких-то воспалительных изменений в головном и спинном мозге, не было менингеального синдрома. Да, была общемозговая симптоматика, которая также укладывалась в клиническую картину субарахноидального кровоизлияния. Пациентке не была выполнена люмбальная пункция, что и не требуется в 100% случаев диагностики субарахноидального кровоизлияния. Это и во всех рекомендациях имеется, и в стандарте соответствующем. Однако если бы и было проведено КТ с контрастом с учетом длительного лихорадочного периода или была бы выполнена люмбальная пункция, тогда у этой пациентки сразу был бы установлен диагноз лептоменингита.

Заключение: клиническая картина (появление общемозговых симптомов), данные анамнеза (внезапное ухудшение состояния, тромбоцитопения), данные КТ головного мозга (субарахноидальное кровоизлияние) позволили поставить в качестве одного из 2 основных диагнозов спонтанное субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние в левое полушарие головного мозга.

Выявленные изменения центральной нервной системы имеют воспалительный характер (вторичный гнойный лептоменингит, абсцесс в правом полушарии головного мозга). Вентрикулопиемия, пиогенный миелит были диагностированы только при патологоанатомическом исследовании.

Объем проведенного исследования в целом соответствовал Порядку оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения (приказ Минздрава России от 25.12.2012 №928н), но не были выполнены дуплексное сканирование магистральных артерий головы, оценка функции глотания, однако данные замечания также не носят принципиального характера и не могли повлиять на исход заболевания.

УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОТ 26.09.2017 Г. ГБУЗ «ГКБ №40 ДЗМ»



Печень:

в S VIII определяется округлое образование с неровными контурами 6,2 см в диаметре с диффузно неоднородной, гипозоногенной структурой, без кровотока при ЦДК.

Желчные протоки:

не расширены. Стенки их не изменены. Общий желчный проток 0,5 см в диаметре. Просвет желчных протоков свободный.

Желчный пузырь:

стенки его изменены, повышенной эхогенности до 0,35 см толщиной, однородные, с ровным контуром. Просвет заполнен гиперэхогенными образованиями со сплошной акустической дорсальной тенью.

Заключение:

Опухоль правой доли печени (метастаз?). Хронический калькулезный холецистит. Отключенный желчный пузырь.

АНДРЕЙ БЕЛОСТОЦКИЙ

ВАЖНАЯ ЗАДАЧА, КОТОРАЯ СЕЙЧАС СТОИТ ПЕРЕД НАМИ, – РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

АВТОР И ФОТО: ПЕТР САПОЖНИКОВ

Директор ГКУ «Дирекция по координации деятельности медицинских организаций ДЗМ» — о том, как создавалась дирекция, какие медицинские организации она курирует и каким проектам отдается наивысший приоритет



А.В. Белостоцкий

В 2010–2011 гг. работал главным врачом ГБУЗ «Городская клиническая больница №55 ДЗМ». С августа 2011 г. руководил ГКУ «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Южного административного округа города Москвы». С 2015 г. — директор ГКУ «Дирекция по координации деятельности медицинских организаций ДЗМ». Является заведующим кафедрой организации управления в сфере обращения лекарственных средств в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова. Автор 33 и соавтор 64 печатных работ, соавтор 6 учебных изданий, имеет сертификат и высшую квалификационную категорию по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». В 2011 г. получил ученую степень доктора медицинских наук. За большой вклад в развитие здравоохранения, медицинской науки и многолетнюю добросовестную работу Указом Президента Российской Федерации от 02.11.2017 №531 награжден Орденом Дружбы.

– Андрей Викторович, расскажите, как создавалась Дирекция по координации деятельности медицинских организаций?

– История создания Дирекции началась 7 лет назад. После того, как Сергей Собянин стал исполняющим обязанности мэра Москвы, он решил, что начальниками управлений по здравоохранению административных округов столицы должны стать главные врачи крупных стационаров. Управление Южного округа поручили мне, главному врачу больницы №55, которая расположена в этом округе. Потом управления по здравоохранению были реорганизованы в дирекции с присвоением им статуса казенных учреждений. Таких дирекций было 10 по количеству округов. После присоединения Новой Москвы и создания нового административного округа ТиНАО их стало 11. Но это случилось позже.

После того, как Сергей Собянин стал мэром, начались масштабные изменения в системе столичного здравоохранения. Одним из первых шагов стало объединение поликлиник в амбулаторные центры. Мы все прекрасно помним, что все поликлиники отличались друг от друга. Некоторые были самодостаточными, имели необходимое оборудование, и прикрепленное к ним население было ими вполне довольны. Некоторые располагались в зданиях советской постройки, были те, которые размещены в жилых домах. И пациенты разных поликлиник получали бесплатную медицинскую помощь разного качества.

Следующий момент: поликлиники по отдельности имели большой штат обслуживающего персонала – бухгалтерию, кадровую службу, технический персонал и так далее. Сотрудников этих служб зачастую было больше, чем врачей, да и зарплату они иногда получали более высокую.

Объединение поликлиник шло непросто. В том числе, в самом населенном и большом административном округе Москвы, которым является Южный. Но более половины главных врачей, которые работали в поликлиниках

округа, смогли перестроиться и до сих пор занимают свои должности. Я смог их убедить, что все изменения делаются только во благо как врачей, так и пациентов. В округе было создано 13 амбулаторных центров – 6 детских и 7 взрослых, которые обслуживают 1,5 млн его жителей. Таково население среднего субъекта Российской Федерации. В рамках Программы модернизации здравоохранения Правительства Москвы головными учреждениями этих объединений выбирали те, в которые можно поставить тяжелую медицинскую технику. И, конечно, учитывалось, что маршруты движения должны быть максимально удобными для жителей. Потом начался еще более сложный процесс – приведение штатных расписаний к единому стандарту и установка оборудования. В 2010 г., когда я был главным врачом больницы №55, на весь округ было два МРТ и один КТ – в больнице №12, и очередь на исследование составляла 4 месяца. Вообще, КТ на всю Москву было всего 6, они находились в диагностических центрах. Сейчас в Южном округе в каждом амбулаторном центре свой КТ, в 4 установлены МРТ. Дополнительно к этому по 2 МРТ и одному КТ в стационарах. Очередь на обследование – 10–14 дней.

Мы объединили все поликлиники – вместо 70 таких медицинских организаций в Южном округе осталось 19, включая стоматологические поликлиники и санатории, которые также курировались окружной дирекцией. А в СЗАО, например, осталось 8. Потом начались программы информатизации, установка инфоматов, была проведена централизация торгов, и оказалось, что такое количество административного аппарата больше не нужно. Ведь в каждой дирекции административного округа были свои планово-финансовый, экономический, информационный, технический, юридический и прочие отделы. Поэтому 3,5 года назад решили объединить все дирекции округов в единую Дирекцию. Леонид Печатников (заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития. – ММ) правильно, честно и порядочно поступил, вернув руководителей дирекций округов главными врачами в их же стационары. Единая Дирекция была создана на базе нашей дирекции Южного округа. И Леонид Михайлович предложил мне ее возглавить.

От всех дирекций округов остались только отделы медицинского обеспечения, а их начальники отделов стали представителями головной дирекции. Они прекрасно знают медицинские организации в своих округах, и они отвечают в своих округах за взаимодействие с префектом округа, ветеранскими организациями, СЭС, МЧС, правоохранительными органами, если необходимо. Раньше на совещание к префекту ходил глава дирекции округа, теперь – начальник отдела объединенной Дирекции. И



если раньше дирекции располагались в отдельных зданиях или больших помещениях, теперь отделы Дирекции располагаются в головных поликлиниках амбулаторных центров округа. В среднем численность сотрудников отдела – от 7 до 14 человек, в зависимости от количества населения и медицинских организаций округа. В объединенной Дирекции находится вся статистика, бухгалтерская отчетность по всем амбулаторным центрам всего города. После присоединения к ней 1 марта дирекции ТиНАО, она стала курировать 167 медицинских организаций – амбулаторных центров, стоматологических поликлиник, санаториев и поликлинических отделений при стационарах.

Информатизация в амбулаторном звене – один из наиболее грандиозных проектов московского здравоохранения

- Какие достижения единой Дирекции вы считаете основными?

– Я считаю, что два самых грандиозных проекта, которые мы выполнили на данный момент, – это информатизация в амбулаторно-поликлиническом звене и внедрение в его работу врачей общей практики. Без информатизации не заработал бы ни один наш проект. Как мы можем вести хрониче-

ских больных пожилого возраста, если у нас нет единого регистра? Как мы можем осуществлять патронаж, если мы не знаем прикрепленного к поликлинике населения? Мы начали создание единой информационной системы с того, что включили в нее всех терапевтов, потом подсоединили узких специалистов. Затем занялись рабочим графиком врачей и временем приема пациентов, добавили данные о заработной плате, кадровые задачи, информацию о потребностях в расходных материалах и всем прочем. Сейчас это «облако», в котором находится вся информация о поликлиническом звене.

Что же касается врачей общей практики – ни в одном другом субъекте Российской Федерации, поверьте мне, нет единой концепции их работы. С едиными принципами и даже инвентарем врачебных кабинетов.

На эти проекты наслаиваются и другие.

Не все поликлиники одинаково хорошо выглядят. Проект, который уже запущен и сейчас продолжается, – нужно сделать красивые фасады, «входную группу» и прилегающую территорию у каждой поликлиники и филиала. В Москве строится много красивых зданий, а поликлиники выглядят неказисто. Сейчас идет разработка нескольких проектов, которые, скорее всего, будут проходить через голосование на сайте «Активный гражданин». Москвичи выберут тот проект «входной группы», который они хотят видеть в своей поликлинике.

Помните, какие были регистратуры? Раньше это было окошко за железной решеткой, в которое можно было заглянуть, только пополам согнувшись. И хорошо, если с другой стороны добрая, хорошая, позитивная медсестра. А не дай бог, что у нее дома что-то не так или



она устала. И она начинает на всех срывать. Когда я возглавил Дирекцию, сразу же предложил убрать эти окна и решетки. Затем – картохранилище. С одной стороны, это уверенность людей, что их карта на месте. С другой – бесполезная трата площади. Она занята старыми книгами, регистраторы и медицинские сестры регистратуры постоянно дышат не самой полезной для здоровья книжной пылью.

Со временем этих картохранилищ вообще не будет. Понятно, что мы не можем сразу все перевести в электронный вид, многие медицинские карты тяжело читать, потому что врач пишет для своих же коллег. Да и не нужно этого делать – далеко не главное, чем пришедшая в поликлинику пенсионерка переболела в возрасте 20 лет. Вот тем детям, которые сейчас рождаются, и молодым людям, которые сейчас переходят из детской поликлиники во взрослую, им это нужно. И в конце концов вместо этого картохранилища, которое занимает 120 квадратных метров, будет стоять сервер метр на метр, или будет удаленное обслуживание, а большой сервер будет стоять в Московском городском фонде ОМС.

То есть сначала мы поставили информаты, разгрузив регистратуру, затем навели порядок в регистратуре и постепенно убираем картохранилища. Сейчас мы работаем над тем, чтобы на входе во всех поликлиниках были обученные медрегистраторы, настроенные на позитив. Опять же, мгновенно этого не сделаешь. Необходимо было создать всем достойные рабочие места, дать хорошую заработную плату, а потом с них требовать четкого и полного выполнения служебных обязанностей.

- Что вы считаете главной проблемой, которую нужно решить в первую очередь?

– Я считаю, что самая большая проблема, которая у нас сейчас существует, – это квалификация врачей, несмотря на то, что у каждого из них есть персональный план по непрерывному медицинскому образованию на ближайшие годы.

Мы сделали первый шаг – ввели московский стандарт врача. Но затем те, кто получил такой статус, должны повышать свою квалификацию. И я его не получу сходу – нужно будет посидеть за учебниками, чтобы это сделать, вспомнить материалы. Мы к этому и ведем: хочешь больше зарабатывать, повышай квалификацию.

В нашем случае основной рост квалификации должен происходить у медицинских работников, которые работают с хроническими пациентами и в патронажной службе, и врачей общей практики. Ведь с «хрониками» далеко не каждый сможет работать – это труд, знания и умение. И если все будут стремиться к росту своей квалификации, то года через 3–4 качество медицинской помощи значительно возрастет.

- Что должен уметь делать врач общей практики?

– В идеальном варианте, он должен уметь многое, особенно в вопросах диагностики различных заболеваний и консервативного лечения наиболее часто встречающихся болезней. И я считаю, что человек может стать хорошим врачом общей практики только после того, как закончил вуз, прошел обучение в ординатуре, проработал еще 10 лет и все это время обучался и повышал квалификацию. То есть в 35 лет он станет «золотым» врачом общей практики.

Основной поток жалоб пациентов поликлиник о том, что к некоторым узким врачам нельзя записаться самостоятельно, можно только получить направление у терапевта. Теперь часть функций узких специалистов выполняют врачи общей практики. Но если у пациента впервые выявлен сахарный диабет или серьезное заболевание глаз – именно они будут направляться к узким специалистам.

Мы очень много работаем над совершенствованием системы московского здравоохранения. Но мало – над тем, чтобы изменить отношение москвичей к своему здоровью. Сделали спортивные городки, велодорожки, прокладываем лыжные трассы. Но в этих городках никто не занимается, на велосипедах ездят гости столицы и иностранцы. Поэтому первое – мы должны заниматься повышением квалификации врачей, а второе – постоянно напоминать людям, что здоровье и здравоохранение – это разные вещи. При рождении ребенку дается 100% здоровья, если у него нет врожденных заболеваний.

Государство ему в лучшем случае может гарантировать всего 20% бесплатного здоровья. А 80% зависит от самого человека. Как он питается, занимается ли спортом, избегает ли вредных привычек?

Заставить человека заниматься своим здоровьем невозможно. Есть разные акции, например, велопробеги, зимний и летний. Я в них участвовал, это весело и интересно. Но это не совсем то – там участвуют люди, которые и так ведут активный образ жизни. Поэтому наш первый шаг был – сделать так, чтобы выпускнику школы при поступлении в вуз начислялись дополнительные баллы к Единый госэкзамен, если он сдал комплекс ГТО и получил значок (МГУ им. Ломоносова предоставляет 2 балла, МГИМО – 1 балл, МГТУ им. Баумана – 4 балла, некоторые вузы учитывают только золотые значки. – ММ).

Для взрослого человека тоже надо что-то придумать. Например, сдал ГТО на золотой значок – получил бесплатную парковку автомобиля в центре Москвы на год. Потом его раз в год подтверждать. Думаю, тогда многие москвичи подтянут свою физическую форму.

**ДО КОНЦА 2018 Г. МЫ ДОЛЖНЫ
ОБЕСПЕЧИТЬ РАБОТУ ПАТРОНАЖНОЙ
СЛУЖБЫ ПО ВСЕЙ МОСКВЕ**

- Сейчас Дирекция реализует комплексные проекты – «Входная группа», «Работа с хроническими пациентами» и т.д. Как это происходит?

– Мы проводим обучение для реализации каждого проекта. Сначала мы обучаем начальников отделов Дирекции в округах. Потом – главных врачей поликлиник. Они сдают экзамены, потом совместно внедряют проекты в поликлиниках и контролируют качество внедрения. «Входную группу» они знают наизусть, с закрытыми глазами.

Гораздо сложнее было реализовать проект работы с хроническими пациентами. Потому что таких пациентов много, они сложные, имеют сразу несколько тяжелых заболеваний – сердечно-сосудистые, сахарный диабет и прочие. Они ведут за собой остальные – атеросклероз, диабетические стопу и ретинопатию. Это обычно люди старшего поколения, далеко не все живут в благополучных условиях. И работа с такими пациентами – непростое дело, помимо знаний и умений, к ней нужно быть морально подготовленным. Поэтому мы начали с одной поликлиники №175, затем внедрили в Восточном округе, в котором она находится.

На это ушел почти год, а реализация всего проекта заняла полтора года. Ведь для этого нужно выделить отдельного врача, ему необходимо повысить зарплату, выдать средства мобильной связи с пациентами и т. д. И когда мы увидели, что проект востребован, мы обратились к мэру за дополнительным финансированием, потому что поликлиники сами бы не справились. Подушевое финансирование не включает в себя такие специфические вещи, как работа с хроническими пациентами. Мэр Москвы выделил гранты на врачей и медсестер – по 15–25 тыс. рублей в месяц. И тогда проект был реализован на территории всей Москвы. Важная задача, которая сейчас стоит перед нами, – раннее выявление онкологических заболеваний. В амбулаторном звене Москвы есть все необходимое для этого.

- Как развивается проект «Патронажная служба»?

– Это одна из составляющих помощи старшему поколению. Есть хронические и социально сложные пациенты, маломобильные и лежачие больные. Ведется регистр таких пациентов, который, опять же, создается с помощью ЕМИАС. Сейчас в Москве около 25 тыс. пациентов наблюдаются на дому. Эта комплексная программа включает в себя не только помощь в области здравоохранения, но и социальную, культурную и другие виды помощи.

Хронические маломобильные пациенты теперь могут не ходить за лекарствами. Если им назначено длительное лечение, которое не требует коррекции, то лекарства им доставляет социальный работник, врач патронажной службы или родственник пациента. Мы выписываем таким пациентам препараты на 3 месяца. Первый этап проекта проходил в 24 поликлиниках, сейчас идет второй этап.

В МОСКВЕ В ГОД ВЫПИСЫВАЕТСЯ БОЛЕЕ 10 МЛН ЛЬГОТНЫХ РЕЦЕПТОВ

До конца 2018 г. мы должны обеспечить работу патронажной службы по всей Москве. Она будет развернута в 46 медицинских организациях, будет строго вестись регистр тяжелых пациентов, ведь кто-то из него выбывает, а кто-то попадает. Бывает, что пациент умирает, но продолжает числиться в регистре. Введение электронных карт нам в этом очень поможет.

Может, со временем развитие патронажной службы приведет к созданию мобильных передвижных комплексов

для проведения специальных манипуляций. В ТиНАО мы сделали передвижные комплексы, оснащенные стоматологическим кабинетом, КТ и МРТ. У них есть график объезда населенных пунктов. В деревне не всегда нужно строить поликлинику, тем более – стоматологическую, особенно если это населенный пункт в 300 человек. Добавлю, что здравоохранение в ТиНАО будет усилено. Там строятся и будут вводиться до 2020 года 8 поликлиник. В Москве мы хорошо знаем, как работать, а в ТиНАО совсем другая логистика и обеспечение медицинских организаций врачами.

- Одно из направлений работы Дирекции – контроль своевременного обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями льготных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи. Как это происходит?

– В Москве в год выписывается более 10 млн льготных рецептов. На обеспечении находятся не только медицинские организации Департамента здравоохранения города Москвы, но и ведомственные организации МВД, ФСБ, прокуратуры, РЖД. Это также и федеральные льготники – мы обслуживаем всех без исключения. Вот, смотрите, на сегодняшний день не обеспечены 559 рецептов. Такие отчеты я получаю раз в неделю, и цифры в них всегда примерно одинаковые – мизерная величина для Москвы. Это значит, что препарат либо только был выписан, но на этот момент его не было в аптечном пункте, либо не был найден пациент. Проблема в том, что ведомственные клиники не всегда передают нам персональные данные, а ограничиваются только рецептом. И найти этого пациента бывает сложно.

Добавлю, что аптечные пункты в поликлиниках были в еще худшем состоянии, чем регистратуры. Закоулки какие-то, в которые мог попасть, да и то с трудом, только один человек. И мы два года назад решили их демонтировать. Сейчас в трех округах идет их перепланировка – выделены большие помещения, и в них будут большие окна для выдачи лекарств. Как в настоящих аптеках.

- Расскажите о работе Дирекции с ветеранами Великой Отечественной войны.

– У них все по-военному четко. Есть заместители ветеранских организаций по медицинскому обеспечению. Встречи проходят раз в месяц. У них есть взаимосвязь с главным врачом поликлиники, мы знаем обо всех их проблемах и своевременно их решаем. Есть координационные советы при поликлиниках, и ветераны в них входят. Они принимают отчет главного врача. Но нареканий от ветеранов меньше всего. Те люди, которые прошли тяжелую школу жизни, обычно обращаются с жалобами в самом крайнем случае.

ОЛЕГ РУМЯНЦЕВ

«МЫ ПРОЧНО ЗАНЯЛИ СВОЮ НИШУ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МОСКВИЧАМ»

В преддверии Дня Победы 9 мая «Московская медицина» посетила Госпиталь для ветеранов войн №3 Департамента здравоохранения города Москвы. Это крупнейший госпиталь для ветеранов столицы, за которым закреплены шесть округов Москвы: Северный, Северо-Восточный, Северо-Западный, Западный, Зеленоград и ТиНАО.

АВТОР: ПЕТР САПОЖНИКОВ,
ФОТО: ОЛЕГ КИРЮШКИН



О.Н. Румянцев
главный врач
Госпиталя для ветеранов войн
№3 Департамента
здравоохранения
города Москвы,
заслуженный врач РФ,
доктор медицинских
наук, профессор





**ГОСПИТАЛЮ
В ЭТОМ ГОДУ ИСПОЛНИТСЯ
27 ЛЕТ**

Нашему госпиталю в этом году исполняется 27 лет. Для медицинской организации города Москвы это небольшой возраст, но за прошедшие годы мы прочно заняли свою нишу в оказании медицинской помощи москвичам, в первую очередь, ветеранам Великой Отечественной войны и лицам, к ним приравненным. Понятно, что ветераны – это особая категория нашего общества, они требуют особенно чуткого и внимательного отношения к себе.

**В 2017 Г. В ГОСПИТАЛЕ ПРОШЛИ
ЛЕЧЕНИЕ 1700 БОЛЬНЫХ СТАРШЕ
90 ЛЕТ И 17 ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ
100 ЛЕТ**

У нас все более активную роль играет так называемая очно-заочная госпитализация. Она заключается в том, что медицинские документы больного, который планируется на госпитализацию, поступают в госпиталь заранее. Мы созываем комиссию, рассматриваем документы, определяем профиль и время госпитализации. В дальнейшем эти данные сообщаются больному, и когда он приезжает сюда, его уже ждут лечащий врач и место в палате.

Другое важное направление – это телемедицина. Она сейчас на стадии внедрения, тем не менее, мы активно работаем с ГБУЗ «Диагностический центр №5 ДЭМ». Врачи диагностического центра в онлайн-режиме сообщают нам о тех больных, которые планируют госпитализироваться к нам, а наши врачи обсуждают с врачами диагностического центра варианты и особенности госпитализации, клинические особенности течения заболевания, те методы обследования, которые необходимо выполнить в первую очередь при поступлении больного. В результате этого консенсуса составляется список больных, которые поступают к нам на стационарное лечение. Все это мы делаем для улучшения догоспитального периода работы с пациентами. С помощью очно-заочной госпитализации к нам направляются около 40% всех ветеранов ВОВ из тех административных округов, которые прикреплены к госпиталю.

Особенностью большинства больных, поступающих к нам на лечение, является их полиморбидность. Это пациенты, которые страдают заболеваниями опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, нервной систем. Они зачастую плохо видят и слышат. Это накладывает сильные ограничения на их лечение. К примеру, те препараты, которые улучшают функции сердечно-сосудистой системы, в качестве побочного действия могут ухудшать состояние органов дыхания. Поэтому лечение таких больных – это очень сложный вопрос.

Лица старше 90 лет по международной классификации относятся к долгожителям. Опыт лечения таких больных – это особая наука, и у нас такой опыт есть. В 2017 г. у нас прошли лечение 1700 больных старше 90 лет и 17 пациентов старше 100 лет.

Следующее, на что хотелось бы обратить внимание, – особенности работы наших хирургических отделений. Подходы к операциям у больных в таком возрасте особенные. Оперативное лечение связано для них со значительным риском. То же самое можно сказать об общей анестезии, которой сопровождается любое серьезное оперативное вмешательство. Поэтому мы широко применяем методы малоинвазивной хирургии, которая в части случаев не носит радикальный характер, но позволяет улучшить состояние больного, качество его жизни. Это различные методы лечения. Кандидат медицинских наук Владимир Алябьев, заведующий отделением сосудистой хирургии, – один из тех, кто проводит такие операции у больных старческого возраста и долгожителей. Это касается и ортопедического отделения, которое возглавляет Анатолий Якушин, и отделения рентгенохирургических методов диагностики (возглавляет Андрей Кузеев), и урологического отделения (возглавляет Максим Старинский). Из-за возраста наших пациентов в госпитале много отделений терапевтического профиля. Там также особый подход к больным, и от врачей требуется хорошее знание такой медицинской специальности как гериатрия. Помимо ветеранов, которые были госпитализированы в плановом порядке, в госпитале оказывается неотложная помощь по

двум профилям, важным для Москвы: это инсульты и инфаркты миокарда. Мы принимаем машины скорой помощи с пациентами с этими заболеваниями, которые являются наиболее частой

ОСОБЕННОСТЬЮ БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ, ПОСТУПАЮЩИХ К НАМ НА ЛЕЧЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ИХ ПОЛИМОРБИДНОСТЬ

причиной как смертности, так и инвалидизации пожилых людей. В госпитале проходят лечение и ветераны афганской войны, реабилитации которых уделяется много внимания. У нас есть отделение восстановительного лечения, которым руководит Марина Людвиполь: там есть и психотерапевты, и психологи, и специалисты ЛФК. Даже и не знаю, есть ли еще где-то в Москве или России такое отделение. В нем хорошая водолечебница, все виды ванн, бассейн, залы лечебной физкультуры. В заключение хочу сказать, что в нашем госпитале нет временного предела пребывания. Лечение оплачивается не территориальным Фондом ОМС, а Правительством Москвы. Поэтому срок пребывания в госпитале ветеранов Великой Отечественной войны определяется показаниями для лечения, и оно продолжается столько, сколько необходимо.

ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн №3 ДЗМ» (ГВВ №3 ДЗМ) начал работу 1 июня 1991 г.

Он расположен в Лосиноостровском районе Северо-Восточного административного округа города Москвы, площадь его территории составляет 7 га. Изначально госпиталь был оснащен современной импортной медицинской аппаратурой, что позволило с первых же дней обеспечить высокий уровень лечебно-диагностической помощи пациентам. Сейчас ГВВ №3 ДЗМ – это многопрофильное лечебное учреждение на 680 коек с 15 специализированными отделениями. В Консультативно-диагностическом центре ведется прием по 19 врачебным специальностям, его плановая мощность составляет 250 посещений в смену. В госпитале работают 1376 человек, в том числе 3 заслуженных врача РФ, 18 отличников здравоохранения, 2 доктора медицинских наук, 33 кандидата медицинских наук, 229 врачей и 582 медсестры с высшей и первой квалификационными категориями.





В.С. Алябьев, заведующий отделением сосудистой хирургии ГВВ №3 ДЗМ, кандидат медицинских наук, врач высшей категории:

– Основным вектором развития хирургии и, в частности, сосудистой, является уменьшение хирургических травм. То есть стремление к выполнению малоинвазивных вмешательств с сохранением их радикальности. Это особенно актуально для пациентов нашего учреждения, поскольку в нем преимущественно находятся пациенты пожилого и старческого возраста, обремененные массой сопутствующих заболеваний. Можно сказать, что сосудистая хирургия сейчас «мельчает». В настоящее время она в большей степени носит профилактический характер.

Сейчас на операционном столе пациентка (фото 1), которой выполняется сочетанное, гибридное вмешательство на сосудах традиционным открытым способом, и предполагается дополнить эту операцию малоинвазивным эндоваскулярным вмешательством – стентированием.

Гибридные операции сейчас есть практически во всех сосудистых центрах. Они оборудованы либо операционным столом, в который встроена эта аппаратура, либо мобильной установкой С-дуга, которая есть во всех сосудистых центрах Москвы и Московской области.



А.Н. Кузеев, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики ГВВ №3 ДЗМ:

– По программе модернизации здравоохранения Правительства Москвы мы получили новый ангиографический комплекс и дополнительно две мобильных С-дуги – их используют для проведения гибридных вмешательств в других операционных. Для сосудистых операций в щадящем режиме совместно с сосудистыми хирургами мы выполняем и стентирование, и шунтирование сосудов. Вот типичный пример использования ангиографического комплекса (фото 2).

Больная, 87 лет, поступила в неврологическое отделение с нарушением мозгового кровообращения. Была подана к нам в рентгенооперационную, и неинвазивными методами исследования у нее был выявлен стеноз сонной артерии. С учетом возраста и сопутствующих заболеваний было принято решение сделать ей стентирование сосуда головного мозга

За стеноз была имплантирована ловушка, которая препятствовала попаданию атеросклеротических масс в головной мозг во время операции. Затем выполнена имплантация стента и его баллонная оптимизация. Видим результат – стент расправил сосуд, кровоток полностью восстановился и заполнились кровью сосуды головного мозга. Это способствовало улучшению состояния больной. До поступления к нам у нее был выявлен парез конечностей, после стентирования он прекратился. У больной ранее было нарушение мозгового кровообращения, стентирование исключило вероятность повторного инсульта.



1. Операционная сосудистого отделения



2. Ангиографический комплекс



3. Восстановительное отделение



М.С. Людвиполь, заведующая отделением восстановительного лечения ГВВ №3 ДЗМ:

– После лечения в других отделениях – сердечно-сосудистом, неврологическом и прочих, пациенту необходима реабилитация, и он направляется к нам. Реабилитация может длиться годы, первый ее этап мы заканчиваем в течение 10–12 дней. Очень сложно завершить реабилитацию за 5–7 дней – сроки, которые определены ОМС, но госпиталь не входит в эту систему. За это время мы стараемся вернуть пациента к нормальным бытовым условиям, восстановить функции, которые были утрачены вследствие инсульта или других заболеваний, повысить толерантность к физической нагрузке. Затем следует второй этап реабилитации – амбулаторно-поликлинический

или санаторный.

У нас уникальное отделение, очень большой блок физиотерапии, который занимает три этажа. Охват – 70% всех пациентов госпиталя. И если в прошлом году в нем получили лечение 13 тыс. больных, почти 9 тыс. из них побывали и в нашем отделении. Каждый пациент получает целый комплекс процедур – ЛФК, массаж, мануальную и физиотерапию, ингаляции, бассейн, консультации психолога и терапевта, посещает кабинет психологической разгрузки. Ну а водолечебница в Москве есть только в нашем госпитале (фото 3, 4).



А.А. Якушин, заведующий ортопедическим отделением ГВВ №3 ДЗМ, врач высшей категории:

– Подавляющее большинство оперируемых больных в нашем отделении старше 80 лет. Для нас это привычный возраст. Основная особенность – мы практически не имеем права на ошибку – их организмы не имеют резервов на восстановление.

Приведу пример: у нас лежит пациент 90 лет. Ему в другой больнице было выполнено протезирование тазобедренного сустава. Все было сделано качественно, но без учета возрастных особенностей. Все это привело к тому, что пациент получил рецидивирующий вывих эндопротеза. Повторно оперировать его побоялись и отправили к нам. Необходимо учитывать специфику

лечения пожилых пациентов – как по выбору имплантов, так и по ведению операции и, конечно, уходу за ними в послеоперационный период.

Много хронических больных – у людей в таком возрасте обычно много проблем. В том числе в опорно-двигательном аппарате. Здесь они попадают в дружественную среду, и мы стараемся ее поддерживать. Это тоже наша специфика. Многие ветераны бывают у нас раз в год и даже чаще (фото 5).



4. Восстановительное отделение

5. Ортопедическое отделение



АПТЕКАРСКИЙ ПРИКАЗ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ XVI ВЕКА

Аптекарский приказ – высший орган медицинского управления Русского царства в XVI-XVII веках – был учрежден в 1620 году царем Михаилом Федоровичем Романовым.

Первоначально назывался Аптекарской палатой, как Аптекарский приказ известен с 1632 г. Во главе Аптекарского приказа стоял боярин, пользовавшийся доверием царя, административный аппарат включал в себя, в частности, подъячих и толмачей для перевода иностранной медицинской литературы. В 1681 г. штат аптекарского приказа превышал 100 человек, в числе которых были врачи, аптекари, «алхими́сты» (фармацевты), ученики лекарского, костоправного и «чепучинного» (по лечению сифилиса) дел, аптечные огородники.

Жак Маржере, французский наемник на русской службе, так описывает главное медицинское ведомство России XVI века: «Аптекарский приказ был придворным учреждением и обслуживал царскую семью и близкий к ней круг боярской знати. Врачи Аптекарского приказа получали поместье с 30–40 крепостными крестьянами. По денежному окладу доктора приравнивались к окошничим. Из дворца медикам ежемесячно отпускали натуральное обеспечение: четыре бочки меда, четыре бочки пива, 60 возов дров, 150 рублей на свежие продукты».

Образование



Наука



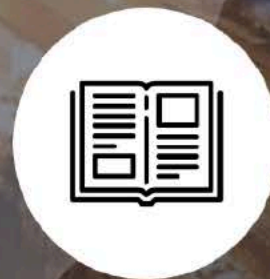
Статистика



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru



Аналитика



Методология



Коммуникации



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru