

Стандарт оценки оказания медицинской помощи

I. Особенности эволюции современного представления о качестве и дефекте оказания медицинской помощи.

В истории здравоохранения новой России имели место несколько важнейших законодательных актов, определяющих в разное время разные подходы к оценке качества оказания медицинской помощи. С 1993 года в России существуют две системы экспертной оценки оказания медицинской помощи: наиболее массовая - в рамках системы ОМС и практически отсутствующая – в рамках бюджетных ассигнований.

Основополагающая статья 40 Закона РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» дает лишь рамочные определения экспертной деятельности - организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Часть 6 статьи 40 Закона РФ № 326-ФЗ определяет: «6. Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи».

Опыт экспертной работы в системе ОМС, в том числе вступившие в силу приговоры и постановления судов РФ, показывают, что выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи, не мыслимы без сопоставления оказанной медицинской помощи с требованиями стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных в предыдущее десятилетие нормативными актами федерального органа исполнительной власти.

В связи с изданием приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (Минюст России № 19614 от 28.01.2011 г.) возникла иллюзия о правовой урегулированности экспертной деятельности. Однако анализ нормативного акта показывает, что данный документ не отвечает современным требованиям взаимного уважения между субъектами и участниками системы ОМС.

Отсутствие ясного и четкого юридического определения предмета экспертной деятельности – дефекта медицинской помощи и ненадлежащего качества медицинской помощи – будет являться главной спорной проблемой между страховой медицинской организацией (СМО) и учреждением здравоохранения.

Применение штрафных санкций к медицинской организации в данных условиях отсутствия нормативных правовых оснований определения дефекта медицинской помощи может быть расценено как самоуправство или чревато возбуждением уголовного дела в отношении руководителя подразделения СМО за превышение или злоупотребление должностными полномочиями. При применении штрафных санкций возникает обоснованный риск судебного преследования СМО со стороны медицинской организации, не удовлетворенной экспертным решением, с обоснованным опасением вынесения судебного решения не в пользу СМО.

Аналогичный конфликт может возникнуть и между застрахованным лицом и СМО. Крайне негативным для СМО может быть обстоятельство: суд по иску застрахованного пациента против учреждения здравоохранения вправе не принять в качестве доказательства ненадлежащего качества медицинской помощи акт экспертизы СМО как доказательство, полученное с нарушением закона, на основании ходатайства учреждения здравоохранения об отсутствии федерального нормирования дефекта и ненадлежащего качества медицинской помощи.

Для того чтобы разобраться в возможных коллизиях между субъектами и участниками системы ОМС необходимо указать на некоторые юридические неопределенности данного нормативного акта и предложить срочные способы их разрешения с целью восстановления доверия и конструктивного взаимодействия между потенциально «законфликтрованными» субъектами. Поэтому ниже рассматриваемые вопросы, предложенные для срочного разрешения, в большей степени адресованы автору нормативного акта – ФОМС, но представляют первостепенный интерес для учреждений здравоохранения и СМО. Знание этих узких мест и неопределенностей документа может быть полезным для этих сторон с целью формирования конструктивного компромисса еще до его «исправления», при котором СМО не станет злоупотреблять своими контрольными и штрафными функциями, а учреждение здравоохранения не станет отказывать СМО в экспертизе.

Главное: отсутствие определения дефекта медицинской помощи и ненадлежащего качества медицинской помощи, что делает невозможным однозначное, проверяемое и объективное заключение о качестве медицинской помощи.

Вместо определения дефекта в нормативном документе имеются косвенные признаки дефекта и ненадлежащего качества:

- в ст. 20 указано: *«В соответствии с частью 6 статьи 40 Федерального закона экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи»;*
- в ст. 82 указано: *«Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления дефектов медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи в обязательном медицинском страховании».*

Из этого следует, что косвенными признаками ненадлежащего качества медицинской помощи могут быть (а могут и не быть):

- *правильность выбора медицинской технологии,*
- *степень достижения запланированного результат;*
- *наличие причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.*

Однако данный подход не имеет четкой защиты системы «от дурака», не отвечает требованиям, предъявляемым к экспертизе Законом РФ «О государственной судебной экспертной деятельности»: *«Эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме. Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных».*

На основе данного нормативного акта исполнить требования и принципы экспертизы невозможно!

Предыдущие определения дефекта медицинской помощи, оформленные в нормативных актах ФОМС, четко отражали революционные изменения системы управления качеством медицинской помощи.

Первой «революцией» системы управления качеством медицинской помощи было определение, введенное приказом Федерального Фонда ОМС от 06.09.2000 г. № 73 об утверждении Методических "Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования", где указывалось: «Медицинская помощь ненадлежащего качества - медицинская помощь, оказываемая медицинским работником со следующими негативными последствиями:

- затруднена стабилизация заболевания или повышен риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания;
- повышен риск возникновения нового патологического процесса;
- неоптимальное использование ресурсов медицинского учреждения;
- неудовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинским учреждением».

Революционность данного определения заключалась в том, что к ненадлежащему качеству медицинской помощи стали относить не только факты стабилизации заболевания или возникновения нового патологического процесса, а уже появление и повышение риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и риска возникновения нового патологического процесса. При этом процессу экспертизы медицинской помощи придавался мощный профилактический посыл. Экспертом выявлено всего лишь повышение риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, который не реализовался в таковое прогрессирование у данного конкретного пациента, но мог бы реализоваться у другого застрахованного лица. На основании такого решения эксперта, основанного на данном определении ненадлежащего качества медицинской помощи, выявляются причины повышения риска и принимаются управленческие решения по недопущению аналогичного повышения риска прогрессирования имеющегося заболевания или риска возникновения нового патологического процесса у другого пациента. Благодаря такому профилактическому подходу к системе управления качеством медицинской помощи своевременно и без ущерба жизни и здоровью пациентов могут приниматься управленческие решения.

Второй «революцией» в системе управления качеством медицинской помощи было определение дефекта оказания медицинской помощи, введенное приказом Федерального Фонда ОМС от 26.05.08 г. № 111 (отменен приказом ФОМС от 8 февраля 2011 г. N 26):

- «несоответствие медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством по обязательному медицинскому страхованию или условиям договора;
- нарушение требований нормативных актов уполномоченных органов исполнительной власти;
- нарушением обычаев делового оборота, обычно предъявляемых требований в сфере здравоохранения;
- нарушение требований безопасности медицинской услуги;
- несоответствие медицинской помощи (услуги) целям, для которых данная медицинская помощь (медицинская услуга) обычно оказывается, выразившимся в причинении вреда жизни и здоровью застрахованных (пациентов); - нарушением прав застрахованных;
- неоптимальный выбор технологии оказания медицинских услуг (неправильная диагностика, затрудняющая стабилизацию имеющегося у пациента заболевания; создание условий повышения риска для возникновения нового патологического процесса; нерациональное использование ресурсов медицинского учреждения);
- нарушение правил оформления медицинской документации».

В соответствии с этим нормативным актом к дефектам оказания медицинской помощи наряду с очевидными дефектами, такими как несвоевременное оказание помощи, невыполнение требований нормативных актов, оказание помощи, не отвечающее требованиям безопасности медицинской услуги, относят и нарушение правил оформления медицинской документации.

В этом и заключается революционность данного завоевания системы управления качеством. До введения данного определения все дефекты умозрительно делились на две группы:

- собственно дефекты качества помощи, что рассматривается в качестве серьезного недостатка);
- дефекты оформления медицинской документации, что рассматривается несущественным недостатком.

Вступлением в силу приказа ФОМС № 111 в качество медицинской помощи неразрывно соединялись в единое целое и форма и содержание. Отныне нарушения в содержании и форме (оформлении) должны оцениваться как равнозначные дефекты качества. И в этом заложен глубокий смысл системы управления качеством, которое оценивается исключительно по данным медицинской документации, которая должна в полном объеме и абсолютно точно и достоверно отражать все медицинские мероприятия, действия, замыслы, описание и оценку событий, рисков, особенностей и условий оказания медицинской помощи, умозаключения и выводы. Без этого «формального» этапа невозможно оценить качество, поэтому форма (документация) и содержание (события и факты) неразрывны. Управление качеством невозможно без информационных потоков, т.е. без обратной связи. Отсутствие или ненадлежащее ведение этой обратной связи (медицинской документации) прерывает оказание медицинской помощи надлежащего качества, т.к. искажает или уничтожает качество медицинской помощи.

Необходимо отметить, что определение дефекта оказания медицинской помощи в редакции приказа ФОМС № 111 строго соответствует определению недостатка услуги, введенному преамбулой Закона РФ «О защите прав потребителей».

Достоинством данного определения является полная прозрачность и всесторонность раскрытия понятия дефекта. Такая открытость, исчерпаемость и всесторонность демонстрирует участникам системы управления качеством (проверяемым и защищаемым в первую очередь) уважение по отношению к ним, а также возможность проверки выводов и заключений, а, следовательно, возможность составления претензии и обжалования, т.е., соблюдение и уважение прав всех заинтересованных сторон.

Только такой подход приводит экспертную деятельность к соблюдению требований, заложенных в законодательстве о государственной судебной экспертной деятельности, основанных на принципах законности, соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица, а также независимости эксперта, объективности, всесторонности и полноты исследований, проводимых с использованием современных достижений науки и техники, возможности проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных.

Это определение заложило в систему управления качеством медицинской помощи принципы демократии, цивилизованного рынка и либеральных отношений в противовес административно-командной систем управления.

II. Законодательные акты РФ в стандарте экспертной оценки.

Закон РФ «О защите прав потребителей» установил понятия:

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

существенный недостаток услуги - неустранимый недостаток или недостаток, который не может быть устранен без несоразмерных расходов или затрат времени, или выявляется неоднократно, или проявляется вновь после его устранения, или другие подобные недостатки;

безопасность услуги - безопасность услуги для жизни, здоровья, имущества потребителя и окружающей среды при обычных условиях его использования, хранения, транспортировки и утилизации, а также безопасность процесса оказания услуги;

Законом РФ от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрен ряд норм, опосредованно касающихся качества медицинской помощи и его оценки.

Пункт 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ в части определения качества медицинской помощи, как совокупности характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата, является отправным. Из этого определения следует, что невыполнение показанной медицинской услуги, и включенной в

стандарт, утвержденный нормативным актом федерального органа исполнительной власти, является ненадлежащим качеством медицинской помощи, по признаку неправильности выбора методов диагностики и лечения.

Часть 4 статьи 10 «Доступность и качество медицинской помощи» устанавливает, что качество медицинской помощи обеспечивается применением порядков оказания медицинской помощи и медицинской помощи.

Часть 1 статьи 37 «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи» прямо устанавливает обязательность исполнения порядков и стандартов оказания медицинской помощи в РФ («1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи»).

Часть 1 статьи 79 «Обязанности медицинских организаций» устанавливает обязанность учреждения здравоохранения:

«1. Медицинская организация обязана:

2) осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и медицинской помощи».

Таким образом, с вступлением в юридическую силу Закона РФ от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» появляется законная обязательность исполнения медицинскими организациями стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных федеральным органом исполнительной власти, которая существовала до 2012 года в правовом поле сферы здравоохранения в соответствии с нормами Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

При этом часть 3 статьи 64 Закона РФ от 21.11.11 г. № 323-ФЗ прямо указывает, что: «*Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с Российской Федерации об обязательном медицинском страховании*».

Не смотря на то, что законодательство РФ об ОМС, в частности Закон РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» не содержит норм и правил оказания медицинской помощи, а имеет лишь упоминание в ч. 4 статьи 35 «Базовая программа обязательного медицинского страхования» о том, что: «*Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти*».

В части 4 статьи 44 Закона РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» также косвенно упомянуты стандарты: «4. При ведении персонализированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляются сбор, обработка, передача и хранение следующих сведений: 11) примененные медико-экономических стандарты».

Аналогичный вывод следует сделать из нормы статьи 10 Закона РФ № 323-ФЗ, которая устанавливает: «Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются: 5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Таким образом, гарантированным объемом услуг для правильной диагностики и правильного лечения в системе ОМС является набор медицинских услуг - стандарта, без которых невозможно исполнить требование к качеству о правильности диагностики и лечения застрахованного лица, т.е. услуг с частотой предоставления 100%.

Из этого следует, что в рамках медико-экономической экспертизы эксперты обязаны контролировать оказание медицинской помощи, исходя из принципа соблюдения объемов оказания медицинской помощи, т.е. набора медицинских услуг - стандарта, без которых невозможно исполнить требование о правильности выбора диагностики и лечения застрахованного лица, т.е. медицинских услуг с частотой предоставления 100%. В рамках экспертизы качества медицинской помощи требования о качестве оцениваются экспертом по всему перечню медицинских услуг стандарта с учетом показаний к каждой из них. С этой целью при заключении договора с экспертом на проведение экспертизы качества медицинской помощи перед экспертом формулируют обязанность осуществления оценки качества методом сопоставления фактически оказанной медицинской помощи с перечнем медицинских услуг стандарта с учетом наличия или отсутствия показаний или противопоказаний к ним.

Статья 64 Закона РФ № 323-ФЗ «Экспертиза качества медицинской помощи» (аналогично части 6 статьи 40 Закона РФ № 326-ФЗ) определяет: «Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата». Из этого также следует, что для правильной диагностики и правильного лечения в системе ОМС необходимо выполнять комплекс медицинских услуг стандарта, без которых невозможно исполнить требование к качеству о правильности диагностики и лечения застрахованного лица, т.е. услуг с частотой предоставления 100%.

Статья 87 Закона РФ № 323-ФЗ устанавливает: «Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем: 3) соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с Российской Федерации об обязательном медицинском страховании». Из этого следует, что ТФОМС и СМО обязаны контролировать качество медицинской помощи, исходя из принципа соблюдения объемов оказания медицинской помощи, т.е. набора медицинских услуг - стандарта, без которых невозможно исполнить требование о правильности диагностики и лечения застрахованного лица, т.е. услуг с частотой предоставления 100%.

В подзаконном акте – приказе ФОМС от 01.12.10 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», в частности в пункте 5 указанного Порядка объявлены цели контроля в системе ОМС: «5. Цели контроля: 5.3. предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной

медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и / или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и / или стандартов медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами».

Из этого следует, что обязательной составляющей экспертизы медицинской помощи в системе ОМС является контроль выполнения порядков и стандартов медицинской помощи.

В пунктах 14 и 25 данного Порядка объявлены поводы для целевых медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи – случаи заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утверждённый стандарт медицинской помощи.

Пункт 21 Порядка четко определяет, что экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи.

Пункт 80 Порядка фактически вводит в действие методику проведения медико-экономической экспертизы, обязывая специалиста-эксперта осуществлять: выборочный контроль объемов медицинской помощи по страховым случаям путем сопоставления фактических данных об оказанных застрахованному лицу медицинских услугах с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

Помимо указанных выше норм, приложением № 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию введена в действие императивная норма - Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), которым СМО предписывается применение финансовых и штрафных санкций за невыполнение стандарта медицинской помощи:

«1.5. Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», «Формуляр лечения стационарного больного», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи.

3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи.

3.3. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий.

3.9. Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.

5.7.5. Включения в реестр счетов медицинской помощи:

- амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи)».

Таким образом, пункт 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ является отправным, т.к. вводит в оборот характеристики качества медицинской помощи:

- своевременность оказания медицинской помощи,
- правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи,
- степень достижения запланированного результат.

Из этого определения следует, что невыполнение показанной медицинской услуги, включенной в стандарт, утвержденный нормативным актом федерального органа исполнительной власти, является ненадлежащим качеством медицинской помощи, по признакам несвоевременности оказания медицинской помощи и неправильности выбора методов диагностики и лечения.

Статья 10 Закона РФ № 323-ФЗ устанавливает: «Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются: 5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с государственными гарантиями бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Таким образом, гарантированным объемом услуг для правильной диагностики и правильного лечения в системе ОМС является набор медицинских услуг – стандарта, без которых невозможно исполнить требование к качеству о правильности диагностики и лечения застрахованного лица, т.е. услуг с частотой предоставления 100%.

Статья 64 Закона РФ № 323-ФЗ и часть 6 статьи 40 Закона РФ № 326-ФЗ определяют: «Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата».

Из этого также следует, что для правильной диагностики и правильного лечения в системе ОМС необходимо выполнять комплекс медицинских услуг стандарта, без которых невозможно исполнить требование к качеству о правильности диагностики и лечения застрахованного лица, т.е. услуг с частотой предоставления 100%.

Статья 87 Закона РФ № 323-ФЗ устанавливает: «Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем: 3) соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи ТФОМС и СМО в соответствии с РФ об ОМС».

Из этого следует, что эксперты обязаны контролировать качество медицинской помощи, исходя из принципа соблюдения объемов оказания медицинской помощи, т.е. набора медицинских услуг -

стандарта, без которых невозможно исполнить требование о правильности выбора диагностики и лечения застрахованного лица, т.е. медицинских услуг с частотой предоставления 100%.

В каждом Заключении или Акте необходимо отражать текст: *«Объем, качество и условия предоставления оказанной медицинской помощи соответствует или не соответствуют определению качества медицинской помощи в соответствии с п. 21 ст. 3 Закона № 323-ФЗ и п. 6 ст. 40 Закона № 326-ФЗ по признакам несвоевременности оказания медицинской помощи неправильного выбора методов диагностики и лечения».*

III. Требования к экспертной оценке конкретных норм Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

1. Требования к оценке протоколирования в медицинской документации добровольного информированного согласия пациента – застрахованного лица на медицинское вмешательство.

Пункт 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ определяет качество медицинской помощи, как степень достижения запланированного результата. Исходя, из определения характеристики качества медицинской помощи, как степени достижения запланированного результата, следует признать следующие выводы.

Планирование у пациента летального исхода в стационаре не соответствует цели оказания медицинской помощи, т.к. целью ее оказания является – улучшение или облегчение состояния (заболевания) или создание условий (терапевтическим, хирургическим или иным вмешательством) для выздоровления пациента от имеющегося заболевания.

В соответствии с приложением 8 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к у организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 (в ред. ФОМС от 16.08.2011 N 144), к дефектам оказания медицинской помощи, т.е. ненадлежащему качеству медицинской помощи относят:

- «3.2.3. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) медицинской помощи, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавших риск возникновения нового заболевания»;

- «3.3.2. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных медицинской помощи мероприятий, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавших риск возникновения нового заболевания».

Таким образом, создание риска прогрессирования имеющегося заболевания у пациента – дефект качества медицинской помощи. Из этого следует, что в процессе оказания медицинской помощи запрещается создание риска прогрессирования имеющегося заболевания (вплоть до летального исхода), а планирование летального исхода у пациента в стационаре – это реализация на практике риска прогрессирования имеющегося заболевания.

1.5. Планирование летального исхода у пациента в терминальной стадии онкологического процесса также является признаком ненадлежащего качества оказания медицинской помощи, т.к. планируемый результат любой деятельности (в том числе и медицинской) должен быть достигнут с минимальными временными и ресурсными затратами. В страховом случае с пациентом в терминальной стадии онкологического процесса планируемый результат в виде летального исхода должен быть также достигнут в кратчайшие сроки и с наименьшими ресурсными затратами. Другими словами, при планировании летального исхода у пациента в терминальной стадии онкологического процесса медицинский персонал должен «активно способствовать наступлению» летального исхода в кратчайшие сроки и с наименьшими затратами на лечение: как минимум – не лечить пациента, как максимум – ввести препараты для эвтаназии.

Исходя из данной логической цепи постулатов, следует признать следующие выводы о страховом случае стационарного лечения с летальным исходом:

- 1) в стационаре планирование летального исхода запрещается и является признаком ненадлежащего качества медицинской помощи;
- 2) в стационаре разрешено планирование исходов без создания риска прогрессирования имеющегося заболевания (вплоть до летального исхода);
- 3) летальный исход в стационаре – это недостижение запланированного результата (выздоровление или улучшение состояния);
- 4) каждый страховой случай с летальным исходом – случай ненадлежащего качества оказания медицинской помощи по признаку п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ - отсутствия достижения запланированного результата.

Таким образом, отсутствие в медицинской карте стационарного больного в плане ведения больного записи о планируемом результате диагностики и лечения или отсутствие в целом плана ведения больного являются признаками ненадлежащего качества медицинской помощи, что подлежит применению финансовых санкций.

Статья 20 Закона РФ № 323-ФЗ «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» устанавливает правила протоколирования добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство:

«1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента».

Пункт 5 статьи 3 Закона РФ № 323-ФЗ вводит понятие медицинского вмешательства:

«5) медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности».

Таким образом, при проведении экспертной оценки следует выявлять нарушения в правилах протоколирования добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство – отсутствие:

- полной информации о целях медицинского вмешательства, в т.ч. наименования;
- полной информации о методах оказания медицинской помощи,
- полной информации о риске, связанном с вмешательством и методами оказания помощи;
- полной информации о возможных вариантах медицинского вмешательства (перечисление вариантов);
- полной информации о последствиях медицинского вмешательства;
- формулировки предполагаемого результата оказания медицинской помощи;
- подписи пациента;
- подписи медицинского работника.

Отсутствие в протоколе добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство одного из установленных законом требования – обязательный повод для применения финансовой санкции.

Отсутствие в протоколе отказа пациента от медицинского вмешательства перечисления последствий такого отказа - обязательный повод для применения финансовой санкции.

2. Требования к оценке протоколирования в медицинской документации информации о применении лекарственных средств у больных по жизненным показаниям.

Отсутствие в протоколе информированного согласия пациента на применение лекарственных средств у больных по жизненным показаниям позиций, предусмотренных п. 4 Положения о порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям, утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.08.2005 г. N 494 (*«4. Перед началом применения лечащий врач должен проинформировать пациента (в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, родителей или законных представителей) о лекарственном средстве, об ожидаемой эффективности предлагаемой*

терапии, о безопасности лекарственного средства, степени риска для пациента, а также о действиях в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства на состояние его здоровья»):

- о лекарственном средстве,
- об ожидаемой эффективности предлагаемой терапии,
- о безопасности лекарственного средства,
- о степени риска для пациента,
- о действиях в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства на состояние его здоровья.

3. Требования к оценке протоколирования в медицинской документации консилиума врачей.

Статья 48 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Врачебная комиссия и консилиум врачей» устанавливает: «3. Консилиум врачей - совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию и для решения иных вопросов в случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом.

4. Консилиум врачей созывается по инициативе лечащего врача в медицинской организации либо вне медицинской организации (включая дистанционный консилиум врачей). Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию пациента. В протоколе консилиума врачей указываются фамилии врачей, включенных в состав консилиума врачей, сведения о причинах проведения консилиума врачей, течении заболевания пациента, состоянии пациента на момент проведения консилиума врачей, включая интерпретацию клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования и решение консилиума врачей. При наличии особого мнения участника консилиума врачей в протокол вносится соответствующая запись. Мнение участника дистанционного консилиума врачей с его слов вносится в протокол медицинским работником, находящимся рядом с пациентом».

Таким образом, при проведении оценки следует выявлять нарушения в правилах протоколирования консилиума врачей – отсутствие:

- фамилий врачей, включенных в состав консилиума врачей;
- сведений о причинах проведения консилиума врачей;
- констатации течения заболевания пациента;
- констатации состояния пациента на момент проведения консилиума врачей,
- интерпретации клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования;

- отдельной записи при наличии особого мнения участника консилиума врачей;
- отдельной записи о внесении в протокол мнения участника дистанционного консилиума врачей;
- в решении консилиума врачей обязательной констатации:
 - установления состояния здоровья пациента;
 - формулировки полного диагноза,
 - определения прогноза;
 - перечисления мероприятий тактики медицинского обследования и лечения;
 - определения необходимости направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию для обеспечения преемственности оказания медицинской помощи.

4. Требования к оценке правомерности отказа от патологоанатомического вскрытия.

При проведении экспертной оценки следует выявлять нарушения в правилах отказа от патологоанатомического вскрытия (ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ) – невыполнение вскрытия в следующих экспертных случаях:

- 1) подозрение на насильственную смерть;
- 2) невозможность установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;
- 3) оказание умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;
- 4) подозрение на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;
- 5) смерть:
 - а) связанная с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;
 - б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;
 - в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;
 - г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;
 - д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;
 - б) рождения мертвого ребенка;

7) необходимость судебно-медицинского исследования.

5. Требования к оценке протоколирования в медицинской документации данных патологоанатомического исследования.

При проведении экспертизы следует выявлять нарушения в правилах (п. 4 ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования данных патологоанатомического исследования – отсутствие:

- 1) описания результатов гистологического исследования (описание микропрепаратов);
- 2) результатов биохимического анализа;
- 3) результатов микробиологического исследования с формулированием этиологии инфекционного процесса.

6. Требования к оценке протоколирования в медицинской документации заключительного клинического диагноза заболевания на основе прижизненной биопсии.

При проведении экспертизы следует выявлять нарушения в правилах (п. 4 ст. 67 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования данных патологоанатомического исследования – отсутствие: прижизненной биопсии и обязательного заключения гистологического исследования операционного материала (п. 1.5. приказа МЗ СССР от 04.04.83 г № 375: «Установить, что гистологические исследования операционного материала являются обязательными»; п. 4 приложения N 1 к приказу Минздрава СССР от 11 марта 1988 г. N 203).

7. Требования к оценке протоколирования в медицинской документации выполнения реанимационных мероприятий или отказа от них.

При проведении экспертизы следует выявлять нарушения в правилах (ст. 66 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования выполнения реанимационных мероприятий или отказа от них:

- 1) несоблюдение временного интервала проведения реанимационных мероприятий – 30 минут или отсутствие протоколирования времени их начала и окончания;
- 2) отказ от выполнения реанимационных мероприятий в отсутствие записи решения консилиума врачей-специалистов о наличии у пациента достоверно установленного неизлечимого заболевания или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью;
- 3) отсутствие подробного протоколирования мероприятий, их хронологической последовательности с указанием времени, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации 22.06.2000 г. в Методических указаниях № 2000/104 «Сердечно-легочная реанимация».

8. Требования к оценке протоколирования в медицинской документации обоснования формы оказания медицинской помощи.

При проведении экспертизы следует выявлять нарушения в правилах (ч. 4 ст. 32 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования обоснования формы оказания медицинской помощи:

1) отсутствие формулирования повода для оказания экстренной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента (перечисление признаков угрозы для жизни);

2) отсутствие формулирования повода для оказания неотложной медицинской помощи - внезапного острого заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (перечисление отсутствия явных признаков угрозы для жизни);

3) отсутствие хронологического признака (указания на время (час, минута) возникновения состояния, время начала и окончания каждого вмешательства, изменения в состоянии пациента, появления или устранения признаков угрозы для жизни).

4) отсутствие формулирования повода для оказания плановой медицинской помощи - заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;

5) отсутствие журнала ожидания пациентом плановой медицинской помощи по каждому отделению, а также записи в журнале о конкретной дате оказания плановой помощи, а также наличие свободных «более ранних» дат в журнале ожидания пациентом плановой медицинской помощи.

9. Требования к оценке протоколирования в медицинской документации правомерности оказания платных медицинских услуг.

При проведении экспертизы следует выявлять нарушения в правилах (ч. 3 ст. 80; ч. 5 ст. 84 Закона РФ № 323-ФЗ) протоколирования правомерности оказания платных медицинских услуг:

1) понуждение к приобретению гражданином лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи; 2)

2) отказ в назначении и применении по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, - в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;

3) отказ в предоставлении спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;

4) отказ в предоставлении транспортных услуг при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований - при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;

5) оказание платной медицинской услуги при заболеваниях (формулировка МКБ-Х пересмотра), включенных в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

6) отсутствие в договоре на оказание медицинской помощи диагноза заболевания, полного наименования услуги, перечня мероприятий, стоимости услуг;

7) при установлении в процессе анализа предоставленной застрахованным лицом документации факта указания на внеочередность предоставления медицинской помощи следует запросить журнал ожидания (а также в отсутствие (непредъявление) журнала ожидания) и применить санкции в связи с несвоевременным оказанием медицинской помощи по всем страховым случаям, помощь по которым была незаконно отсрочена выполнением обжалуемой платной медицинской помощи (нарушена норма ст. ч. 2 ст. 19 Конституции РФ о запрете дискриминации по имущественному признаку);

8) при установлении в процессе анализа предоставленной застрахованным лицом документации факта указания на внеочередность предоставления медицинской помощи -отсутствие в преискуранте формулировки «внеочередное» предоставление медицинской помощи, как неполное и ненадлежащее информирование о медицинской услуге;

9) уменьшение видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых пациенту без взимания платы в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ввиду отказа пациента от предлагаемых платных медицинских услуг.

10. Требования к оценке протоколирования в медицинской документации информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2007 г. N 335.

При проведении экспертизы следует выявлять нарушения в правилах протоколирования в медицинской документации информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2007 г. N 335:

10.1. Отсутствие данных об информировании:

- о сроке беременности, об отсутствии противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;
- о смысле операции и обезболиванию;
- о том, что медицинская помощь при операции (включая обезболивание) входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведения операции нет 100-процентной гарантии предотвращения

возможных осложнений при проведении самой операции и в послеоперационном периоде;

- о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности;
- о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после операции в соответствии с назначением лечащего врача;
- о необходимости приема назначенных лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача;
- о режиме поведения, в том числе половой жизни, в послеоперационном периоде и возможных последствиях при его нарушении.

10.2. Отсутствие данных о даче разъяснений о:

а) действиях, назначаемых перед проведением и во время проведения операции лекарственных препаратов и возможных осложнениях при их применении;

б) основных этапах обезболивания;

в) следующих возможных осложнениях и последствиях проведения операции:

- осложнениях непосредственно в момент проведения операции: осложнения анестезиологического пособия; травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов; кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки и др.;
- осложнениях в послеоперационном периоде: скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки, острый и/или подострый воспалительный процесс матки и/или придатков матки, вплоть до перитонита; что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления матки и др.;
- отдаленных последствиях и осложнениях: бесплодие; хронические воспалительные процессы матки и/или придатков матки; нарушение функции яичников; внематочная беременность; невынашивание беременности; различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах: преждевременные роды; различные осложнения родовой деятельности; кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; нервно-психические расстройства и др.

10.3. Отсутствие данных об альтернативе проведения операции и возможности не прибегать к ней.

10.4. Отсутствие заключения о том, что пациентка получила полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением операции, отсутствии оказания давления на пациентку, понятии ею смысла всех терминов, осознанном принятии решения о проведении ей операции.

11. Требования к оценке протоколирования в медицинской документации определения момента смерти человека в соответствие с нормой статьи 66 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах

охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и постановлением Правительства РФ от 20.09.2012 г. № 950.

При проведении экспертизы следует выявлять нарушения в правилах протоколирования в медицинской документации установления смерти человека в соответствии с **Формой протокола установления смерти человека, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 20.09.2012 г. № 950.**

11.1. Отсутствие в первичной медицинской документации протокола установления смерти человека по форме, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 20.09.2012 г. № 950.

«ФОРМА ПРОТОКОЛА УСТАНОВЛЕНИЯ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА

Протокол установления смерти человека

Я, _____,

(ф.и.о.)

(должность, место работы)

констатирую смерть _____

(ф.и.о. или не установлено)

дата рождения _____

(число, месяц, год или не установлено)

пол _____

(при наличии документов умершего сведения из них

(номер и серия паспорта, номер служебного

удостоверения, номер истории болезни (родов), номер и серия

свидетельства о рождении ребенка),

а также номер подстанции и наряда скорой медицинской помощи,

номер карты вызова скорой медицинской помощи,

номер протокола органов дознания и др.)

Реанимационные мероприятия прекращены по причине (отметить
необходимое):

констатации смерти человека на основании смерти головного мозга;

неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на
восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут;

отсутствия у новорожденного при рождении сердечной деятельности по
истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном
объеме (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения
лекарственных препаратов).

Реанимационные мероприятия не проводились по причине (отметить
необходимое):

наличия признаков биологической смерти;

состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно
установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой
травмы, несовместимых с жизнью.

Дата _____

(день, месяц, год)

Время _____

Подпись _____ Ф.и.о. _____»

11.2. Несоответствие протокола установления смерти человека форме, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 20.09.2012 г. № 950, в первичной медицинской документации.

12. Дефекты качества медицинской помощи – сердечно-легочной реанимации.

К дефектам качества медицинской помощи – сердечно-легочной реанимации относят неисполнение или нарушения правил исполнения Методических указаний МЗ РФ от 22.06.00 г. № 2000\104 «Сердечно-легочная реанимация»:

12.1. Невыполнение сердечно-легочной реанимации (СЛР) при наличии показаний к ее проведению:

- отсутствие сознания, дыхания, пульса на сонных артериях, расширенные зрачки, отсутствие реакции зрачков на свет;
- бессознательное состояние; редкий, слабый, нитевидный пульс; поверхностное, редкое, угасающее дыхание.

12.1.1. Отсутствие в медицинской документации констатации показаний к СЛР.

12. 2. Невыполнение основных задач сердечно-легочной реанимации:

- поддержание и восстановление функций мозга,
- предупреждение развития терминальных состояний, и выведение пострадавших из них;
- восстановление деятельности сердца, дыхания и кровообращения;
- предупреждение возможных осложнений.

12.3. Несвоевременное начало СЛР, т.е. не сразу после возникновения угрозы развития терминального состояния.

12.4. Исполнение СЛР в неполном объеме.

12.5. Отказ от проведения СЛР со ссылкой на невозможность проведения в имеющихся условиях (должна проводиться в любых условиях).

12.6. Несоответствие СЛР принятой МЗ РФ методике, включающей: проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ), наружного массажа сердца, профилактику рецидива терминальных состояний, иные мероприятия по предупреждению смертельного исхода.

12.7. Невыполнение или ненадлежащее выполнение диагностического этапа реанимации:

- не проверено наличие сознания у пострадавшего, наличие самостоятельного дыхания, не определен пульс на сонной артерии; не проверено состояние зрачков, не определена ширина и реакция зрачка на свет;
- не проверено наличие переломов шейных позвонков (наличие прощупываемого костного выступа на задней поверхности шеи, иногда - неестественное положение головы), наличие тяжелых травм шеи и затылочной части черепа.

12.8. Несвоевременное начало СЛР, т.е. не немедленное, при отсутствии пульсации на сонных артериях, расширенных и не реагирующих на свет зрачках.

12.9. Не выполнение подготовительного этапа реанимации:

- помещение пациента на жесткое основание;
- освобождение груди и живота от стесняющей одежды.

12.10. Нарушения в выполнении начального этапа реанимации:

- отсутствие проверки проходимости верхних дыхательных путей;
- отсутствие мероприятий по восстановлению проходимости верхних дыхательных путей;
- не удалены инородные тела из верхних дыхательных путей.

12.11. Отказ от ИВЛ.

12.12. Дефекты ИВЛ, которые могут привести к гибели пострадавшего:

- отсутствие герметичности в момент вдувания воздуха - в результате воздух выходит наружу, не попадая в легкие;
- плохо зажат нос при вдувании воздуха методом рот в рот, или рот - при вдувании воздуха методом рот в нос - в результате воздух выходит наружу, не попадая в легкие;
- не запрокинута голова - воздух идет не в легкие, а в желудок;
- не обеспечен контроль за подъемом передней стенки грудной клетки в момент осуществления вдоха;
- за восстановление спонтанного дыхания могут быть ошибочно приняты: рвотный рефлекс, спазм диафрагмы и др.

12.13. Отказ от немедленного начала наружного массажа сердца при отсутствии пульса на сонной артерии.

12.14. Нарушение методики массажа сердца в комплексе с ИВЛ:

- сжатие (компрессию) грудины следует проводить толчкообразно, вытянутыми руками, не сгибая их в локтевых суставах; массаж осуществляется всем корпусом;
- частота компрессий грудины в настоящий момент - 100 раз в 1 мин;

- прекардиальный удар (два удара) выполняется при внезапном прекращении кровообращения - асистолии, фибрилляции желудочков сердца, желудочковой тахикардии у взрослых, а также при резком учащении пульсации сердечной мышцы положительный эффект возможен после достаточно сильных прекардиальных ударов кулаком в область средней трети тела грудины.
- соотношение вдох/массажный толчок: при одном спасателе - 2:15, при двух спасателях - 1:5;
- после каждой серии прекардиальных ударов, продолжая массаж одной рукой, проверять пульс на сонной артерии и состояние зрачков.

12.15. Исключить ошибки при отсутствии эффекта реанимации в первые 2-3 минуты ее проведения (сонные артерии не пульсируют в такт массажным толчкам, зрачки остаются широкими, не реагируют на свет, самостоятельные вдохи отсутствуют), следует:

- осуществить централизацию кровообращения - приподнять ноги на 15 град. (некоторые авторы рекомендуют подъем ног на 50-70 град.);
- увеличить силу массажных толчков и глубину дыхания, тщательно соблюдать ритм массажа, особенно двухступенчатость массажного толчка.

12.16. Несвоевременное прекращение СЛР – до истечения 30 минут.

12.17. Отказ от дополнительного времени (дополнительных 30 минут) проведения СЛР после появления в ходе наружного массажа сердца хотя бы одного удара пульса на сонной артерии или реакции зрачков время.

12.18. Отсутствие ЭКГ-контроля при СЛР в стационаре.

12.19. Отказ от специализированных мероприятий по поддержанию и восстановлению жизненных функций организма: дефибрилляции сердца, ИВЛ, медикаментозной терапии.

12.20. Ошибки дефибрилляции:

- неплотное прижатие электродов (эффективность разряда резко снижается);
- прекращение реанимационных мероприятий при подготовке дефибриллятора недопустимо (опасная потеря времени, быстрое утяжеление состояния пострадавшего);
- ожог 1-2-й степени, если электроды дефибриллятора неплотно прижаты к телу или плохо смочены тканевые прокладки, что создает высокое электрическое сопротивление грудной клетки;

12.21. Нарушение правил техники безопасности при дефибрилляции (ручки электродов должны иметь хорошую изоляцию; в момент разряда нельзя прикасаться к больному, к койке, на которой он лежит; если электрокардиограф (кардиоскоп) не снабжен специальным предохранительным устройством, то в момент подачи импульса аппарат необходимо отключить от больного на несколько секунд: отсоединить кабель, идущий к прибору от электродов.

12.22. Невыполнение коникотомии или трахеотомии при невозможности интубации трахеи.

12.23. Дефекты выполнения медикаментозной терапии.

1) отсутствие венозного доступа или центрального венозного доступа при его возможности;

2) отказ от эндотрахеального введения адреналина/норадреналина, лидокаина и атропина (стандартные внутривенные дозы увеличивать в 2-3 раза и разводить препараты физиологическим раствором до 10 мл; после введения делается 5 вдохов для усиления дисперсии к дистальным отделам трахеобронхиального дерева) при невозможности венозного введения;

3) нарушения режима дозирования и порядка введения адреналина:

- во время СЛР адреналин следует вводить внутривенно в дозе 0,5-1,0 мг (для взрослых) в растворе 1 мг/мл или 1 мг/10 мл. Первую дозу вводят, не дожидаясь результатов ЭКГ, повторно ее вводят каждые 3-5 мин., т.к. действие адреналина короткое. Если внутривенно адреналин ввести невозможно, его следует ввести эндотрахеально (1-2 мг в 10 мл изотонического раствора);
- после восстановления самостоятельного кровообращения для повышения и поддержания сердечного выброса и артериального давления адреналин можно вводить внутривенно (1 мг в 250 мл), начиная со скорости 0,01 мкг/мин и регулируя ее в зависимости от ответной реакции. Для предупреждения желудочковой тахикардии или фибрилляции желудочков во время введения адреналина необходимо одновременно вливать лидокаин и бретилиям;

4) нарушения режима дозирования и порядка введения атропина (применяется в дозах 0,5 мг на 70 кг массы тела внутривенно и при необходимости повторно до общей дозы 2 мг, что вызывает полную блокаду блуждающего нерва. При атриовентрикулярной блокаде III степени следует попытаться применить большие дозы. Атропин эффективен при эндотрахеальном введении. Атропин не применяют во время остановки сердца и проведения СЛР, за исключением случаев стойкой асистолии);

5) нарушения режима дозирования и порядка введения лидокаина (в настоящее время лидокаин назначают: при частых ранних, спаренных и полиморфных экстрасистолах, в первые 6 ч. острого инфаркта миокарда, частых желудочковых экстрасистолах, приводящих к нарушению гемодинамики; желудочковых тахикардиях или их пробежках (свыше 3 в 1 ч.); рефракторной ФЖ; для профилактики рецидивирующей ФЖ. Схема введения: 50 мг в течение 2 мин., затем каждые 5 мин. до 200 мг, одновременно вводят лидокаин внутривенно капельно (2 г лидокаина + 250 мл 5% глюкозы). Во время рефракторной фибрилляции рекомендуются большие дозы: болюсно до 80-100 мг 2 раза с интервалом 3-5 мин);

6) нарушения режима дозирования и порядка введения прокаинамида (эффективен для лечения и предупреждения устойчивой желудочковой тахикардии или ФЖ. Насыщающая доза - до 1500 мг (17 мг/кг), разводится в физиологическом растворе, вводится внутривенно со скоростью 20-30 мг/мин., поддерживающая доза - 2-4 мг/мин);

7) нарушения режима дозирования и порядка введения бретилия (применяют при ФЖ, когда неэффективны лидокаин и/или новокаинамид. Вводится внутривенно по 5 мг/кг. Если ФЖ сохраняется, через 5 мин. вводят 10 мг/кг, затем через 10-15 мин. еще 10 мг/кг. Максимальная суммарная доза - 30 мг/кг);

8) нарушения режима дозирования и порядка введения амиодарона (кордарон) (служит резервным средством для лечения тяжелых аритмий, рефракторных к стандартной антиаритмической терапии и в случаях, когда другие антиаритмические средства оказывают побочное действие. Назначают внутривенно по 150-300 мг за 5-15 мин. и затем, если необходимо - до 300-600 мг в течение 1 ч под контролем АД; максимальная доза - 2000 мг/сут.);

9) нарушения режима дозирования и порядка введения мексилетина (используется для лечения желудочковой аритмии: внутривенно 100-250 мг за 5-15 мин., затем в течение 3,5 ч.; максимально - 500 мг (150 мг/ч.), поддерживающая доза 30 мг/ч. (до 1200 мг в течение 24 ч.)).

IV. Контроль исполнения требований Закона РФ от 31 мая 2001 года N 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

1. Контроль исполнения требований ст. 8 Закона РФ от 31 мая 2001 года N 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» «Объективность, всесторонность и полнота исследований», которая устанавливает правило: *«Эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме».*

2. Контроль исполнения требований ст. 16 «Обязанности эксперта» Закона РФ от 31 мая 2001 года N 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», которая обязывает эксперта *«провести полное исследование представленных ему объектов и материалов дела, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам».*

3. Контроль исполнения требований ст. 25 «Заключение эксперта или комиссии экспертов и его содержание»: *«В заключении эксперта или комиссии экспертов должны быть отражены: оценка результатов исследований, обоснование и формулировка выводов по поставленным вопросам».*

4. Контроль исполнения требования приказа МЗ СССР от 09.07.91 г. № 182, где указано: *«3.12.1. На вопросы, выходящие за пределы своих специальных познаний, эксперт не в праве давать ответ».*

V. Контроль исполнения требований п. 27-29, 89 и 91 Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации, утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 мая 2010 г. N 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации»:

«27. Заключение эксперта, включая все приложения, подписывают все принимавшие участие в производстве экспертизы эксперты - в месте разъяснения эксперту его прав, обязанностей и предупреждения об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения, в конце всей исследовательской части и в местах окончания разделов, описывающих этапы исследования конкретными экспертами в случаях проведения комиссионной и комплексной экспертизы, после выводов, в каждом приложении»

28. В исследовательской части заключения эксперта обязательно указывают:

судебно-медицинский диагноз, диагноз из медицинского свидетельства о смерти и его реквизиты.

29. В выводах, при ответах на вопросы, выходящие за пределы своих специальных познаний, эксперт отвечает мотивированным отказом.

89. Для проведения дополнительных и повторных экспертиз в ГСЭУ вместе с объектами исследований и материалами дела органом или лицом, назначившим экспертизу, направляются также заключения ранее проведенных экспертиз.

В заключении дополнительной или повторной экспертизы в обязательном порядке приводят результаты предшествующих экспертиз.

91. При выполнении комиссионной экспертизы экспертами одной специальности каждый из них проводит исследования в полном объеме в рамках поставленного задания».

VI. Контроль субъектного состава экспертной комиссии на соответствие требованиям приказа МЗ и СР РФ от 23.04.09 г № 210н, которым введена в действие Номенклатура специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации.

VII. **Контроль субъектного состава экспертной комиссии на соответствие** требованиям приказа МЗ и СР РФ от 07.07.09 г. № 415н «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения».

VIII. **К дефектам оформления первичной медицинской документации, приведшим к невозможности оценить динамику состояния больного, объем и характер медицинской помощи, могут быть отнесены нарушения требований нормативных документов, устанавливающих формы медицинской документации и правила ее оформления патологоанатомической службой, в том числе:**

1. Отсутствие в патологоанатомическом диагнозе формулировки о нанесении вреда здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи по МКБ X пересмотра (коды 19-го и 20-го классов: T36-T50, T80-T88, X40-X49, Y40-Y84 для случаев смерти в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, возникших от любой из перечисленных причин).

2. Отсутствие в развернутом клинко-патологоанатомическом эпикризе:

- обоснования патологоанатомического диагноза;
- описания и обоснования характера осложнений и танатогенеза;
- описания и анализа проявлений патоморфоза в связи с проводившимся лечением;
- указания на совпадение или расхождение его с клиническим диагнозом, в последнем случае с указанием причины расхождения; для перинатальных вскрытий - с обоснованием связи болезни плода (новорожденного) с патологией родов и течением беременности матери;

- указания на выявленные недостатки в диагностике, лечении, обследовании умершего больного и в ведении медицинской карты стационарного больного или другой медицинской документации.

3. Нарушение требований к формулировке заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов являются едиными. Соблюдение этих требований (стандарта) должно быть неукоснительным для врачей всех специальностей и во всех медицинских организациях (Правила формулирования диагноза и сопоставления клинического диагноза и патологоанатомического, утвержденного руководителем Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и президентом Российского общества патологоанатомов).

3.1. Не допускается в качестве основного заболевания указывать только групповые (родовые) понятия, такие, как «Ишемическая болезнь сердца», «Хроническая ишемическая болезнь сердца», «Цереброваскулярная болезнь», «Хроническая обструктивная болезнь легких» и др., без последующего (после двоеточия) уточнения конкретной нозологической единицы (соответственно, например, «острый инфаркт миокарда», «постинфарктный (крупноочаговый кардиосклероз)», «ишемический инфаркт головного мозга», «хронический гнойный обструктивный бронхит в стадии обострения» и др.).

3.2. Не допускается в любой рубрике диагноза употребление некорректных терминов: «коронаросклероз», «коронарокардиосклероз», «церебросклероз», а также неточных: «смешанная энцефалопатия», «цирроз-рак печени», «асцит-перитонит», «инфаркт-пневмония» и им подобных.

3.3. Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы должны быть рубрифицированы, то есть всегда записаны в виде следующих трех рубрик диагноза:

«Основное заболевание» — при монокаузальном диагнозе представлено одним заболеванием (травмой), при бикаузальном («Комбинированное основное заболевание») — двумя нозологическими единицами (конкурирующими, сочетанными или основным и фоновым заболеваниями) при мультикаузальном («Полипатии») — тремя и более заболеваниями. Следует, по возможности, избегать формулировки диагноза с указанием более двух основных заболеваний и ограничиваться моно- или бикаузальными вариантами из-за особенностей дальнейшей статистической обработки медицинской информации и с целью соблюдения причинно-следственных (этиологических и патогенетических) принципов построения диагноза.

«Осложнения основного заболевания», включая смертельное осложнение при наступлении летального исхода.

«Сопутствующие заболевания».

Хирургические операции и лечебно-диагностические манипуляции (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются вместе с патологическими процессами (в тех же рубриках), по поводу которых они производились.

Не следует употреблять словосочетание «Состояние после ... (операции и др.)», а должно быть указано полное наименование (из медицинской карты больного) той или иной операции, медицинской манипуляции или процедуры и дата их проведения.

Необходимо рассматривать оперативные вмешательства, как прямые последствия хирургического заболевания, и, в соответствии с требованиями МКБ-10, считать послеоперационными все осложнения, возникшие в течение 4-х недель после хирургического вмешательства.

Нерубрифицированные заключительный клинический или патологоанатомический диагнозы непригодны для кодирования и статистического анализа, не подлежат сопоставлению (сличению заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов). Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз, независимо от своего содержания, расценивается как неверно оформленный. В случае нерубрифицированного заключительного клинического диагноза независимо от результатов патологоанатомического вскрытия выставляется расхождение диагнозов по II категории и субъективной причине — неверная формулировка (оформление) заключительного клинического диагноза.

3.4. В рубриках диагноза «Основное заболевание» и «Сопутствующие заболевания» на первом месте всегда должна стоять нозологическая единица (заболевание, травма, если это невозможно — синдром), имеющая код в МКБ-10. Далее идет уточнение ее формы, особенностей пато-, морфо-, и танатогенеза, указываются ее проявления. При необходимости эти проявления дополняются лабораторными, бактериологическими, биохимическими и другими данными. Патологоанатомический диагноз — всегда развернутый, комплексный, включающий все известные в данном конкретном случае морфологические, клинико-лабораторные и другие данные.

3.5. Перечислять осложнения нужно в патогенетической или временной последовательности. Среди всей группы осложнений основного заболевания выделяют одно важнейшее — смертельное осложнение (непосредственная причина смерти). Выделение более одного смертельного осложнения делает невозможным их достоверный анализ и статистический учет. Смертельное осложнение допустимо указывать в начале рубрики «Осложнения основного заболевания», нарушая их патогенетическую или временную последовательность.

3.6. Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются с красной строки отдельным абзацем (отдельной подрубрикой) после рубрики «Осложнения основного заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания». Осложнения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, патогенетически не связанные с основным заболеванием и его осложнениями — это особый вид ятрогенных патологических процессов.

4. Отсутствие заключения клинико-патологоанатомической конференции учреждения здравоохранения о категории расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.

5. Отсутствие выявленных патологоанатомом нарушений требований Инструкции о порядке назначения лекарственных средств, утв. приказом МЗ и СР РФ от 12.02.07 г. № 110:

5.1. Невыполнение стандартов медицинской помощи и требований перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств.

5.2. Назначение лекарственных средств (разовые, суточные и курсовые дозы) без учета тяжести, характера заболевания, возраста больного, стандарта медицинской помощи.

5.3. Отсутствие фиксации медицинских документах больного (истории болезни, амбулаторной карте, листе записи консультационного осмотра и пр.) назначения лекарственных средств

(наименование препаратов, разовая доза, способ и кратность приема или введения, ориентировочная длительность курса, обоснование назначения лекарственных средств.

5.4. Нарушение согласования назначения лекарственных средств специалистами.

6. Отсутствие выявленных патологоанатомом нарушений требований приказа МЗ и СР от 20.07.07 г. № 488 - использование в медицинских технологиях лекарственных средств и (или) изделий медицинского назначения с отклонениями от инструкций по медицинскому применению.

6.1. Отсутствие выявленных патологоанатомом нарушений требований официальной инструкции производителя лекарственного средства и требования Государственного реестра лекарственных средств Росздравнадзора относительно применения при беременности содержит пометки: - «С осторожностью» - официальные запреты на применение препарата в период беременности не установлены, научные сведения о возможности применения препарата в период беременности отсутствуют или противоречивы. Применение возможно только по строгим показаниям или при угрожающих жизни состояниях, при уверенности врача, что потенциальная польза от применения лекарства у беременных превышает возможный вред для плода; - «Запрещено» - имеются противопоказания к применению при беременности.

7. Отсутствие выявленных патологоанатомом нарушений требований порядков оказания медицинской помощи.

8. Нарушения порядка отмены патологоанатомических вскрытий:

- при невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти, вне зависимости от продолжительности пребывания больного в стационаре;
- при подозрении на передозировку или непереносимость лекарств или диагностических препаратов;
- в случаях смерти, связанных с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий во время или после операции переливания крови;
- в случаях смерти от инфекционного заболевания или подозрений на него;
- в случаях смерти от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;
- в случаях смерти от заболевания, связанного с последствиями экологических катастроф;
- беременных, рожениц и родильниц (включая последний день послеродового периода);
- всех умерших в лечебных учреждениях новорожденных, а также мертворожденных массой 500 г и более, длиной тела 25 см и более, при сроке беременности 22 недели и более;
- всех трупов детей, умерших в лечебных учреждениях, в возрасте от 7 суток до 14 лет включительно.

9. Нарушения порядка вскрытия трупов мертворожденных и новорожденных:

- отсутствие сообщения о недоставленном последе главному врачу родильного дома и вышестоящим органам здравоохранения;
- отсутствие гистологического исследования секционного материала и последов во всех 100 % вскрытий в соответствии с инструкцией по унификации микроскопических методов исследования для патологоанатомов педиатрического профиля;
- отсутствие при оценке патологоанатомических изменений необходимого указания на ятрогенную патологию, обусловленную реанимацией и интенсивной терапией, диагностическими манипуляциями.

10. Нарушение срока внесения в историю болезни патологоанатомического диагноза.

10.1 Нарушение срока внесения в историю болезни патологоанатомического диагноза - позднее 10 дней после вскрытия.

10.2. Невнесение и несвоевременное внесение изменений в патологоанатомический диагноз по данным гистологии. В случае изменения патологоанатомического диагноза после гистологического и других видов исследования, производят дополнительную запись в протоколе патологоанатомического исследования и медицинской карте стационарного больного, указывая окончательный патологоанатомический диагноз и одновременно направляет в органы ЦСУ новое свидетельство о смерти с отметкой «взамен предварительного» (не позднее, чем через две недели после выдачи предварительного свидетельства о смерти).

11. Отсутствие выявления нарушений требований при переливании компонентов крови и Извещения о посттрансфузионном осложнении в соответствующих случаях.

12. Отсутствие Карты донесения о случае материнской смертности.

13. Невыполнение требований ч. 6. ст. 40 Закона РФ от 29.11.2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» - отсутствие в заключении (протоколе) патологоанатома оценки:

- правильности выбора медицинской технологии,
- степени достижения запланированного результата
- и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

14. Невыполнение требований пп. 5, 20-21 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФОМС от 01.12.10 г. № 230 - отсутствие в заключении (протоколе) патологоанатома оценки:

- соответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья умершего;
- соответствия оказанной медицинской помощи стандартам медицинской помощи;
- соответствия оказанной медицинской помощи официальным порядкам ее оказания;

- соответствия медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством, нормативными актами уполномоченных органов исполнительной власти, правилами техники безопасности и условиями оказания медицинской помощи;
- наличия затруднений стабилизации имеющегося у пациента заболевания, повышения риска прогрессирования имеющегося заболевания, повышения риска для возникновения нового патологического процесса (патоморфоза).

Методические указания МЗ РСФСР № 1523/01-04 от 17.11.1993 приводят основные положения, на которые следует обратить внимание при проведении патологоанатомического исследования при наличии жалоб родственников на неправильную диагностику и лечение. Анализ медицинской карты стационарного больного должен отражать следующие положения:

1. Дату и час поступления, кем направлен больной и с каким диагнозом. В случае жалобы на врачей скорой помощи перед историей болезни изучаются документы станции (подстанции) скорой медицинской помощи.
2. Время осмотра в приемном отделении, жалобы, анамнез заболеваний и объективный статус (результаты анализов инструментальных исследований) и диагноз при поступлении.
3. Назначенное лечение (медикаментозное, оперативное и др. виды лечения). Все медикаменты группируются по группам (антибактериальные средства: антибиотики, сульфаниламидные и др. препараты, производные нитрофурана и др.; сердечно-сосудистые средства; анальгетики и др.) с указанием дозы и способа применения.
4. При оперативном лечении: показания к операции, предоперационная подготовка, ее продолжительность, характер анестезиологического пособия, описание операции и удаленных органов, продолжительность операции, объем кровопотери, послеоперационный диагноз.
5. Наблюдение и лечение в последующие дни на основании дневниковых записей, обратив особое внимание на положительную или отрицательную динамику в состоянии больного, изменения в медикаментозном или иных видах лечения.
6. Динамика лабораторных показателей и результатов повторных инструментальных методов исследования.
7. Показания к повторным оперативным вмешательствам, их характер и все прочие сведения, изложенные выше, характеризующие оперативное вмешательство.

При этом имеет место следующая логическая последовательность составления заключения:

1. Прежде всего, определяется характер заболевания у больного (потерпевшего). Фактически подобная, нередко постмортальная диагностика основывается на тех же основных приемах врачебной диагностики, анализе и синтезе полученных данных и их сравнении с симптомами, синдромами, характерными для различных заболеваний, повреждений и состояний. Однако подобная диагностика имеет свои особенности, отличающие ее от клинической диагностики: отсутствие, чаще всего, самого объекта исследования, использование информации из различных источников, порой недоступных лечащему врачу; отсутствие довлеющего фактора времени; невозможность, чаще всего, провести дополнительные исследования, хотя некоторые из них

можно повторить (гистологические исследования, повторный просмотр рентгенограмм, ЭКГ-грамм и др.).

2. После установления характера патологического процесса, решается вопрос о правильности диагностики и ее своевременности на каждом этапе оказания медицинской помощи (путем сличения диагноза, установленного экспертной комиссией и диагнозов различных ЛПУ). При этом возможны следующие варианты выводов: а) диагноз установлен правильно, своевременно; б) диагноз установлен правильно, но не своевременно; в) диагноз установлен неправильно.

Естественно, что самым идеальным случаем является тот, когда диагноз заболевания установлен правильно и своевременно, что говорит о высоком уровне диагностического процесса в данном ЛПУ. В других случаях, констатируя факт неправильной или несвоевременной диагностики, необходимо указать причины этого и наличие в лечебном учреждении возможностей (кадровых и материально-технических) для правильного и своевременного установления диагноза.

Причины неправильной и несвоевременной диагностики:

1. Кратковременность пребывания больного в стационаре и его тяжелое состояние, не позволяющее собрать подробный анамнез и провести необходимые исследования;
2. Недообследование больного, при этом следует указать, что полнота и глубина обследования определяется не числом проведенных лабораторных и инструментальных исследований, которые порой не безразличны для больного, а выполнением тех, которые действительно нужны и целесообразны. Полнота обследования свидетельствует о добросовестном отношении врача к своим обязанностям;
3. Переоценка или недооценка анамнестических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований;
4. Переоценка или недооценка данных врачей-консультантов;
5. Отсутствие наблюдения за больным в динамике;
6. Атипичное течение заболевания;
7. Недостаточная осведомленность врачей о клинике заболевания вследствие его крайне редкой распространенности в данной местности.

При этом возможно несколько вариантов выводов: 1) лечение правильное, своевременное; 2) правильное, но не своевременное; 3) показанное, но не достаточно интенсивное; 4) лечение неправильное, но не противопоказанное больному; 5) лечение неправильное, полностью или частично противопоказанное больному; 6) лечение хотя и не противопоказанное, но принципиально недостаточное.

При оперативном лечении возможны следующие выводы:

- 1) оперативное лечение проведено по показаниям, своевременно и технически правильно;
- 2) операция была показана, выполнена правильно, но не своевременно;

3) при своевременно выполненной по показаниям операции, последняя проведена неправильно или в ходе ее допущены технические ошибки (нарушение оперативной технологии, оставление предметов в полостях тела, нарушение целостности анатомических образований сосудов, нервов, органов и др.);

4) противопоказанное лечение либо не оказало существенного влияния на течение болезни, либо способствовало прогрессированию процесса и ухудшению состояния больного с наступлением смертельного исхода.

Следует помнить, что установив причину смерти, необходимо определить взаимосвязь между недостатками и упущениями в лечении и наступившим смертельным исходом. Эта связь может быть прямой, когда неправильное лечение непосредственно привело к смерти, либо косвенной, когда оно способствовало снижению защитных сил и сопротивляемости организма, переход в хроническую форму, нарушению функций жизненно важных органов.

Нередко необходимо решать вопрос о возможностях спасения жизни больного (пострадавшего). Здесь возможны три вида ответов:

1) отрицательный при наличии запущенных форм заболеваний или несовместимых с жизнью травм;

2) неопределенный, когда исход предсказать не представляется возможным;

3) положительный при заболеваниях, травмах и патологических состояниях, которые в большинстве случаев заканчиваются смертельным исходом.

При этом из представленного документа должны четко усматриваться три положения:

1. Действия медицинского работника (работников) в анализируемом конкретном случае были объективно неправильными и находятся в противоречии с общепризнанными правилами медицины.

2. Медицинский работник должен был сознавать, что действия его являются неправильными, находятся в противоречии с определенными правилами и установками медицины, а потому могут причинить вред больному. В случае каких-либо сомнений, он должен обратиться к учебникам, руководствам, справочной литературе, консультациям более опытных и компетентных специалистов, т.е. сделать все необходимое для того, чтобы исключить саму возможность неправильных медицинских действий, способных причинить ущерб больному. Если это не сделано, на лицо ненадлежащее выполнение своих обязанностей, что является одним из оснований для наступления уголовной ответственности.

3. Эти объективно неправильные действия способствовали (прямо или косвенно) наступлению неблагоприятных последствий, смерти больного или причинению ему существенного вреда (повреждения адекватного тяжкому или менее тяжкому телесному повреждению).

IX. Классификация дефектов оказания помощи в акушерстве и гинекологии

Одной из самых рискованных с учетом количества судебных исков в медицине является акушерство и гинекология. Во многом это обусловлено явным отставанием нашей страны от прогресса в этой

области, судя по официальным данным о материнской и младенческой смертности, что связано, в том числе с халатностью или малограмотностью специалистов.

В соответствии с Гражданским кодексом РФ (ГК РФ) и действующим законодательством гражданская ответственность для учреждения здравоохранения перед пациентом может наступить при следующих обстоятельствах:

- при неосторожном причинении вреда здоровью в процессе оказания медицинской помощи или в результате отказа в ее предоставлении;
- при причинении вреда здоровью ненадлежащим исполнением медицинской услуги независимо от вины причинителя вреда;
- при причинении вреда здоровью вследствие недостоверной или недостаточной информации о медицинской услуге независимо от вины причинителя.

Для оценки вреда здоровью, причиненного пациенту в процессе оказания ему медицинской помощи, в соответствии с Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» эксперты страховых медицинских организаций проводят экспертизу качества оказанной медицинской помощи.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. N 522 утверждены новые Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, которые вступили в законную силу с 24 августа 2007 года.

В соответствии с данными правилами под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психических факторов внешней среды. Вред, причиненный здоровью человека, определяется в зависимости от степени его тяжести (тяжкий вред, средней тяжести вред и легкий вред) на основании квалифицирующих признаков и в соответствии с медицинскими критериями определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утверждаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Квалифицирующими признаками тяжести вреда, причиненного здоровью человека, являются:

а) в отношении тяжкого вреда:

- вред, опасный для жизни человека;
- потеря зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрата органом его функций;
- прерывание беременности;
- психическое расстройство;
- заболевание наркоманией либо токсикоманией;
- неизгладимое обезображивание лица;
- значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть;
- полная утрата профессиональной трудоспособности;

б) в отношении средней тяжести вреда:

- длительное расстройство здоровья;
- значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть;

в) в отношении легкого вреда:

- кратковременное расстройство здоровья;
- незначительная стойкая утрата общей трудоспособности.

Для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, достаточно наличия одного из квалифицирующих признаков. При наличии нескольких квалифицирующих признаков тяжесть вреда, причиненного здоровью человека, определяется по тому признаку, который соответствует большей степени тяжести вреда.

Приказом МЗ и СР РФ от 20 июля 2007 г. № 488 утвержден Административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий, который вводит новые понятия, необходимые в менеджменте качества медицинской помощи:

- новые медицинские технологии - впервые предлагаемые к использованию на территории РФ или усовершенствованные совокупности методов (приемов, способов) лечения, диагностики, профилактики, реабилитации, средств, с помощью которых данные методы осуществляются, а в некоторых случаях и способ получения средства, применяемого в данной технологии.

Методы и средства, применяемые в новых медицинских технологиях, могут включать в себя использование лекарственных средств и изделий медицинского назначения при условии, что они зарегистрированы в установленном порядке в РФ и используются в строгом соответствии с утвержденными при регистрации инструкциями по медицинскому применению. Использование в новых медицинских технологиях зарегистрированных в РФ лекарственных средств и (или) изделий медицинского назначения с отклонениями от инструкций по медицинскому применению не допускается;

- классификация медицинских технологий в зависимости от степени потенциального риска применения в медицинских целях по трем классам:

- класс 3 - медицинские технологии с высокой степенью риска, включающий в себя медицинские технологии, оказывающие прямое (хирургическое) воздействие на органы и ткани организма (за исключением медицинских технологий, относящихся ко 2-му классу); пластические реконструктивные операции; медицинские технологии, связанные с использованием клеточных технологий и генных манипуляций, трансплантации органов и тканей;
- класс 2 - медицинские технологии со средней степенью риска, включающий в себя медицинские технологии, оказывающие прямое (хирургическое) воздействие на кожу, слизистые оболочки и естественные полости организма;

терапевтические, физиотерапевтические и хирургические манипуляции в дерматокосметологии;

- класс 1 - медицинские технологии с низкой степенью риска, включающий в себя прочие медицинские технологии.

В отсутствие прямого нормирования действий медицинских работников по оказанию медицинской помощи пациенту в здравоохранения приказами МЗ и СР РФ в силу вступают нормы статей 5 и 309 ГК РФ, которые в качестве основы экспертного решения (доказательства) утверждают обычай делового оборота и обычно предъявляемые требования. Обычаем делового оборота признается сложившееся и широко применяемое в какой-либо области предпринимательской деятельности правило поведения, не предусмотренное законодательством, независимо от того, зафиксировано ли оно в каком-либо документе. При этом обязательства, взятые на себя учреждением здравоохранения по оказанию медицинских услуг надлежащего качества, должны исполняться надлежащим образом в соответствии с условиями договора и требованиями закона, иных правовых актов, а при отсутствии таких условий и требований - в соответствии с обычаями делового оборота или иными обычно предъявляемыми требованиями.

В качестве обычаев делового оборота или иных обычно предъявляемых требований могут быть представлены различные источники медицинских знаний, в том числе, учебники, монографии, руководства для врачей, справочники по отдельным медицинским дисциплинам, а также данные современной медицинской науки в форме журнальных статей, тезисов докладов ведущих ученых, резолюций и постановлений съездов, совещаний, симпозиумов и научно-практических конференций ученых и врачей по различным видам медицинской деятельности (терапия, хирургия, гинекология и т.д.).

Приказом Министерства здравоохранения СССР от 24 октября 1989 г. № 584 утверждены Инструктивно-методические указания «Методика анализа материнской смертности», которая предусматривает подразделение случаев материнской смертности на две группы:

1. Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами, т.е. смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин.
2. Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, т.е. смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, возникшей в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.

В соответствии с приказом МЗ СССР от 24 октября 1989 г. № 584 и Методическими рекомендациями МЗ и СР РФ № 384-ПД/613 (2006) «Технология анализа причин материнской смертности» при анализе первичной медицинской документации умерших беременных, рожениц и родильниц следует обратить особое внимание на:

- качество оказания медицинской помощи в стационаре:

- тип учреждения, в которое была госпитализирована женщина для родоразрешения, оказание ей квалифицированной помощи в полном объеме при наличии патологии;

- своевременность вызова дежурной акушеркой врача акушера - гинеколога;
- квалификация врача акушера-гинеколога и акушерки, проводивших роды;
- своевременность и полноту объема оказанной экстренной хирургической помощи;
- необходимость консультативного осмотра и своевременность его осуществления;
- наличие индивидуального конкретного плана ведения родов;

- обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи беременной, роженице и родильнице на всех этапах.

При анализе первичной медицинской документации умерших беременных, рожениц и родильниц следует обратить особое внимание на:

1. Качество наблюдения в женской консультации:

- срок беременности, при котором женщина взята на учет;
- регулярность наблюдения;
- своевременность и объем обследования;
- своевременность и достаточность лечения при выявлении патологии;
- наличие и выполнение индивидуального плана наблюдения за беременной с учетом факторов риска перинатальной патологии;
- своевременность консультативного осмотра и госпитализации.

2. Качество оказания медицинской помощи в стационаре:

- тип учреждения, в которое была госпитализирована женщина для родоразрешения, оказание ей квалифицированной помощи в полном объеме при наличии патологии;
- своевременность вызова дежурной акушеркой врача акушера - гинеколога;
- квалификация врача акушера - гинеколога и акушерки, проводивших роды;
- своевременность и полнота объема оказанной экстренной хирургической помощи;
- необходимость консультативного осмотра и своевременность его осуществления;
- наличие индивидуального конкретного плана ведения родов.

3. Обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи беременной, роженице и родильнице на всех этапах.

При анализе первичной медицинской документации беременных, рожениц и родильниц, умерших от кровотечения при беременности и родах, обратить особое внимание на:

- наличие факторов, предрасполагающих к кровотечению;

- применение экспресс - методов диагностики нарушений свертывающей и антисвертывающей систем крови (метод Ли-Уайта, Рутберга);
- проведение профилактики кровотечения в родах;
- методы остановки кровотечения и их своевременность;
- своевременность гемотрансфузии с учетом групповой и резус - совместимости;
- восполнение кровопотери (кровь, ее компоненты и кровезаменители, сроки заготовки и хранения);
- своевременность оказания помощи (наличие бригад в составе акушера - гинеколога, хирурга, анестезиолога - реаниматолога, операционной сестры, акушерки и др.);
- своевременность и полнота объема произведенного оперативного лечения.

При проведении анализа смерти беременных, рожениц и родильниц от экстрагенитальных заболеваний необходимо выяснить:

- своевременность диагностики экстрагенитального заболевания в амбулаторно - поликлинических условиях, обеспечение диспансерного наблюдения терапевтом или врачом другой специальности, проведение консультативных осмотров;
- наличие сочетанного токсикоза беременности и своевременность его диагностики;
- своевременность решения вопроса прерывания беременности при наличии медицинских показаний;
- своевременность и качество соответствующей корригирующей терапии, профиль лечебно - профилактического учреждения;
- наличие показаний и своевременность досрочного родоразрешения;
- тактика ведения родов с учетом экстрагенитальной патологии;
- участие терапевта или другого специалиста в ведении родов и послеродового периода.

При анализе первичной медицинской документации женщин, умерших от септических заболеваний, обратить особое внимание на:

- наличие предрасполагающих факторов (очаг инфекции, длительный безводный промежуток, затяжные роды, многократные влагалищные исследования, кровотечение при беременности и родах, ручное вхождение в матку, оперативные роды, в т.ч. операция кесарева сечения без учета противопоказаний, токсикозы беременности, анемия, экстрагенитальные заболевания, эндокринопатия, факт вмешательства с целью прерывания беременности);
- наличие условий и противопоказаний для прерывания беременности и оперативного родоразрешения;
- своевременность госпитализации в стационар при возникновении послеродовых или послеабортных осложнений;

- правильность оценки состояния женщины при поступлении и своевременность диагностики септического заболевания;
- проведение посевов и исследований на чувствительность к антибиотикам;
- своевременность назначения, оптимальность дозировки и сочетания антибактериальных препаратов;
- своевременность и достаточность проведения других методов консервативной терапии;
- своевременность и полноту объема оперативного вмешательства (при перитонитах, в т.ч. после операции кесарева сечения, септическом шоке, гнойном мастите и др.), адекватность обезболивания.

При смерти беременных, рожениц и родильниц от токсикозов беременности следует обратить особое внимание на:

- наличие экстрагенитальной патологии;
- своевременность диагностики токсикоза беременности в женской консультации;
- своевременность госпитализации в стационар;
- полноту обследования, качество и своевременность оказания медицинской помощи на всех этапах;
- длительность стационарного лечения;
- обоснованность выписки беременной (срок при выписке) и родильницы из стационара;
- проведение досрочного прерывания беременности по показаниям;
- метод обезболивания и его адекватность при проведении манипуляций;
- проведение ранней амниотомии, выключение потуг (акушерские щипцы, экстракция плода за тазовый конец);
- проведение профилактики кровотечения в родах;
- оказание анестезиологической помощи в родах, применение управляемой гипотонии ганглиоблокаторами;
- анализ случая эклампсии, имевшего место в стационаре;
- объем медицинской помощи при возникновении приступа эклампсии вне лечебно - профилактического учреждения, транспортировка в стационар.

При смерти беременных, рожениц и родильниц от разрыва матки обратить внимание на следующее:

- разрыв матки произошел: в лечебном учреждении или вне (дома, при транспортировке), во время беременности или в родах, самопроизвольный или насильственный, полный или неполный;
- факторы, способствующие разрыву матки: наличие рубца на матке (после перфорации при аборте, консервативной миомэктомии, кесарева сечения, особенно корпорального, предшествующих разрывов матки), наличие

механических препятствий (анатомически или клинически узкий таз, неправильное положение и предлежание плода, уродства плода, крупный и гигантский плод, опухоли в малом тазу), наличие в анамнезе аборт, в т.ч. внебольничных, воспалительные заболевания женских половых органов, инфантилизм и пороки развития матки, частые повторные роды, многоплодие, многоводие, аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация и др.), травма (удар в живот, падение на живот и др.), неправильное применение сокращающих матку средств, производство акушерской операции при отсутствии условий и показаний;

- своевременность госпитализации беременной в стационар при наличии предрасполагающих факторов;
- правильность тактики ведения родов с учетом имеющейся патологии;
- своевременность диагностики разрыва матки (угрожающего, начавшегося, совершившегося);
- транспортировка в стационар;
- своевременность и объем оперативного лечения;
- своевременность и адекватность восполнения кровопотери;
- проведение противошоковых мероприятий;
- правильность ведения послеоперационного периода.

В случае смерти женщин от внематочной беременности следует обратить внимание на:

- время от момента обращения за медицинской помощью до госпитализации, транспортировку;
- тип лечебно - профилактического учреждения, возможность оказания urgentной помощи в нем;
- своевременность обследования, установления диагноза и оперативного лечения;
- объем оперативного лечения, послеоперационное ведение;
- объем и своевременность восполнения кровопотери;
- адекватность и своевременность проводимых противошоковых мероприятий и консервативного лечения.

При анализе первичной медицинской документации женщин, умерших от искусственного медицинского аборта, необходимо обратить особое внимание на:

- полноту и своевременность обследования женщины, в т.ч. выявление экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности;
- срок беременности, при котором произведено прерывание;
- обоснованность прерывания беременности во II триместре (наличие медицинских и немедицинских показаний);
- метод прерывания беременности;
- адекватность обезболивания;

- профилактику и своевременность выявления осложнений прерывания беременности, в т.ч. перфорации матки, перитонита, сепсиса и др.;
- полноту и своевременность консервативного, в т.ч. антибактериального лечения;
- полноту и своевременность оперативного лечения.

Анализируя первичную медицинскую документацию женщин, умерших от аборт, начатых и начавшихся вне лечебного учреждения и неустановленного характера, необходимо обратить особое внимание на следующее:

- обращение по поводу данной беременности в женскую консультацию;
- наличие факта вмешательства с целью прерывания беременности, характер вмешательства;
- длительность времени с момента вмешательства до обращения за медицинской помощью и до госпитализации;
- проведение амбулаторного лечения по поводу осложнения аборта врачами других специальностей (терапевтом, инфекционистом и др.);
- тип лечебно - профилактического учреждения (отделения), в которое госпитализирована больная (инфекционное, терапевтическое и т.д.);
- правильность оценки состояния женщины при поступлении, полноту и своевременность обследования;
- своевременность осмотра больной врачом акушером - гинекологом и врачами других специальностей (по показаниям);
- своевременность установления диагноза осложнений, полноту лечения;
- своевременность и объем оперативного лечения.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июня 2006 г. № 500 утверждена экспертная оценка качества медицинской помощи при материнской смерти и перечень дефектов оказания медицинской помощи:

0) нарушение транспортировки до помещения в стационар;

1) дефектов не выявлено;

2) дефекты госпитализации:

2.1 - госпитализирована не в профильный стационар (отделение);

2.2 - нарушение перемещения внутри стационара;

2.3 - не госпитализирована в стационар высокой степени риска;

2.4 - задержка с переводом в другой стационар (отделение);

3) досрочная выписка из стационара при предыдущих госпитализациях, в т.ч.:

3.1 - во время беременности;

3.2 - после родов (аборта, внематочной беременности);

4) недостатки диагностики:

4.1 - неполная;

4.2 - несвоевременная;

4.3 - недооценка тяжести состояния;

4.4 - отсутствие динамического наблюдения;

4.5 - недооценка величины кровопотери;

4.6 - ошибка в диагнозе;

5) не установлен диагноз:

5.1 - осложнения беременности;

5.2 - осложнения родов;

5.3 - осложнения послеродового периода;

5.4 - осложнения аборта;

5.5 - осложнения внематочной беременности;

5.6 - экстрагенитального заболевания;

6) недостатки обследования:

6.1 - недоучет анамнестических и клинических данных;

6.2 - недоучет или переоценка данных лабораторно-инструментального обследования;

6.3 - недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов;

6.4 - недоучет или переоценка заключений консультантов.

Определены факторы, которые могли бы предотвратить летальный исход:

1) своевременная госпитализация пациентки;

2) социальное благополучие;

3) более ранняя диагностика патологического состояния;

- 4) медико-генетическое консультирование;
- 5) обследование смежными специалистами;
- 6) дополнительные методы исследования (УЗИ, рентгенодиагностика и др.);
- 7) правильная трактовка данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов;
- 8) своевременное адекватное лечение, в т.ч. оперативное;
- 9) своевременное и рациональное прерывание беременности;
- 10) квалифицированная анестезиолого-реанимационная помощь;
- 11) квалификация специалистов;
- 12) другие факторы (перечислить).

Данным нормативным документом определяются:

1. Основная причина материнской смерти:

- 1 – кровотечение;
- 2 - токсикоз беременности;
- 3 - сепсис (кроме экстрагенитального);
- 4 - разрыв матки;
- 5 - акушерская эмболия: 5.1 - воздушная; 5.2 - ЭОВ; 5.3 - ТЭЛА;
- 6 - анестезиолого-реанимационные осложнения: 6.1 - дефекты анестезии (наркоза); 6.2 - дефекты реанимации; 6.3 - дефекты инфузионно-трансфузионной терапии;
- 7 - экстрагенитальные заболевания;
- 8- прочие причины акушерской смерти.

2. Непосредственная причина смерти:

- 1- кровоизлияние в мозг;
- 2 - отек мозга;
- 3 - отек легких;
- 4 - острая почечно-печеночная недостаточность;

5 - острая сердечно-сосудистая недостаточность;

6 - геморрагический шок;

7 - септический шок;

8 - другие виды шока;

9 - полиорганная недостаточность;

10 - реанимационная болезнь;

11 – прочие.

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации установлены «Критерии качества медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период». При оказании амбулаторно-поликлинической помощи женщинам в период беременности качество медицинской помощи оценивается отсутствием следующих критериев:

- антенатальная гибель плода;
- врожденные аномалии развития, не выявленные во время беременности;
- разрыв матки до госпитализации;
- несвоевременная госпитализация при гестозе средней степени тяжести;
- несвоевременная госпитализация при переносенной беременности.

При отсутствии указанных критериев на оплату труда медицинского персонала направляются средства в размере 45 процентов от суммы перечисленных средств. При наличии одного или более критериев на оплату труда медицинского персонала направляются средства в размере от 35 до 44 процентов от суммы перечисленных средств.

При оказании стационарной помощи женщинам в период родов и послеродовой период качество медицинской помощи оценивается отсутствием следующих критериев:

- эклампсия в родах и послеродовом периоде;
- случаи родового травматизма новорожденного;
- разрывы промежности III-IV степени, разрывы шейки матки III степени, расхождение лонного сочленения;
- разрывы матки;
- гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде;
- поздняя неонатальная смерть новорожденного (7-27 день);
- осложнения послеродового периода, обусловленные задержкой частей плаценты;
- экстирпация матки при осложненных родах.

При отсутствии указанных критериев на оплату труда медицинского персонала направляются средства в размере 55 процентов от суммы перечисленных средств. При наличии одного или более критериев на оплату труда медицинского персонала направляются средства в размере от 40 до 54 процентов от суммы перечисленных средств.

С целью совершенствования и стандартизации экспертной работы по профилю акушерство-гинекология предлагается конкретная классификация дефектов качества медицинской помощи.

Информационным письмом Российского центра судебно-медицинских экспертиз МЗ и МП РФ № 25/01-07 от 14.01.1997 «Формы взаимодействия с органами территориального здравоохранения» введены в практику судебно-медицинской экспертизы:

1. Классификация дефектов оказания медицинской помощи

1.1. Дефекты организации оказания медицинской помощи (догоспитальный этап, госпитальный этап):

- нарушение преемственности в лечении;
- поздняя госпитализация;
- нарушение показаний и правил транспортировки;
- ошибочное врачебно-экспертное решение;
- ошибки ведения медицинской документации
- другие дефекты организации.

1.2. Дефекты диагностики (догоспитальный этап, госпитальный этап):

- поздняя диагностика;
- не распознано основное заболевание;
- не распознано осложнение, явившееся непосредственной причиной смерти;
- не распознаны другие осложнения или сопутствующее заболевание;
- другие диагностические дефекты.

1.3. Дефекты лечения (догоспитальный этап, госпитальный этап).

- дефекты назначения и выполнения хирургических операций;
- дефекты назначения и проведения медицинских процедур;
- дефекты назначения и проведения лекарственной терапии;
- другие дефекты лечения.

2. Причины дефектов оказания медицинской помощи:

2.1. Недостаточная квалификация медицинского работника.

2.2. Невнимательное отношение к пациенту.

2.3. Нарушение преемственности при ведении пациента.

2.4. Неполноценное обследование:

а) при наличии средств диагностики;

б) при отсутствии средств диагностики. Атипичное течение болезни или травмы.

2.5. Позднее обращение к медицинской помощи.

2.6. Нарушение пациентом предписанного порядка обследования или лечения.

2.7. Недостатки в организации лечебного процесса:

а) при полноценной обеспеченности лечебно-диагностическими средствами;

б) при недостаточном обеспечении или отсутствии необходимых лечебно-диагностических средств.

2.8. Объективные трудности при оказании медицинской помощи:

а) затруднение или отсутствие контакта из-за тяжести состояния пациента;

б) недостаточность или отсутствие анамнестической информации;

в) другие влияния, нарушающие контакт с пациентом при проведении лечения (алкоголизация, наркотическое опьянение и т.п.);

г) сложные технические, технологические, личностные и другие условия оказания медицинской помощи.

3. Методика изучения медицинских документов при выявлении и оценке дефектов оказания медицинской помощи:

3.1. Дата и время поступления пострадавшего в ЛПУ.

3.2. Условия транспортировки.

3.3. Характер медицинской помощи до госпитализации.

3.4. Общее состояние при поступлении.

3.5. Описание первичной картины повреждений.

3.6. Динамика изменений клинической картины, характер и время появления новых симптомов.

3.7. Операции: время операции, описание характера повреждений и хода оперативного вмешательства.

3.8. Консервативное лечение: характер, тип и объем трансфузионной терапии, суммарная доза гормональной и антибактериальной терапии.

3.9. Динамика клинической картины в послеоперационном периоде.

3.10. Результаты лабораторных исследований в динамике в сопоставлении с динамикой клинической картины.

3.11. Темп и характер умирания с обращением внимания на характер утраты основных жизненно важных функций (сердечной, дыхательной, центральной нервной системы).

3.12. Характер реанимационных мероприятий.

3.13. Время смерти.

3.14. Окончательный клинический диагноз. При сомнениях в правильности и своевременности диагностики обращается внимание на полный текст и дату всех выставленных в истории болезни диагнозов.

Нами разработана Классификация дефектов оказания медицинской помощи при оказании интенсивной терапии в акушерско-гинекологической практике, которая не является исчерпывающей и может дополняться и изменяться.

Классификация дефектов оказания медицинской помощи при оказании интенсивной терапии в акушерско-гинекологической практике:

I. Дефекты врачебных вмешательств в гинекологии.

II. Дефекты врачебных вмешательств при беременности.

III. Дефекты врачебных вмешательств во время родов и родоразрешения.

IV. Дефекты врачебных вмешательств в послеродовом периоде

V. Дефекты врачебных вмешательств в урогинекологической практике.

VI. Общие дефекты оперативного лечения в акушерско-гинекологической и урогинекологической практике

VII. Дефекты выполнения анестезии и проведения интенсивной терапии в акушерско-гинекологической практике.

I. Дефекты врачебных вмешательств в гинекологии.

1. Перфорация стенки матки при ее зондировании, расширении цервикального канала, выскабливании, пертубации с возможным маточным кровотечением и инфицированием брюшной полости.

2. Образование ложного хода в шейке матки при зондировании полости матки.

3. Ранения органов малого таза и кишок, кровоизлияния в клетчатку малого таза при кульдоскопии (пунктирование прямой кишки с повреждением ее стенки, кровотечением и инфицированием).

4. Газовая эмболия через поврежденные стенки сосудов при контроле за диагностическим выскабливанием, удалением полипа или миоматозного узла в процессе газовой гистероскопии, при пертубации.

5. Перфорация маточной трубы при пертубации.

6. Инфицирование при установлении внутриматочных контрацептивов.

7. Дефекты антибактериальной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза:

1) необоснованная моноантибиотикотерапия (макролиды, фторхинолоны или тетрациклины) при обнаружении специфического возбудителя (хламидии, гонококк) со смешанным характером инфекции;

2) гипердиагностика хламидиозов вследствие широкого применения неадекватных тестов и их свободной интерпретации с необоснованным назначением макролидов;

3) необоснованное назначение специфической антибактериальной терапии урогенитальных микоплазм и уреоплазм при отсутствии клинической симптоматики (обычные комменсалы не требуют специфического лечения, направленного на эрадикацию только данных возбудителей);

4) недостаточные дозы и курсы антибактериальных препаратов;

5) необоснованный отказ от антибактериальной терапии при назначении только иммунокоррекции, энзимотерапия и других методов с недоказанной и сомнительной эффективностью.

II. Дефекты врачебных вмешательств при беременности.

1. Дефекты при прерывании беременности, связанные с нарушением правил проведения аборта:

1) несоблюдение разрешенных сроков более или менее безопасных для прерывания беременности методом выскабливания;

2) нарушение условий и техники проведения аборта (необходимы надежная фиксация женщины на операционном столе, зондирование полости матки не только для установления ее длины, по и положения матки в малом тазу, правильная и полноценная фиксация матки во время расширения цервикального канала и кюретажа);

3) проведение операции без обезболивания;

4) нарушение правил асептики и антисептики и инфицирование с развитием острого эндометрита, метроэндометрита, параметрита, гнойного тромбофлебита, сепсиса;

5) неполное удаление элементов плодного яйца и развитие обильных кровотечений, требующих повторного выскабливания; плацентарный или децидуальный полип;

6) перфорация матки зондом, расширителем Гегара, кюреткой, абортцангом при недооценке состояния размягченной, растянутой беременной матки, при недооценке анамнестических данных (многократные аборты, эндометриты после родов и абортов, пузырный занос, консервативная миомэктомия в анамнезе), при отсутствии четкого представления у врача о расположении матки в малом тазу;

7) разрывы, прободение или надрывы мочевого пузыря, кишок и их брыжейки, мочеточников, сальника, широкой связки матки, шейки матки, периуретральной ткани; отрыв тела матки от шейки с последующим удалением матки.

2. Дефекты врачебных манипуляций у беременных и рожениц:

1) скальп-абсцессы, кровотечения, некрозы, сепсис у плода при прямой электрокардиографии; перекос винтовых электродов с их частичным смещением (отрывом), что может вызвать повреждение мягких тканей родовых путей матери;

2) повреждения режущим инструментом плаценты, пуповины и плода с развитием кровотечения при амниоцентезе;

3) разрывы околоплодных оболочек, кровотечения, прорезывания швов, пролежни, ишемия и отек шейки, гнойно-воспалительные процессы при наложении швов на шейку матки при истмико-цервикальной недостаточности.

3. Неотнесение или неправильное отнесение беременной и роженицы к группе риска.

III. Дефекты врачебных вмешательств во время родов и родоразрешения.

1. Ранения плода, плаценты, пуповины и развитие кровотечения при амниотомии.

2. Деформация головки плода, сдавление пупочных сосудов во время сокращения матки, амнионит, ущемление выпавшей пуповины в результате ранней амниотомии при неосложненных родах.

3. Ненадлежащее ведение родов, в том числе с развитием вторичной слабости родовой деятельности:

- нерациональное, неумелое и беспорядочное применение утеротонических средств;
- несвоевременное вскрытие плодного пузыря;
- ущемление губы шейки матки;
- несвоевременное распознавание узкого таза;
- несвоевременное распознавание неправильного вставления головки или положения плода;
- неумелое обезболивание родов.

4. Ненадлежащее ведение родов с развитием тетании или фибрилляции матки и внутриутробной гипоксии плода - повторные попытки акушерского поворота и наложения акушерских щипцов,

извлечения плода за тазовый конец, другие вмешательства без обезболивания, проводимые безуспешно из-за отсутствия акушерских условий или знания техники операции.

5. Повреждения мочеиспускательного канала, мочевого пузыря, мочеточников и почек, в том числе при оперативном акушерском вмешательстве.

6. Родовая травма у плода и новорожденного вследствие ненадлежащего акушерского пособия: субдуральное кровоизлияние, кровоизлияния в мозг и желудочках мозга, субарахноидальное кровоизлияние и разрыв мозжечкового намета, отек мозга, поражения лицевого нерва (его паралич) и других черепных нервов, повреждения позвоночника и спинного мозга, переломы костей черепа и других костей, повреждения внутренних органов.

- родовые повреждения, связанные с дистоцией плечиков вследствие:

- недучета факторов, предрасполагающих к дистоции плечиков (ожирение, сахарный диабет, переносимая беременность, вторичная родовая слабость, использование окситоцина (простагландинов) с целью возбуждения и стимуляции родовой деятельности, наложение полостных щипцов и вакуум-экстрактора в родах, неправильное оказание ручного пособия в родах;
- неправильно принятого решения о ведении родов через естественные родовые пути при: 1) отсутствии опытного специалиста, владеющего приемами оказания пособия при дистоции плечиков; 2) отсутствии опытного анестезиолога; 3) отсутствии опытного неонатолога, владеющего методами реанимации.

7. Неполноценное наложение швов на матку после оперативного родоразрешения.

8. Ранения стенки кишки и инфицирование брюшной полости в результате оперативного родоразрешения.

9. Передозировка фармакологических средств для общей анестезии во время оперативного родоразрешения.

10. Несвоевременное родоразрешение при преждевременном излитии околоплодных вод с развитием хориоамнионита, метроэндометрита и внутриутробным инфицированием плода.

11. Применение противопоказанных при беременности лекарственных средств.

12. Применение акушерских щипцов без достаточных показаний и возникновение повреждений мягких тканей, костей черепа, головного мозга плода и новорожденного.

13. Повреждение родовых путей, тазовых органов, мочеточников, перфорация стенки влагалища при применении акушерских щипцов без достаточных показаний.

14. Родовая травма новорожденного вследствие нарушения правил вакуум-экстракции плода: быстрое образование вакуума, непрерывные тракции, отклонение их от проводной оси таза, отрыв чашечки аппарата.

15. Травма мягких тканей родовых путей и повреждение мочеиспускательного канала при нарушении правил вакуум-экстракции плода.

16. Родовой травматизм:

- разрывы матки вследствие упущений при наблюдении за беременной женщиной в консультации и в акушерском стационаре во время родов: из-за недооценки анамнеза или данных клинического обследования, при недостаточно глубоком или неполном анализе симптомов, предшествующих разрыву; недоучета группы риска при патологически измененной матке вследствие ранее имевшихся на матке операций, дистрофических процессов в ее стенке после абортов, воспаления или аномалий миометрия врожденного характера; недостаточного знания акушерства с недооценкой сложности клинического течения родов; использование приема Кристеллера (давление на дно матки), родоразрешающих операций (плодоразрушающих, акушерских щипцов, вакуум-экстракции) при отсутствии условий и нарушении техники операции; при попытке поворота плода при запущенном поперечном положении; при экстракции (форсированном извлечении) плода за тазовый конец в случае неполного открытия маточного зева; при освобождении запрокинутых ручек плода, при извлечении последующей разогнутой головки плода; при длительной стимуляции (более 5 часов) окситоцином с превышением разовой дозы (10 ЕД), а иногда и суточной (20 ЕД), особенно у рожениц старше 30 лет, у многорожавших, при многоплодной беременности, крупном плоде, узком тазе;
- разрывы промежности, вульвы и влагалища как результат неправильного ведения нормальных физиологических родов при непредупреждении преждевременного разгибания и быстрого прорезывания головки; недостаточной защите промежности; недооценке крупного размера плода, неправильного вставления головки плода или быстрого ее прорезывания, высокой промежности, рубцовых изменений и функциональной неполноценности промежности, при узком тазе;
- несвоевременное выполнение эпизиотомии или перинеотомии;
- гематомы наружных половых органов и влагалища в результате повреждения сосудов в родах без нарушения целостности слизистой оболочки и кожного покрова чаще связаны с оперативным родоразрешением и встречаются при грубом, нерациональном ведении родов или оперативного вмешательства: при наложении акушерских щипцов, извлечении плода за тазовый конец, при выжимании последа и при грубом массаже матки;
- поздняя диагностика разрывов шейки матки с развитием инфицирования и послеродового септического состояния, расхождения швов, образования эндоцервицитов, эктропионов и эрозий шейки матки и шеечно-влагалищных свищей;
- отрыв влагалищных сводов от шейки матки вследствие недостаточно внимательного наблюдения за ходом родов, когда происходит значительное растяжение не нижнего сегмента, а сводов влагалища при высоком стоянии и полном растяжении наружного зева шейки матки;
- выворот матки травматического характера в последовом или раннем послеродовом периоде при расслабленной матке в результате грубых манипуляций при выделении последа - чрезмерно энергичного выжимания последа или потягивания за пуповину, а также при захвате рукой дна

гипотничной матки и стремлении выдавить послед, направляя усилия руки в сторону шейки матки;

- расхождения и разрывы сочленений таза в результате неправильного ведения (недоучет) родов у женщин с узким тазом, при крупном плоде, патологических вставлениях, а также при оперативном родоразрешении.

17. Неотнесение или неправильное отнесение беременной и роженицы к группе риска.

IV. Дефекты врачебных вмешательств в послеродовом периоде.

1. Генитальный свищ при нерациональном ведении родов.

2. Инфицирование операционной раны после кесарева сечения, инфицирование шва промежности.

3. Дефекты хирургической техники, расхождение швов промежности после ушивания, расхождение швов после эпизиотомии.

4. Гематома в области акушерско-гинекологической раны вследствие недостаточного гемостаза.

5. Вторичные наружное и внутреннее кровотечение при расхождении швов хирургических ран и их нагноении.

6. Послеродовые эндометриты, уретриты, циститы как результат несоблюдения правил асептики и антисептики в послеродовом периоде.

7. Нарушение правил антибактериальной терапии при развитии послеродового эндометрита (отсутствие антибактериальной терапии, назначение препаратов без учета эмпирической микробиологической чувствительности и данных бактериологических посевов, неадекватно низкие дозы и запрещенные сочетания антибиотиков и др.).

8. Плацентарный полип (особенно с развитием вторичного послеродового кровотечения и/или эндометрита) в результате недостаточного исследования последа, не проведения обследования полости матки при наличии дефекта плаценты или неполного ручного удаления элементов последа из полости матки.

9. Эмболия околоплодными водами и воздушная эмболия:

- при применении не зарегистрированных в России по показаниям «применение в акушерстве и гинекологии» неразрешенных утеротонических препаратов (например, мизопростол, торговое название – сайтотек);
- в результате недооценки и нарушении правил ведения родов при бурной родовой деятельности, тазовом предлежании плода, переносимой беременности и крупном плоде (или двойне), при ригидной шейке матки и несвоевременно вскрытии плодного пузыря;
- в результате недооценки волемиического состояния и неадекватной инфузионной поддержки с некомпенсированным низким венозном давлением

- в результате неправильного формулирования показаний к оперативному вмешательству на матке и ненадлежащего его выполнения;
- в результате недооценки опасности преждевременной отслойки плаценты и при ее предлежании, а также ненадлежащем выполнении профилактики и лечения этих состояний.

10. Синдром ДВС при недооценке условий его возникновения, ненадлежащем выполнении мероприятий его профилактики и лечения.

11. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии при недооценке условий ее возникновения, ненадлежащем выполнении мероприятий его профилактики и лечения, предусмотренных стандартом МЗ и СР РФ.

V. Дефекты врачебных вмешательств в урогинекологической практике.

1. Интраоперационная хирургическая травма мочеполовых органов, обусловленная недостаточным объемом урологических знаний у акушеров, недостаточной их квалификацией, своевременно не распознающих и не устраняющих неправильное предлежание плода, поздно диагностирующих наличие крупного плода, недооценивающих акушерский анамнез, недостаточно контролирующее регулярное опорожнение мочевого пузыря, не катетеризирующих мочеточники в заведомо трудных операциях, допускающих затягивание родов или накладывание щипцов при неполном раскрытии шейки матки,:

- ятрогенное травматическое повреждение мочеиспускательного канала в результате применения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода, при удалении паравагинальных кист, расположенных в переднем своде влагалища, фибром влагалища, во время передней кольпотомии по поводу гнойных процессов в паравезикальном или околоматочном пространстве, при пластике по поводу опущения стенок влагалища и выпадения матки, при удалении дивертикулов мочеиспускательного канала;
- ятрогенное травматическое повреждение мочевого пузыря возможно:
- при недооценке особенностей внутритазовых межорганных анатомо-топографических соотношений, имеющих не только при врожденных аномалиях, но и возникающих в результате воспалительных или дистрофических процессов;
- при травмировании вместе с удаляемой маткой и при всех видах лапаротомий;
- ошибочное удаление мочевого пузыря;
- ятрогенное травматическое повреждение мочеточников: захвачен клеммами, проколот, размозжен, резецирован, надрезан, перерезан скальпелем, ножницами, акушерскими щипцами, краниокластом, перевязан, поврежден диатермокоагулятором;
- хирургические тактические дефекты: выведение травмированного мочеточника в культю влагалища, в брюшинную полость, что закономерно приводит к развитию мочевого перитонита (при удалении мочевого пузыря мочеточники следует имплантировать в кожу с формированием уретерокутанеостомы или в кишку на протяжении с формированием мочеточниково-кишечной стомы);

- ошибочное удаление дистопированной почки при акушерско-гинекологических и урологических операциях в качестве кисты или опухоли яичника.
2. Ранения крупных кровеносных сосудов, локализованных в основании бедренного треугольника (бедренных артерии и вены) в результате лапаротомии при поперечном надлобковом разрезе.
 3. Гематомы в результате нарушения техники операции, непроведения тщательного гемостаза с прошиванием и лигированием сосудов.
 4. Повреждение петель тонкой и толстой кишок, крупных нервных стволов и сосудистых магистралей с профузным кровотечением при выполнении акушерско-гинекологических и урологических операций.

VI. Общие дефекты оперативного лечения в акушерско-гинекологической и урогинекологической практике

1. Оставление инородных тел в организме пациентки после оперативных вмешательств.
2. Дефекты выполнения оперативных вмешательств с помощью аппаратов электрохирургии.
3. Дефекты выполнения лапароскопических акушерско-гинекологических и урологических операций.
4. Назначение и применение фармакологических препаратов, противопоказанных при беременности и отдельных патологических состояниях роженицы.
5. Назначение и применение фармакологических препаратов в дозах, превышающих разрешенные.

VII. Дефекты выполнения анестезии в акушерско-гинекологической практике.

1. Нарушения режимов дозирования фармакологических препаратов для анестезии (передозировки анестетиков).
2. Невыполнение стандартов предоперационного обследования пациента.
3. Невыполнения стандартов диагностического наблюдения за течением анестезии.
4. Назначение и применение фармакологических препаратов, противопоказанных при беременности и отдельных патологических состояниях роженицы.
5. Назначение и применение фармакологических препаратов в дозах, превышающих разрешенные.
6. Дефекты выполнения эпидуральной и спинальной анестезии.
7. Дефекты катетеризации центральных вен.
8. Неадекватная инфузионная терапия.

9. Аспирационный синдром Мендельсона при недооценке его возникновения и неполноценной профилактике.

10. Нарушения правил интубации и неадекватное проведение ИВЛ.

11. Неправильное, нефизиологичное положение больного на операционном столе.

12. Неисправность или неправильный выбор аппаратуры и инструментов.

13. Дефекты при проведении сердечно-легочной реанимации (СЛР) :

1) задержка с началом СЛР, потеря времени на второстепенные диагностические, организационные и лечебные процедуры;

2) отсутствие единого руководителя, участие в реанимационных мероприятиях нескольких специалистов, отдающих разные распоряжения, присутствие посторонних лиц;

3) отсутствие постоянного контроля за эффективностью закрытого массажа сердца и ИВЛ;

4) отсутствие четкого учета проводимых лечебных мероприятий, контроля за выполнением назначений, контроля за временем;

5) переоценка нарушений кислотно-основного состояния, неконтролируемое введение натрия гидрокарбоната после непродолжительной клинической смерти или при недостаточно эффективной ИВЛ;

6) преждевременное прекращение реанимационных мероприятий;

7) ослабление контроля за больным после восстановления кровообращения и дыхания, недостаточное внимание к вторичной профилактике фибрилляции желудочков.

8) дефекты при проведении дефибрилляции:

- задержка с проведением дефибрилляции;
- плохо смоченные прокладки под электродами;
- электроды прижаты к грудной клетке недостаточно плотно;
- неправильно выбрана энергия разряда;
- повторение электрического разряда сразу после введения лекарственных препаратов без предшествовавшего проведения в течение 1 мин. закрытого массажа сердца;
- использование технически неисправного дефибриллятора;
- несоблюдение правил техники безопасности.

Указанная классификация дефектов оказания медицинской помощи при оказании интенсивной терапии в акушерско-гинекологической практике разработана на основе экспертной деятельности в системе ОМС в течение 1997-2002 годов, как попытка неспециалисту в области акушерства и гинекологии разобраться в многочисленных реальных и возможных дефектах оказания помощи. В

последующие годы она успешно применяется в экспертной деятельности в системе ОМС в страховых компаниях «Медстрах», «Ресо-Мед», «Росгосстрах-Медицина». По сути, классификация специально разрабатывалась для врача эксперта качества медицинской помощи страховой медицинской компании, который, не являясь специалистом в области акушерства и гинекологии, в силу сложившейся ситуации в системе ОМС обязан проводить плановые и целевые экспертизы качества медицинской помощи по этой специальности. Базисом для выполнения таких экспертиз является фактическая обязанность любого врача принять роды вне стационара, если возникает такая ситуация. Поэтому возможно допущение: если любой врач обязан осуществить принятие родов в экстренной ситуации, то он способен и оценить качество таковой помощи. Методическую помощь в таких случаях и призвана осуществлять приводимая классификация, которая, по сути, представляет собой перечень возможных дефектов. Особое значение это приобретает при введении в действие так называемых медико-экономических экспертиз, где данная классификация окажет существенную помощь эксперту. Врач-эксперт медицинской помощи при экспертизе медицинской документации обращает внимание на наличие в диагнозе или клиническом описании, протоколах и результатах различных исследований информации, совпадающей с наименованием дефекта. Иногда эта информация черпается непосредственно из окончательного диагноза (клинического или морфологического), но чаще (по нашим данным, в 65-70% случаев) такая информация в нарушение действующего законодательства отсутствует в диагнозах или скрыта, что требует активного ее выявления и формулирования экспертом.

Юридическая классификация отклонений от правил оказания медицинской помощи в уголовном праве (Санкт-Петербургский юридический институт Генеральной прокуратуры РФ):

Отклонения от правил оказания медицинской помощи можно классифицировать:

- по содержанию:

а) невыполнение в полном объеме обязательных предписаний и мер предосторожности, необходимых для достижения желаемого результата оказанной МП;

б) превышение профессиональных полномочий, выход за установленные границы обязательной (предписанной) медицинской деятельности по оказанию помощи пациентам;

- по характеру отклонения:

а) отрицательному:

отклонения, обусловленные преступной неосторожностью, включая превышение пределов состояния крайней необходимости и пределов обоснованного риска;

б) положительному:

- отклонения, связанные с обоснованным профессиональным риском, когда выполнение медицинского мероприятия по новой технологии разрешено к применению в установленном законом порядке, обусловлено достаточными научными разработками, апробировано на практике, на его проведение получено согласие пациента и исполнитель имеет достаточный опыт профессиональной деятельности;

- отклонения, обусловленные состоянием крайней необходимости, когда медработник, спасая жизнь пациенту, действует в условиях экстремальной ситуации, медицинские мероприятия проводятся по жизненным показаниям; в таких ситуациях, как правило, врач объективно лишен возможности в полном объеме соблюдать правила медицинской помощи, например, провести все необходимые диагностические исследования и т.д.

При проведении криминалистического анализа обстоятельств ятрогенного случая устанавливается соответствие (адекватность) врачебного процесса, выполненного в интересах конкретного пациента, существующим правилам оказания медицинской помощи и объективным условиям, в которых эта помощь оказывалась.

Адекватное оказание МП - это своевременное оказание пациенту обоснованной, в достаточном объеме, с соблюдением мер безопасности, оптимальной профессиональной помощи, позволившей получить наиболее благоприятный результат.

Адекватное оказание МП может иметь как благоприятный, так и неблагоприятный исход, который может быть обусловлен независимыми от врача обстоятельствами, например, нежелательными действиями пациента или его родных, экстремальной ситуацией оказания МП и т.п. Такое событие оценивается как несчастный случай, совершенные медиками действия признаются невиновными (ст. 28 УК РФ).

Своевременность оказания МП предполагает:

- принятие без промедления решения об оказании МП больному, роженице, пострадавшему;
- незамедлительное начало врачебного процесса в интересах конкретного пациента, нуждающегося в неотложных медицинских мероприятиях; -
- динамичное осуществление врачебного процесса в соответствии с требованиями медицинских технологических стандартов, правил оказания МП;
- принятие аргументированных решений о времени выполнения планируемых медицинских мероприятий и т.п.

Достаточность оказания МП оценивается объемом и видом выполненных медицинских мероприятий, необходимых для получения объективных данных, позволяющих обоснованно поставить нозологический диагноз, принять аргументированное решение о выборе тактики и методики лечения, о преимуществах пациента.

Обоснованное оказание МП предполагает выбор методики и тактики врачевания (диагностирования, лечения, преимущества), на основе продуманной логически выстроенной оценки результатов диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий и т.д.

Оптимальность оказания МП рассматривается как максимальное использование реальных ресурсов медицины, которыми располагал медицинский работник при оказании пациенту МП. Речь идет о научно-практических, материально-технических, кадровых возможностях определенного ЛПУ, а также учреждений здравоохранения региона и страны, позволивших выбрать наилучший вариант врачевания.

Практически всеми авторами подчеркиваются отсутствие в экспертной практике единого подхода к установлению причинно-следственных отношений, противоречия во взглядах на теоретические и практические аспекты решения этой проблемы, что может выражаться в необъективности и неполноте экспертных заключений при оценке медпомощи.

Прямая связь, имеющая уголовно-правовое значение, - это объективно существующая связь с последствием, когда деяние -

- предшествует по времени следствию;
- является главным его условием;
- создает реальную возможность его наступления, а последствие с неизбежностью (а не случайно) вытекает именно из этого деяния (Уголовное право России. Учебник для ВУЗов, т. I. Общая часть. - М.: Норма. - 1998. - С. 153).

В выводах СМЭ часто наблюдается неоднозначность определений при установлении признаков опосредованной связи. Это может объясняться:

- неопределенностью границ понятия "косвенная связь";
- неуверенностью экспертов в сопоставимости экспертных и юридических представлений об этом виде связей, приблизительным знанием о возможных юридических последствиях при точном обозначении этого вида связи в выводах;
- сложностью оценки и изменчивостью реакций биологических объектов вообще, а процесса оказания помощи особенно.

Как следует из анализа литературы, юридически значимой для наступления ответственности является только прямая связь, а юридически безразличной считается косвенная (случайная) связь. Это согласуется с представлениями о косвенной связи в медицине и делает вполне обоснованным употребление термина "косвенная связь" для обозначения опосредованной связи между оказанием медицинской помощи и неблагоприятным исходом, наступление которого происходит при действии комплекса сопутствующих условий.

Практическое значение для судебно-медицинской дифференцировки прямой и косвенной связей должны иметь следующие критерии:

- объективные факторы ненадлежащего оказания МП и неблагоприятного исхода;
- субъективные препятствия оказанию медицинской помощи со стороны больного;
- степень соблюдения стандартов МП применительно к данному ЛПУ;
- степень соблюдения общепринятых медицинских правил и рекомендаций;
- степень соблюдения соответствующих нормативных документов;
- сопоставление результатов оказания медицинской помощи в разных ЛПУ или разными врачами - при неоднократных обращениях для оказания помощи.

Причинно-следственные связи в судебной медицине (Федченко Т. М., 2004)

В основе оценки результатов, полученными любыми научными методами, лежат все четыре закона диалектической логики:

- закон тождества,
- закон непротиворечия,
- закон исключения третьего,
- закон достаточного основания.

Каждое положение, вывод, выдвигаемый тезис в научных и практических судебно-медицинских исследованиях должны быть аргументированы, мотивированы, обоснованы в соответствии со следующими логическими правилами:

- тезис должен быть сформулирован четко и ясно;
- формулировка тезиса должна быть постоянной на протяжении всего доказательства;
- аргументы должны быть истинными, доказанными и не противоречащими друг другу, независимыми от тезиса.

Причинно-следственные связи в судебной медицине: содержание, способы выявления и значение при механической травме (Хрусталева Ю.А., 2011)

1. Для полноценной и научно-обоснованной характеристики образования травмы и возможного (в случае переживания) посттравматического периода, классификация видов причин применительно к механической травме, заканчивающейся летальным исходом, должна предусматривать:

- выделение действующей причины, следствием которой является травма;
- характеристику причины по достаточности частей, образующих определенное следствие (полная, неполная);
- рассмотрение полной причины по количеству частей образующих следствие (простая, сложная), по отношению к структуре организма (целая, частичная);
- подразделение полной сложной причины по сочетанию частей, образующих следствие (соединение одновидовых, разновидовых компонентов).

2. Для рассмотрения связи возможных (от момента возникновения травмы до наступления летального исхода) причин со своим следствием в практике судебной медицины целесообразно использовать понятие причинно-следственной зависимости, с выделением в ее классификации групп: а) характеризующей образование травмы (механогенез); б) характеризующей посттравматический процесс (патогенез).

3. Критерии прямой (необходимой) причинно-следственной связи между явлениями при механической травме, заканчивающейся летальным исходом и приводящей к смерти, критерии не прямой (случайной) причинно-следственной связи между явлениями в случаях наступления смерти (прочего исхода) при механической травме, разработанные на основе признаков причинности, позволяют устанавливать вид причинной связи.

4. Технология экспертного исследования по установлению признаков причинной связи между механической травмой и смертью пострадавших, включающая последовательность, продолжительность действий экспертов, контрольную точку, проверку правильности результатов, позволяет судебно-медицинским экспертам эффективно решать в интересах судебно-следственных органов задачи по определению причинной связи механической травмы с летальным исходом.

Заключение. Таким образом, стандарт экспертной деятельности при выполнении экспертного исследования включает оценку и выявление:

- несоответствия медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством по обязательному медицинскому страхованию или условиям договора;
- нарушений требований нормативных актов уполномоченных органов исполнительной власти (стандарты и порядки оказания медицинской помощи);
- нарушений обычаев делового оборота, обычно предъявляемых требований в сфере здравоохранения;
- причинно-следственных связей дефектов и исходов оказания медицинской помощи;
- нарушений требований безопасности медицинской услуги;
- несоответствия медицинской помощи (услуги) целям, для которых данная медицинская помощь (медицинская услуга) обычно оказывается, выразившимся в причинении вреда жизни и здоровью застрахованных (пациентов); - нарушением прав застрахованных;
- неоптимального выбора технологии оказания медицинских услуг (неправильная диагностика, затрудняющая стабилизацию имеющегося у пациента заболевания; создание условий повышения риска для возникновения нового патологического процесса; нерациональное использование ресурсов медицинского учреждения);
- нарушений правил оформления медицинской документации;
- наличия признаков вины исполнителя:
- *легкомыслия* - лицо предвидело возможность наступления вреда в результате своих действий (бездействия), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на его предотвращение;
- *небрежности* - лицо не предвидело возможности наступления вреда в результате своих действий (бездействия), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло его предвидеть.

А. Старченко