



Путеводитель по клиническим рекомендациям для главврача

«АКТИОН» Медицина



Система
Главный врач

Оглавление

- 3 Глава 1. Как применять клинические рекомендации
- 12 Глава 2. Как внедрить клинические рекомендации в бюджетной больнице и частной клинике
- 26 Глава 3. Как Росздравнадзор проверит соблюдение клинических рекомендаций
- 29 Глава 4. Как страховые компании проверяют применение клинических рекомендаций
- 32 Глава 5. Как суд применяет клинические рекомендации

Авторы-составители



Игорь ИВАНОВ, генеральный директор ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, к. м. н.



Егор КОРЧАГИН, главный врач КГБУЗ «Краевая клиническая больница»



Наталья КОНДРАТОВА, главный врач стационара ОАО «Медицина», доцент РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д. м. н.



Алексей БЕРЕЗНИКОВ, доктор медицинских наук, руководитель дирекции МЭ и ЗПЗ «Альфастрахование-ОМС».



Ольга СУХОРУКИХ, и. о. начальника отдела медицинского обеспечения стандартизации Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи (ЦЭККМП)



Алексей ПАНОВ, юрист, управляющий ООО «Центр медицинского права», руководитель Омского регионального отделения «Ассоциация медицинских юристов»

Глава 1.

Как применять клинические рекомендации

Клинические рекомендации – это документы, которые разрабатывают медицинские профессиональные некоммерческие организации. Об этом сказано в части 2 статьи 76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Утверждает клинические рекомендации научно-практический совет при Минздраве.

Что такое клинические рекомендации

Клинические рекомендации – это документы, в которых устанавливают алгоритм ведения пациента, диагностики и лечения. Рекомендации основаны на данных доказательной клинической практики. Их создают, чтобы помочь практикующим врачам принять решение в конкретной клинической ситуации и оказать качественную медпомощь.

Разработчики с помощью рекомендаций планируют унифицировать требования к качеству оказания медицинской помощи. Если врач использует клинические рекомендации, он избегает необоснованных предписаний, назначает наиболее эффективные вмешательства, снижает вероятность врачебных ошибок.

В каждой клинической рекомендации есть краткая информация о заболевании, клиническая картина, критерии диагноза, прогнозы осложнений и риска, меры профилактики, диагноз по МКБ-10, пошаговый алгоритм действий врача, МНН препаратов, используемых для лечения, методы реабилитации и показания к диспансерному наблюдению.

Автор-составитель главы:

Ольга СУХОРУКИХ,
и. о. начальника отдела
медицинского обеспечения
стандартизации Центра
экспертизы и контроля качества
медицинской помощи
(ЦЭККМП)

На основе клинических рекомендаций оценивают качество медпомощи, разрабатывают порядки и критерии оценки качества медицинской помощи, создают типовые табеля оснащения и управления лечебно-диагностическим процессом. Кроме того, на базе клинрекомендаций создают алгоритмы действий врача при определенных нозологиях и состояниях, чек-листы для аудита исполнения клинических рекомендаций (приложение 1), стандартные операционные процедуры (приложение 2).

Кого назначить ответственным за соблюдение клинических рекомендаций

Руководитель выбирает сотрудника, который будет отвечать за наличие и обновление клинических рекомендаций в организации. Это может быть заместитель главврача по клинико-экспертной работе или заведующие клиническими отделениями.

Внесите в его должностную инструкцию позицию о том, что в его обязанности входит отслеживать обновления клинических рекомендаций и доводить эту информацию до сведения сотрудников.

Если должностная инструкция представляет собой приложение к трудовому договору, внесите изменения одновременно в трудовой договор и должностную инструкцию. Для этого составляется дополнительное соглашение.

Если должностная инструкция утверждена как самостоятельный документ, утвердите должностную инструкцию в новой редакции и изменения к должностной инструкции.

Должностную инструкцию в новой редакции утвердите приказом руководителя организации и ознакомьте с ней сотрудника под подпись (приложение 3).



Внимание

Клинические рекомендации доступны для медицинских работников на всей территории РФ и размещены на сайте cr.rosminzdrav.ru.

Как ознакомить медработников с рекомендациями

Медработники сами должны отслеживать изменения клинических рекомендаций. Однако, чтобы медицинской организации обезопасить себя от возможных санкций, рекомендуем заранее информировать работников об обновлении клинических рекомендаций.

Распорядитесь, чтобы клинические рекомендации были доступны персоналу круглосуточно в печатном или электронном виде. Если рекомендации представили на бумаге, то поручите обеспечить экземпляром каждого врача.

Ответственные лица должны провести обучение персонала по теме «Клинические рекомендации». Цель – научить врачей использовать клинические рекомендации в своей деятельности на каждом этапе лечения больного.

Приложение 1

Образец чек-листа «Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы»

Критерий	Отметка об исполнении		Комментарий
	Да	Нет	
Доезд бригады СМП в течение 20 минут с момента вызова (если применимо)			
Снятие ЭКГ в 12 отведениях в течение 10 минут с момента первого контакта с медработником			
Госпитализация в первые 6 часов от начала заболевания			
Определение концентрации сердечных тропонинов I и T в крови			
Рентгеновское исследование грудной клетки			
Адекватное обезболивание (введение наркотических анальгетиков при сохранении ангинозного приступа послеиспользования короткодействующих нитратов)			
Проведение пульсовой оксиметрии			
Дыхание кислородом через носовые катетеры со скоростью 2–8 л/мин при артериальной гипоксемии (насыщение артериальной крови кислородом < 90%)			
Начало проведения тромболитической терапии в течение 30 минут с момента первого контакта с медработником			
Начало реперфузионной терапии в течение 2 часов от начала заболевания			
Проведение реперфузионной терапии в течение 12 часов от начала заболевания			
Клинический анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов как минимум на 2-е сутки пребывания в стационаре			

Приложение 2 СОП при анафилактическом шоке

	«Городская больница № 1» Стоматологическое отделение	18-СОП-28-2018
		1 лист из 2
		Редакция № 1

Стандартная операционная процедура «Организация экстренной и неотложной помощи при анафилактическом шоке»

	Должность	Ф. И. О.	Подпись
Утвердил	<i>Главный врач</i>	<i>Сергеев Е.С.</i>	
Разработал	<i>Заведующая стоматологическим отделением</i>	<i>Веревкина К.Г.</i>	
Введен	<i>20.02.2018</i>		
Отменен			
Рассылка	<i>Сотрудники стоматологического отделения Городской больницы № 1, заведующий поликлиникой, отдел стандартизации и контроля качества</i>		
Изменение			
Место хранения	<i>Кабинет заведующей стоматологическим отделением, кабинет № 9, папка алгоритмов</i>		
Количество экземпляров	<i>1</i>		
Согласование	Должность	Ф. И. О.	Подпись
	<i>Заместитель главного врача по лечебной части</i>	<i>Грач Е.Р.</i>	



1. При наличии симптомов анафилактического шока администратор или ассистент стоматолога безотлагательно вызывает бригаду скорой медицинской помощи.
2. Скорую медицинскую помощь вызывают сразу даже при легких симптомах анафилактического шока, которые сопровождаются снижением артериального давления и изменением пульса.
3. После вызова скорой помощи ассистент стоматолога обеспечивает приток свежего воздуха в помещение и участвует в оказании первой медицинской помощи.
4. Ассистент стоматолога контролирует артериальное давление и пульс, успокаивает пациента, помогает его переложить на ровную твердую горизонтальную поверхность с приподнятыми ногами, прикладывает холод к месту введения аллергена, набирает в шприцы растворы для инъекций. При необходимости проведения сердечно-легочной реанимации ассистент участвует в ее выполнении.
5. После купирования анафилактического шока пациента госпитализируют, так как необходимо его дальнейшее наблюдение в связи с риском развития отсроченной фазы анафилаксии.

Приложение 3

Приказ о назначении ответственного за внедрение клинических рекомендаций и обучение сотрудников

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

«Больница № 1»

ИНН 7708123456, КПП 770801001, ОКПО 98756423

полное наименование организации

ПРИКАЗ

01.04.2019

№ 25

г. Москва

О назначении ответственного за внедрение клинических рекомендаций и обучение сотрудников

В целях исполнения требований статей 10 и 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», вступления в силу клинических рекомендаций «Артериальная гипертония у взрослых», «Артериальная гипертензия у детей», «Реноваскулярная артериальная гипертензия и ишемическая болезнь почек», «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы», «Стабильная ишемическая болезнь сердца», «Миокардиты», «Миокардит у детей», «Брадиаритмии», «Желудочковые аритмии у взрослых» в ГБУЗ «Больница № 1»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Ответственным за внедрение клинических рекомендаций и обучение сотрудников назначить заведующего отделением кардиологии Петрова И.И.
2. Ответственному лицу необходимо:
 - 2.1. Провести обучающие семинары по внедрению клинических рекомендаций с врачами соответствующих структурных подразделений в срок до 01.01.2020.

2.2. Обеспечить наличие электронного и бумажных вариантов клинических рекомендаций у каждого врача соответствующего структурного подразделения в срок до 01.01.2020.

2.3. Разобрать с врачами соответствующих структурных подразделений требования клинических рекомендаций.

2.4. После обучения ответить на вопросы врачей соответствующих структурных подразделений.

2.5. Провести второе занятие через 6 (шесть) месяцев после первого и разобрать ошибки, выявленные за время практической работы с клиническими рекомендациями.

2.6. Ежеквартально докладывать главному врачу ГБУЗ «Больница № 1» о показателях и ошибках за время практической работы с клиническими рекомендациями.

2.7. Дать предложения по совершенствованию организационных мероприятий и недостающему обучению по результатам первого этапа обучения.

2.8. Провести обучение среднего медицинского персонала в соответствующих структурных подразделениях по внедрению и исполнению клинических рекомендаций в срок до 01.01.2020.

2.9. Обеспечить ежедневное отслеживание на официальном сайте Минздрава России вновь опубликованных утвержденных клинических рекомендаций по данному направлению, своевременное доведение их до сведения врачей и среднего медицинского персонала, внедрение их в работу структурных подразделений (срок – постоянно).

2.10. Незамедлительно докладывать главному врачу о фактах и причинах, затрудняющих исполнение клинических рекомендаций.

2.11. Взять на личный контроль исполнение персоналом вверенных структурных подразделений клинических рекомендаций. По всем выявленным случаям нарушений исполнения незамедлительно принимать меры к их устранению и докладывать главному врачу.

3. Специалисту по кадрам Сосниной Л.А.:

3.1. Ознакомить назначенное ответственное лицо с настоящим приказом в пределах своей компетенции под подпись.

3.2. В случае временного отсутствия назначенного ответственного лица (отпуск, временная нетрудоспособность и др.) ознакомить с настоящим приказом временно заменяющего его работника под подпись.

4. Настоящий приказ вступает в силу с момента его подписания.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач _____ А.В. Блинов

С приказом ознакомлены:

Специалист по кадрам _____ Л.А. Соснина
01.04.2019

Заведующий отделением
кардиологии _____ И.И. Петров
01.04.2019

Глава 2. Как внедрить клинические рекомендации

Клинические рекомендации станут обязательными для всех с 1 января 2022 года. С 2019 по 2021 годы – переходный период, за который Минздрав планирует актуализировать действующие и разработать новые клинические рекомендации.

Изменения коснутся как бюджетных, так и частных медорганизаций. Как внедрить клинические рекомендации в государственной и коммерческой медорганизации, расскажем на примере двух медучреждений: Краевой клинической больницы города Красноярск и московского стационара ОАО «Медицина».

**Автор-составитель
раздела:**

Егор КОРЧАГИН, главный
врач КГБУЗ «Краевая клини-
ческая больница»

Как внедрить клинические рекомендации в бюджетной больнице

Сотрудники Краевой клинической больницы города Красноярск на основе клинических рекомендаций Минздрава разработали стандарты учреждения (СТУ) при оказании разных видов помощи.

Все процессы, которые нуждались в стандартизации, больница разделила на две группы: простые и сложные (технологичные). В простых процессах принимает участие один исполнитель. Для них достаточно разработать регламенты, инструкции, алгоритмы, схемы. Сложные или технологичные процессы – те, в которых участвует несколько взаимодействующих специалистов разного профиля. Для сложных процессов сотрудники больницы разработали стандарты учреждения (СТУ).

Кто разрабатывает СТУ: рабочая группа

Для разработки каждого стандарта создается рабочая группа. Ее состав зависит от направления, по которому разрабатывают стандарт. В рабочую группу обязательно входит врач-специалист, медицинская сестра, специалист по качеству, а также специалисты клинико-диагностических служб, клинический фармаколог, эпидемиолог и др. Рабочую группу курирует отдел системы менеджмента качества (СМК).

Вначале рабочая группа формирует черновик стандарта для обсуждения. Затем сотрудники обсуждают и вносят корректировки. Заседания проводят не реже раза в неделю, не больше часа. Обычно процесс занимает несколько месяцев. Окончательный вариант нужно согласовать со всеми членами рабочей группы и участниками процесса.

Согласованный стандарт утверждает приказом главный врач. В приказе он устанавливает срок внедрения стандарта, сроки обучения сотрудников, назначает ответственных за эти мероприятия. Утвержденный стандарт учреждения размещается на корпоративном портале больницы.

Как разрабатывают СТУ: структура стандарта

Больница начала внедрять стандарты в 2014 году с экстренной медпомощи пациентам в приемном отделении. На сегодняшний день в больнице разработано 104 стандарта. Некоторые из них имеют уже вторые и третьи версии.

Все стандарты краевой больницы имеют единую структуру и составляются по единой методике (приложение 4).

Все действия и коммуникации медперсонала лучше изображать графически, например с помощью квалиграмм (приложение 5). Любой этап медпомощи не только изображают графически, но и описывают текстом.

В каждый стандарт нужно ввести критерии качества. Все показатели в краевой больнице Красноярска можно

Какие критерии качества можно включать в СТУ

Тип критерия	Сам критерий
Содержательный	При подозрении на ОНМК всем пациентам необходимо сделать мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ)
Временной	МСКТ провести в течение 40 минут
Результирующий	Госпитализация в течение 60 минут пациента с ОНМК в отделение реанимации

отнести к трем типам критериев: содержательные, временные и результирующие (таблица 1).

Стандарт обязательно содержит алгоритмы подпроцессов. Например, алгоритм принятия решения при проведении диагностических процедур.

В зависимости от результата исследования врач действует по одной из четырех схем: направляет пациента на операцию или на дальнейшее обследование.

В каждом СТУ есть ссылки на актуальные нормативные документы, на основе которых сформулированы требования локального акта.

Отдел СМК хранит оригинал СТУ, а учтенную копию выдает в клинические отделения. Электронный вариант СТУ размещен на корпоративном портале больницы и доступен любому сотруднику круглосуточно.

Как обучить сотрудников работать по стандартам

Обучение проводит сотрудник, который указан как ответственный в приказе об утверждении стандарта и в самом стандарте. Обучать нужно всех участников процесса. На обучении куратор подробно рассматривает с обучаемыми сотрудниками схему процесса (квалиграмму), разбирает текстовые комментарии, алгоритмы, чек-листы и другие приложения стандарта, отвечает на все возникающие вопросы. При необходимости проводит

тренировки на рабочих местах, чтобы сотрудники уяснили последовательность действий.

В каждой учтенной копии стандарта учреждения есть ведомость обучения и ознакомления со стандартом. В этой ведомости сотрудники подтверждают подписью, что они прошли обучение и ознакомились со стандартом (приложение 6).

Как контролировать исполнение стандартов

По каждому направлению заведующие отделениями совместно с сотрудниками отдела СМК разрабатывают чек-листы. В каждом чек-листе – наименование требования, столбец с результатом ответа «да» или «нет» и столбец для записей и комментариев. По этим чек-листам заведующие отделениями самостоятельно проводят внутренние аудиты. Все данные передают в отдел СМК. По результатам внутренних аудитов отдел СМК разрабатывает корректирующие и предупреждающие действия.

Помимо этого чек-листы создают по каждой нозологии. Их размещают в медкарте стационарного больного после выписного эпикриза. Врач самостоятельно отвечает на вопросы чек-листа по типу «да – нет». Если ответ отрицательный, описывает причину.

Каждый месяц в информационной системе больницы формируются отчеты: по отделениям, по врачам, по нозологиям. Если средний показатель оценки соответствия по отделениям ниже 95 процентов, необходимо выяснить причины и провести корректирующие мероприятия.

Как часто обновлять стандарты

Стандарт обновляют минимум раз в два года. За актуальностью следит тот же сотрудник, который отвечает за внедрение стандарта и обучение персонала.

Пример. Изменения СТУ при оказании медпомощи пациентам с ОНМК.

Основной документ, определяющий порядок оказания помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения, — приказ Минздрава от 15.11.2012 № 928н. В первом стандарте учреждения 2015 года мы пытались соотнести положения приказа с конкретными действиями персонала.

Затем мы осознали, что при оказании помощи больным с ОНМК ключевой фактор — время. Поэтому мы попытались оптимизировать внутрибольничные процессы, в том числе параллельно выполнять некоторые действия, которые до этого выполнялись последовательно. Так мы создали второй внутренний стандарт помощи больным с ОНМК. Затем мы учли зарубежный опыт и опыт ведущих московских клиник, показавших, что тромболитическую терапию при ишемическом инсульте можно успешно начать в кабинете компьютерной томографии. Мы изменили внутренний порядок и получили третий стандарт помощи больным с ОНМК.

Кроме того, в 2018 году мы учли положения приказа Минздрава от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». В соответствии с разделом III «Критерии качества по группам заболеваний» ввели самооценку качества и безопасности медпомощи по отдельным нозологическим формам, разместили чек-листы самооценки в медкарте стационарного больного после выписного эпикриза.

Когда в январе 2018 года Американская ассоциация инсульта выпустила новые рекомендации по лечению ишемического инсульта, в том числе четко определила место тромбэкстракции, появилась необходимость утвердить четвертый стандарт. Цель — чтобы пациент в кратчайшие сроки попал на тот или иной метод реканализации (системный тромболитизис, тромбэкстракция).

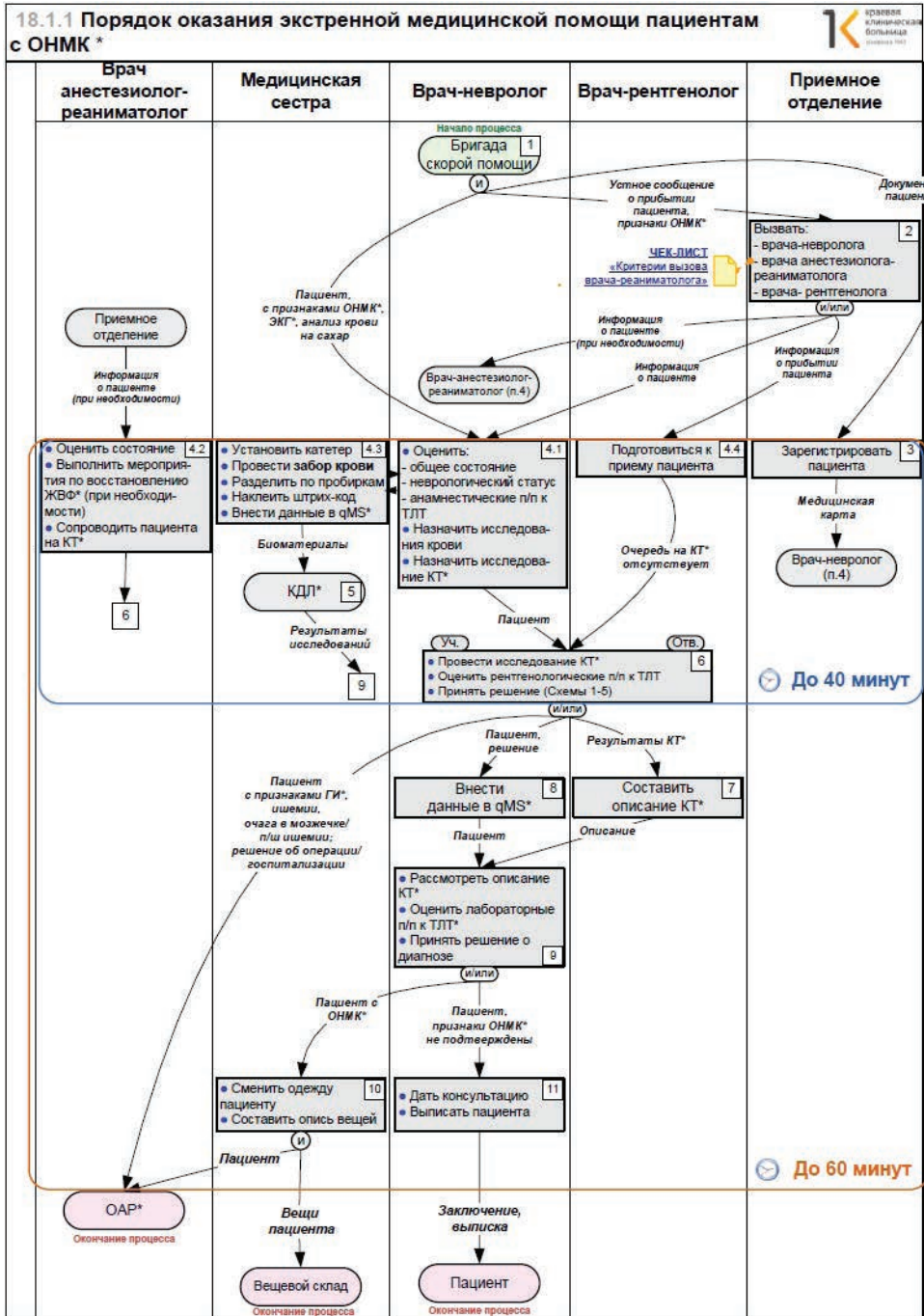
Для этого весь 2018 год мы готовили мультидисциплинарную бригаду специалистов — рентген-хирургов, рентгенологов, реаниматологов, неврологов, функционалистов на центральных базах России и за рубежом, пересмотрели план обеспечения отделения рентген-хирургических методов диагностики и лечения расходными материалами и медизделиями, увеличили объемы ВМП. В результате за 2018 год провели 85 тромболитизисов и 78 тромбэкстракций при ОНМК по ишемическому типу.

Приложение 4 Структура стандарта медучреждения

1. Лист согласования стандарта с подписями представителей рабочей группы.
2. Порядок оказания помощи.
3. Графическое изображение действий и коммуникаций медперсонала.
4. Текстовое описание действий персонала.
5. Показатели процесса – время на оказание каждого вида помощи.
6. Чек-лист для самооценки качества помощи врача.
7. Лист ознакомления со стандартом с подписями сотрудников отделения.
8. Цифровой код – обозначает профиль отделения, порядковый номер стандарта и дату ввода его в работу.
Пример: СТУ 18.01- 2017 «Порядок оказания экстренной медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения».
9. Критерии качества оказания медпомощи: содержательные, временные, результирующие.
Пример содержательного критерия: «При подозрении на ОНМК всем больным необходимо сделать МСКТ».
Пример временного критерия: «МСКТ провести в течение 40 минут».
Пример результирующего критерия: «Госпитализация в течение 60 мин пациента с ОНМК в отделение реанимации».
10. Ссылки на нормативные документы.

Приложение 5

Порядок оказания экстренной медицинской помощи пациентам с ОМНК



Приложение 6

Ведомость обучения и ознакомления со стандартом

СТУ 19.5-2017 Порядок оказания экстренной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (с подъемом ST) Страница 10 из 10 Редакция №2	Страница 10 из 10
	Редакция № 2

Лист ознакомления со стандартом

Структурное подразделение: _____

Фамилия, инициалы	Должность	Подпись	Дата

**Автор-составитель
раздела:**
Наталья КОНДРАТОВА,
главный врач стационара
ОАО «Медицина», доцент
РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
д. м. н.

Как внедрить клинические рекомендации в частной клинике

Перед тем как внедрить клинические рекомендации в частном медучреждении, определите проблемные направления работы. В них войдут направления, где не выполняются заложенные в критериях качества показатели. После этого нужно провести подготовительные работы – оценить ресурсы и разработать план внедрения. Затем обучить сотрудников работе с клиническими рекомендациями.

Как определить проблемные зоны

Проблемные направления – те, по которым не выполняются заложенные в критериях качества показатели. По ним рекомендации стоит внедрить в первую очередь.

Главный врач и его заместитель по медицинской части по каждому направлению работы выбирают показатели, которые будут отслеживать. Примеры направлений работы – инфекционная или хирургическая безопасность, осложнения после медицинских манипуляций.

Пример. В качестве показателя для инфекционной безопасности можно выбрать количество случаев развития катетер-ассоциированных инфекций. В частности, клиника может отслеживать катетер-ассоциированные инфекции, связанные с установкой центрального или периферического венозного катетера, мочевого катетера. Для катетер-ассоциированных инфекций кровотока (КАИК) отслеживают количество случаев на 1000 дней катетеризации.

Для каждого показателя руководители устанавливают бенч-марки – значения, к которым будет стремиться медорганизация. Их берут из научных исследований и статей, опубликованных в рецензируемых медицинских журналах. Например, для КАИК в кардиоторакальных отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)

бенч-марк составляет 2,9 случая на 1000 дней катетеризации, а в блоках интенсивной терапии для детей с экстремально низкой массой тела – 11,3 случая на 1000 дней.

Главврач и начмед следят за показателями в течение одного года. Проблемными признают те направления, показатели по которым ниже установленного бенч-марка или демонстрируют устойчивую отрицательную динамику.

Как подготовиться к внедрению

Чтобы подготовиться к внедрению клинических рекомендаций, главный врач или заведующий отделением выполняют пять шагов: оценивают ресурсы и требования, указанные в клинических рекомендациях. Устанавливают показатель, по которому будут оценивать, как врачи соблюдают клинические рекомендации. Автоматизируют сбор данных и разрабатывают план внедрения.

Шаг 1. Оценка ресурсов. На этом шаге нужно проверить, есть ли в медорганизации все необходимое, чтобы внедрить протоколы лечения, которые прописаны в клинических рекомендациях. Например, отделение внедряет клинические рекомендации по рациональной периоперационной антибиотикопрофилактике. Это значит, может измениться спектр используемых антибактериальных препаратов. Придется делать заявку на закупку недостающих препаратов.

Шаг 2. Оценка доступности. Следует посмотреть, может ли медорганизация выполнить требования клинических рекомендаций по всем профилям медпомощи. Если рекомендации требуют внедрить методы диагностики или лечения, которые недоступны в медорганизации, нужно продумать маршрутизацию пациентов с соответствующими патологиями в другую клинику.

Шаг 3. Разработка показателей. На этом шаге нужно разработать показатели, по которым главврач и заводделением будут оценивать, как врачи соблюдают клинические рекомендации. За основу можно взять показатели, по которым определяли проблемные направления работы. Главврач определяет методику и ответственных за сбор показателей, периодичность сбора и количество точек контроля. Указывает, кто и в каком виде предоставляет сводную информацию по показателю. Например, можно установить ежемесячный доклад о количестве случаев КАИК на внутрибольничных конференциях или собраниях в отделениях.

Шаг 4. Автоматизация сбора данных. На четвертом шаге следует оценить ИТ-инфраструктуру медорганизации – можно ли на имеющихся мощностях организовать сбор и обобщение показателей. Посмотреть, какие автоматические отчеты уже есть в информационной системе медорганизации, и поручить ИТ-отделу изменить программное обеспечение под новые виды отчетов. Внести в базы данных начальные и целевые показатели, отслеживать динамику.

Шаг 5. План внедрения. На основе собранной информации составьте план по внедрению клинических рекомендаций. Ниже – образец плана.

Как обучить сотрудников

Чтобы научить врачей применять клинические рекомендации, главный врач назначает ответственных за конкретные рекомендации, поручает заводделениями сделать документы доступными и создать систему обучения.

Назначить ответственного. Главный врач приказом назначает ответственного за обучение и нескольких сотрудников, к которым врачи смогут обращаться с во-

просами по конкретным рекомендациям. Например, если МО внедряет рекомендации по периоперационной антибиотикопрофилактике, ответственным можно назначить клинического фармаколога.

Сделать клинические рекомендации доступными.

Все врачи и заведующие отделениями должны хранить ссылки на клинические рекомендации на рабочих компьютерах. Для этого сотрудник, ответственный за внедрение, делает рассылку по электронной почте.

Если не все рабочие места оснащены компьютерами, заведующими должны сделать бумажные копии и раздать их сотрудникам. Если клинические рекомендации объемны, заведующий готовит короткую версию – на 5–7 страниц – с основными схемами и протоколами лечения и профилактики.

Составить график обучения.

Обучение должно состоять минимум из двух занятий. На первом занятии заведующим или ответственным за клинические рекомендации подробно разбирает требования и протоколы лечения. После занятия отвечает на вопросы врачей. Второе занятие проводят через 6–9 месяцев после первого. На нем лектор рассказывает врачам о наиболее частых ошибках, выявленных за время практической работы с клиническими рекомендациями.

Разбирать ошибки индивидуально.

В течение первого года работы ответственный за клинические рекомендации проводит индивидуальный разбор ошибок с каждым врачом. Обязательно спрашивает, что помешало выполнить требования рекомендаций. Это поможет обнаружить барьеры при работе с рекомендациями. В течение первого года ответственный ежеквартально докладывает о показателях и самых часто встречающихся ошибках на врачебной конференции.

Как контролировать соблюдение клинических рекомендаций

Чтобы контролировать, как врачи соблюдают требования клинических рекомендаций, главный врач поручает ответственному разработать чек-лист с показателями для каждой рекомендации. Например, в ОАО «Медицина» чек-листы разрабатывает представитель по качеству (приложение 8).

В чек-листах ответственный прописывает, кто и как именно будет проверять соблюдение требований клинических рекомендаций, например, заведующий отделением будет изучать истории болезни. Указывает, как часто и в каких объемах будет проходить проверка. Если после внедрения клинических рекомендаций МО достигла целевого показателя, ответственный может изменить периодичность контроля. Например, проверять не 10 историй болезни в месяц, а 10 историй болезни в год.

Приложение 7

Чек-лист по периоперационной антибиотикопрофилактике

Название показателя	Соблюдение клинических рекомендаций по периоперационной антибиотикопрофилактике
Описание показателя	<p><i>Числитель:</i> количество историй болезни, где периоперационная антибиотикопрофилактика проведена правильно.</p> <p><i>Знаменатель:</i> общее количество проведенных историй болезни, в которых требовалось проведение периоперационной антибиотикопрофилактики.</p> <p>Показатель определяется в процентах</p>
Источник	Истории болезни хирургических пациентов
Метод сбора информации	Проверка листов назначений на правильность назначения периоперационной антибиотикопрофилактики
Размер выборки	10 историй болезни в месяц
Периодичность измерения	Ежемесячно
Ответственное лицо	Заведующий операционным блоком
Обоснование выбора показателя	Показатель характеризует рациональность антибиотикотерапии на основании данных доказательной медицины, что минимизирует риски развития раневой инфекции в послеоперационном периоде и предотвращает развитие антибиотикорезистентности
Время начала сбора показателя	Январь 2019 года
Распространение информации	Ежеквартальный доклад на врачебно-сестринской конференции
Бенчмарк	Не менее 95%

Приложение 8

План улучшений по профилактике ТЭЛА (на основе модели PDCA)



Цель создания плана: проводить профилактику ТЭЛА в соответствии с современными рекомендациями.

Координатор: заведующий оперблоком.

Р – планируем

Определение процесса	Улучшение профилактики ТЭЛА
Количественный показатель на момент старта проекта	1. Частота ТЭЛА не более 0,2%. 2. Правильность выполнения рекомендаций по чек-листу (выборка – не менее 15 карт в месяц)
Бенчмарка (цель)	1. 0,1%. 2. Общий балл по чек-листу не менее 4,5
Временные рамки	В течение года
Ответственное лицо	Заведующий оперблоком
Анализ причин (факторы риска)	– использование устаревшего стандарта; – недостаточное понимание важности профилактических мероприятий в отношении ТЭЛА со стороны врачей; – отсутствие обучения пациентов мероприятиям по профилактике ТЭЛА

Воздействие на причины

Фактор	Корректирующие действия
Использование устаревшего стандарта	Пересмотр современных рекомендаций, основанных на доказательной медицине, в отношении профилактики ТЭЛА. Внесение нового стандарта во внутренние нормативные документы. Обучение врачей по новому стандарту
Недостаточное понимание важности профилактических мероприятий в отношении ТЭЛА	Проведение обучения врачей по необходимости проведения профилактических мероприятий в отношении ТЭЛА
Отсутствие обучения пациентов мероприятиям по профилактике ТЭЛА	Внесение изменений в информационную систему с обязательным оформлением информированного согласия на профилактику ТЭЛА вместе с согласием на операцию. Подготовка обучающих материалов для пациентов по профилактике ТЭЛА. Распространение обучающих материалов для пациентов по профилактике ТЭЛА в клинике

Пункт плана	Ответственный	Сроки
Пересмотреть современные рекомендации, основанные на доказательной медицине, в отношении профилактики ТЭЛА		
Внести новый стандарт в нормативные документы		
Провести обучение врачей по современным рекомендациям		
Провести обучение врачей по необходимости проведения профилактических мероприятий в отношении ТЭЛА		
Подать заявку на распечатку согласия на профилактику ТЭЛА вместе с согласием на операцию		
Подготовка обучающих материалов для хирургических пациентов по профилактике ТЭЛА		
Распространение обучающих материалов для пациентов по профилактике ТЭЛА в клинике		

D – делаем

Проводим регистрацию всех случаев ТЭЛА и оцениваем достижение целевого показателя у всех пациентов, которым проводятся хирургические операции.

С – проверяем

Анализ данных ежемесячно.

Приложение. Чек-лист оценки правильности проведенных профилактических мероприятий в отношении ТЭЛА

	Номер карты	Номер карты	Номер карты	Номер карты	Номер карты
Имеется информированное согласие на профилактику ТЭЛА					
В предоперационном эпикризе правильно проведена оценка риска развития ТЭЛА					
Объем назначенных профилактических мероприятий соответствует установленному фактору риска					
Все профилактические мероприятия выполнены в полном объеме					
Пациент получил обучающие материалы по профилактике ТЭЛА					
Общий балл (максимально – 5 баллов)					

Шкала оценки:

- 1 – критерий выполнен в полном объеме;
- 0,5 – критерий выполнен частично (например, оценка риска развития ТЭЛА в предоперационном эпикризе проведена, но риск выбран неверно);
- 0 – критерий не выполнен.

Глава 3.

Как Росздравнадзор проверит соблюдение клинических рекомендаций

До 1 января 2022 года медорганизации при подготовке к проверке Росздравнадзора должны ориентироваться на порядки оказания и стандарты медпомощи, а также на критерии оценки качества из приказа Минздрава от 10.05.2017 № 203н.

До 31 декабря 2021 года будут сформированы новые требования к МО по соблюдению клинических рекомендаций и формы их проверок Росздравнадзором.

С 1 января 2022 года основой контроля качества медпомощи станет приказ № 203н. Стандарты перейдут в категорию медико-экономических документов. Критерии из приказа № 203н должны стать отдельным разделом или отдельной частью утвержденных клинических рекомендаций. Таким образом, в клинических рекомендациях будут установлены определенные параметры, по которым оценивают медпомощь и на которые есть ссылка в приказе 203н.

Какие документы подтвердят применение клинрекомендаций

Автор-составитель главы:
Игорь ИВАНОВ,
генеральный директор
ФГБУ «Национальный инсти-
тут качества» Росздравнад-
зора, к. м. н.

Чтобы контролировать применение клинрекомендаций, медорганизация должна утвердить внутренние локальные документы: чек-листы для внутреннего аудита, алгоритмы и стандартные операционные процедуры (СОП) для врачей и среднего медперсонала. В чек-лист включают



Внимание

Росздравнадзор проверяет медорганизации по чек-листам на основании порядков оказания и стандартов медпомощи. С 1 января 2022 года контролеры будут следить за соблюдением клинических рекомендаций и протоколов лечения.

только значимые показатели, критерии качества сокращают до минимального эффективного значения.

Все документы разрабатывают сотрудники и утверждает приказами руководитель МО. Сотрудников нужно ознакомить с утвержденными алгоритмами, чек-листами и СОПами под подпись. Главврач устанавливает порядок и периодичность внутренних проверок и назначает ответственного, который будет контролировать соблюдение документов и составлять проверочные акты либо отчеты.

В помощь руководителям Росздравнадзор разработал оценочные чек-листы для стационаров и поликлиник. Руководитель МО может использовать их для внутреннего аудита. Во внешних проверках Роспотребнадзора они не используются.

Какие критерии Росздравнадзор проверит в чек-листах МО

В чек-лист включают три группы критериев качества медпомощи: событийные (смысловые), временные и результативные. По этим критериям Росздравнадзор будет проверять МО.

По событийным критериям проверяющие выяснят, были ли выполнены медуслуги, назначены необходимые лекарства. В первую очередь будут оценивать те методики, которые больше всего влияют на качество лечебно-диагностического процесса. По временным критериям проверяющие установят, соблюдала ли МО сроки оказания медуслуг, не было ли лечение чересчур длительным. Наконец, по результативным критериям контролеры смогут оценить эффективность и результативность лечения при конкретном заболевании. Проверяющие выяснят, в каких случаях МО не достигла целевых значений исходов лечения, а также когда у пациента развились осложнения.

Памятка. Чек-листы по качеству и безопасности медицинской деятельности

1. Чек-лист по соблюдению прав граждан в сфере охраны здоровья
2. Чек-лист по соблюдению порядков оказания медицинской помощи и стандартов медпомощи
3. Чек-лист по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
4. Чек-лист по соблюдению порядка проведения медицинских экспертиз, профосмотров и освидетельствования
5. Чек-лист по соблюдению ограничений в профессиональной деятельности медработников
6. Чек-лист для фармработников и руководителей аптечных организаций по соблюдению ограничений в профессиональной деятельности

Какие показатели Росздравнадзор включает в проверочные чек-листы



Внимание

с 2018 года Росздравнадзор при плановых проверках МО применяет риск-ориентированный подход: чаще проверяют те МО, у которых категория риска выше.

При проверке МО Росздравнадзор применяет проверочные чек-листы – по качеству и безопасности меддеятельности, обращению лекарственных средств и медизделий. Для проверки обращения лекарственных средств разработано 39 проверочных листов, для медизделий – 7, по качеству и безопасности медицинской деятельности – 6 чек-листов.

Чек-листы по качеству и безопасности медицинской деятельности будут пересмотрены до 2021 года. В них будут внесены изменения, которые коснутся соблюдения клинрекомендаций.

Глава 4.

Как страховые компании проверяют применение клинических рекомендаций

Страховые медицинские организации (СМО) с 2019 года используют клинические рекомендации как основной документ при экспертизе качества медпомощи. Согласно прогнозам при полном переходе на клинические рекомендации штрафы для медорганизаций за нарушения вырастут в два раза.

Подробнее расскажу, как СМО уже сейчас используют клинические рекомендации при проверках и как изменится процедура с 2022 года.

Как СМО используют клинрекомендации в 2019 году

В соответствии с приказом Минздрава 203н СМО применяют при проверках требования, указанные в клинических рекомендациях. В ряде случаев эксперты используют клинические рекомендации в дополнение к стандарту. Стандарт представляет собой очень рамочный документ, а в действующих клинических рекомендациях развернуто прописан план диагностики и лечения. В них есть показания, противопоказания, перечень необходимых мероприятий. Клинические рекомендации – это некое учебное пособие или руководство для врача, которое создает профессиональная ассоциация.

Во время экспертизы мы сравниваем случай с неким эталоном, в качестве которого может выступать порядок,

Автор-составитель главы:
Алексей БЕРЕЗНИКОВ,
доктор медицинских наук, руководитель
дирекции МЭ и ЗПЗ
«АльфаСтрахование-ОМС»

стандарт или клинические рекомендации. Если стандарта по конкретному виду медпомощи нет, то клинические рекомендации становятся ключевым документом для экспертов СМО.

При проверках по клиническим рекомендациям обычно бывает гораздо больше нарушений, чем при проверках по стандартам оказания медпомощи.

Как изменятся штрафы при внедрении клинических рекомендаций

Во время экспертизы мы определяем, соответствует ли оказанная медпомощь эталону. Количество нарушений всегда увеличивается, когда нужно соблюдать больше аспектов и нюансов во время лечения. Поэтому мы ожидаем, что, как только клинические рекомендации станут обязательными и придут на смену стандартам, штрафы по многим нозологическим формам вырастут в два раза.

Какие будут штрафы за несоблюдение критериев в региональных учреждениях

Сейчас часто проблемы решаются не в пользу пациента, а в пользу больницы: «Нам так удобно – оставить у себя и не перевозить», – говорят они. Оставить пациента с инсультом, с инфарктом и получить за него деньги. Пациенту будет от этого только хуже, но это никого особо не касается. При проверке мы видим практически непрофильные госпитализации или несоответствие госпитализации требуемому уровню медпомощи.

Такие случаи означают, что не соблюдается должная преемственность медпомощи. В стране нет регионов без медорганизаций, работающих на третьем уровне, – круп-



Внимание

В 2 раза вырастут штрафы, как только клинические рекомендации придут на смену стандартам.

ных клинических больниц, сосудистых центров. Считать, что помощь заканчивается на конкретной ЦРБ, глубоко неправильно.

Практически в 90 процентах случаев нарушения, которые мы выявляем, состоят не в отсутствии дорогого медоборудования или лекарств. 90 процентов нарушений – это брак, который допускает медперсонал.

Когда читаешь о пациенте, что у него «везикулярное дыхание», а потом ему поставили диагноз «пневмония», сразу понимаешь, что этого больного никто не слушал. Когда смотришь дневники, где у всех пациентов отделения за все дни госпитализации указан пульс 72 удара в минуту, это сразу означает, что никто им пульс не измерял. Когда у половины непрофильного отделения, где явно лежат гипертоники, допустим, в офтальмологии, ты читаешь, что давление у пациентов с катарактой и гипертонией 120/70, 120/80, это говорит о том, что никто давление не измерял.

Такие случаи и составляют 90 процентов выявленных нарушений. С этого начинаются проблемы, а не с того, что в больнице нет компьютерного томографа. В этих случаях медперсоналу нужен тонометр – он есть в каждой больнице, и нужно желание сходить, проверить.

Глава 5. Как суд применяет клинические рекомендации

Несмотря на то, что клинические рекомендации станут обязательными для врачей с 1 января 2022 года, суды при разбирательствах уже опираются на требования клинических рекомендаций. В противном случае МО будут платить штрафы по проверкам Росздравнадзора и компенсации пациентам. Таким образом, несмотря на законодательную отсрочку, медорганизации уже в 2019 году должны внедрять клинические рекомендации.

Штрафы за нарушение лицензионных требований

Если медорганизация не соблюдает клинические рекомендации, Росздравнадзор имеет право приравнять это к нарушению лицензионных требований, установленных постановлением Правительства от 16.04.2012 № 291.

За нарушение требований предусмотрена административная ответственность для коммерческих медорганизаций – по статье 14.1 КоАП и для бюджетных организаций, оказывающих медпомощь по полисам ОМС в рамках программы госгарантий, – по статье 19.20 КоАП. По статье 14.1 проверяющие могут оштрафовать медорганизацию на 30–200 тыс. руб., по статье 19.20 – на 100–250 тыс. руб. В каждой из статей предусмотрен и другой вид наказания – приостановление работы организации на срок до 90 суток.

Медицинские организации должны оказывать скорую, в том числе скорую специализированную, медпомощь с учетом клинических рекомендаций. Это следует из приказа Минздрава № 203н. Если организация не применила клинические рекомендации, Росздравнадзор может

Автор-составитель главы:

Алексей ПАНОВ, юрист,
управляющий ООО «Центр
медицинского права»,
руководитель Омского
регионального отделения
«Ассоциация медицинских
юристов»

вменить ей несоблюдение порядков оказания скорой медицинской помощи и, следовательно, нарушение лицензионных требований.

Требование о применении клинических рекомендаций уже указано в приказе Минздрава от 20.06.2013 № 388н и других нормативных актах, регулирующих оказаний скорой медпомощи. Например, в приказе Минздрава от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология»» в редакции от 14.09.2018 пункт 5 излагается уже так: «Медицинская помощь по профилю «анестезиология и реаниматология» оказывается на основе стандартов медицинской помощи и с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения)». Проверяющие из Росздравнадзора при этом могут указать в протоколе об административном нарушении, что медицинская организация не соблюдала требования клинических рекомендаций.

Пример. Больницу оштрафовали на 100 тыс. руб. за несоблюдение клинических рекомендаций при оказании скорой медицинской помощи. Росздравнадзор в ходе проверки документов в центральной районной больнице обнаружил, что медорганизация не соблюдала требования клинических рекомендаций при оказании скорой медицинской помощи и нарушила пункт 3 приказа Минздрава от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, помощи». Согласно отчету, у ЦРБ было необходимое оборудование, но врачи на месте вызова не провели ЭКГ, пульсоксиметрию и катетеризацию периферических вен. По показаниям гемодинамики при брадикардии не сделали внутривенное введение адреналина 0,1%—1,0 в разведении из расчета 0,01 мг/кг и атропина 0,1—1,0 %в разведении из расчета 0,01 мл/кг. При асистолии необходимо было немедленно начать СЛР на месте, затем провести транспортировку с ручной ИВЛ под контролем гемодинамики. Все перечисленные требования указаны в клинических рекомендациях по оказанию скорой медпомощи. Суд встал на сторону проверяющих, приравняв несоблюдение клинических рекомендаций к нарушению лицензионных требований. Больницу оштрафовали на 100 тыс. руб.

Росздравнадзор при проверке обращает внимание и на соблюдение дозировки препаратов, указанной в клинических рекомендациях.

Пример. Суд вынес больнице предупреждение за ряд нарушений, в том числе несоблюдение дозировки препарата, указанной в клинических рекомендациях по лечению пневмонии. Росздравнадзор

в ходе проверки в медорганизации обнаружил ряд нарушений:

1. Когда пациентка поступила в больницу, ее не осмотрел терапевт. Это нарушение приложения № 5 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением ВРТ), утвержденному приказом Минздрава от 01.11.2012 № 572н.
 2. Во время терапии лечащий врач «не уделил должного внимания» оценке состояния дыхательной системы пациентки, несмотря на то, что у беременной был диагностирован острый бронхит и выявлены острофазовые показатели периферической крови.
 3. Лечащий врач диагностировал у пациентки пневмонию, но назначил пониженную дозировку амоксициллина — 375 мг каждые 8 часов. Это нарушение клинических рекомендаций Минздрава 2018 года «Внебольничная пневмония» — в них указана дозировка 625 мг каждые 8 часов.
 4. Лечащий врач небрежно вел медицинскую документацию, в ней не было «записи о значимых анамнестических фактах» течения беременности, указано только «нормальное течение первой и второй половины беременности, отсутствие лихорадки». Не было данных о перенесенных ранее заболеваниях, указано только «ОРЗ».
- Районный суд признал медицинскую организацию виновной в административном нарушении и вынес предупреждение.

За несоблюдение клинических рекомендаций по итогам проверки Росздравнадзора суды штрафуют и коммерческие медорганизации.

Пример. Суд оштрафовал центр хирургии и травматологии на 100 тыс. руб. после проверки, проведенной из-за смерти пациентки во время операции. В центр хирургии и травматологии

на плановую операцию по пластике живота поступила пациентка с ожирением, у нее стоял диагноз «Диастаз мышц живота». Врачи

центра провели пациентке несколько операций: абдоминопластику, липосакцию живота и шеи, удалили новообразования кожи лица. В ходе хирургического вмешательства женщина скончалась.

Из-за летального исхода в центр с проверкой пришел Росздравнадзор, сотрудники ведомства обнаружили ряд нарушений.

Согласно протоколу проверки, в медицинской карте пациентки не было данных о консервативном лечении ожирения и информации об обследовании во время такого лечения. Это нарушение клинических рекомендаций по терапии морбидного ожирения у взрослых. Согласно клиническим рекомендациям, абдоминопластику и липосакцию не следует применять на начальном этапе лечения морбидного ожирения. Эти операции можно проводить только после снижения и стабилизации массы тела в рамках хирургического лечения. Согласно данным руководства «Липосакция и липоструктура. Курс пластической хирургии: Руководство для врачей, 2010», липосакция не является средством лечения общего ожирения, поэтому она не показана как самостоятельный метод терапии пациентам с ИМТ > 30. Согласно выдержке из решения суда, «нарушен п. 5 лицензионных требований, утвержденных постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности»: несоблюдение Порядка оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия», утвержденного приказом Минздрава России от 30.10.2012 № 555н, и Клинических рекомендаций по лечению морбидного ожирения у взрослых, принятых в 2011 году на Всероссийском конгрессе «Современные технологии в эндокринологии», утверждены решением Президиума общероссийской общественной организации эндокринологов «Российская ассоциация эндокринологов» 25–28 мая 2014 года». Суд признал, что центр хирургии и травматологии не выполнил требования клинических рекомендаций по лечению морбидного ожирения у взрослых и оштрафовал медорганизацию на 100 тыс. руб. за грубое нарушение лицензионных требований.

Иски от пациентов

В 2018 году суды, рассматривая иски пациентов к медорганизациям, уже активно руководствовались клиническими рекомендациями. В своих решениях суды ссылаются

на пункт 2 статьи 64 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В нем указано, что «критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения)». В прошлом году отсылки к этому пункту судьи использовали не меньше чем в 200 решениях.

Рассматривая иски пациентов, суд ставит перед экспертизой ряд вопросов, в числе которых могут быть вопросы о применении клинических рекомендаций. В этом случае эксперты обязаны ответить, соответствует ли оказанная медпомощь требованиям упомянутых в вопросе рекомендаций.

Пример. Пациент подал иск к стоматологической клинике о возврате денег за некачественное эндопротезирование. Суд в числе прочих задал экспертам вопрос: «Соответствовала ли оказанная помощь установленным нормам и стандартам стоматологической помощи в соответствии с требованиями клинических рекомендаций, утвержденных протоколом 15 Совета АОО «СтАР»?»

Пример. После нескольких операций по поводу осложнений перитонита пациентка потребовала у клиники компенсацию вреда здоровью. Суд в числе прочих задал экспертам вопрос: «Имеются ли дефекты оказания каждым из медицинских учреждений за период прохождения этапов стационарного и амбулаторного лечения, соответствовали ли действия указанных ответчиков при оказании медицинской помощи федеральным стандартам и порядкам, а также национальным клиническим рекомендациям?»

Пример. Истица потребовала компенсации вреда здоровью ее ребенка, который был госпитализирован с тяжелой инфекцией через пять суток после выписки из родильного отделения. Суд в числе прочих задал экспертам вопрос: «Имелись ли нарушения установленных порядков клинических рекомендаций и протоколов при оказании медпомощи роженице и ее новорожденному ребенку? Если имелись, то какие?»

Если эксперты отвечают, что врачи не соблюдали клинические рекомендации, медорганизация проигрывает дело – такова судебная практика за 2018 год.

Пример. Лечащий врач вовремя не выявил тромбоэмболию легочной артерии. Решение Северодвинского городского суда Архангельской области от 17.10.2018 по делу № 2-3518/2018~М-2760/2018:

«...Комиссией экспертов выявлен недостаток оказания медицинской помощи, заключающийся в том, что у пациента был неправильно установлен диагноз, который не соответствовал истинной клинической картине и состоянию больного. Указанный дефект повлек отсутствие необходимого лечения опасного для жизни состояния.

Изложенное стало следствием нарушения лечащим врачом приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.11.2012 № 873н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при тромбоэмболии легочных артерий», Российских клинических рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений».

Пример. Врачи провели экстренную операцию с ошибками.

Решение Октябрьского городского суда Республики Башкортостан от 07.05.2018 по делу № 2-64/2018(2-2659/2017;)~М-2831/2017:

«...Выявленные недостатки указывают на то, что медицинская помощь не соответствовала клиническим рекомендациям и общим принципам оказания медицинской помощи, т. е. не была правильной, своевременной и качественной, что подтверждается выявленными дефектами оказания медицинской помощи».

Пример. При осмотре пациентки с черепно-мозговой травмой врач не учел показатель шкалы Глазго, что привело к осложнениям.

Решение Куйбышевского районного суда города Санкт-Петербурга от 11.09.2018 по делу № 2-1076/2018~М-4460/17:

«...Эксперты указали, что согласно клиническим рекомендациям, медицинскими мероприятиями для диагностики состояния пациента является оценка уровня сознания по шкале Глазго, чего выполнено не было, что следует считать дефектом диагностики».

Пример. Фельдшер не назначил при крупе у ребенка препараты, предусмотренные клиническими рекомендациями. Апелляционное определение Хабаровского краевого суда от 09.02.2018 по делу № 33-930/2018: «...Анализ представленных материалов проверки и медицинских документов позволил экспертной комиссии выделить ряд дефектов оказания медицинской помощи:

- отсутствие медицинской (медикаментозной) помощи по основному заболеванию со стороны фельдшера СМП (в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями (протоколами) по оказанию скорой медицинской помощи при остром стенозирующем ларинготрахеите у детей, 2014 г.);
- отсутствие в лечении больной препарата будесонида (ингаляционно через небулайзер) в соответствии с принятыми клиническими рекомендациями по лечению крупа (острого обструктивного ларингита) у детей (Москва 2014)».

Если врачи соблюдали клинические рекомендации, медорганизация, как правило, выигрывает суд.

Пример. Родственники пациентки, скончавшейся от инфаркта, проиграли суд, так как врачи соблюдали клинические рекомендации. Рекомендации в апелляционном определении Тамбовского областного суда от 12.09.2018 по делу № 33-3160/2018:

«...Согласно заключению комиссионной судебно-медицинской экспертизы, в связи с поставленными вопросами комиссия экспертов приходит к следующим выводам:

Дальнейшее обследование и лечение проведено с учетом действующих клинических рекомендаций по диагностике и лечению острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST, 2013 г., которые являются «клиническими протоколами» с момента их утверждения на профильной комиссии при МЗРФ.

Все мероприятия лечебно-диагностического плана в условиях выполнены в соответствии с действующими клиническими рекомендациями по ОКСПСТ (ОКС с подъемом сегмент ST) и стандартами оказания медицинской помощи при ОКСПСТ».