

ФГБОУ ВО «КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ



Судебно-медицинская экспертиза в расследовании профессиональных правонарушений медицинских работников

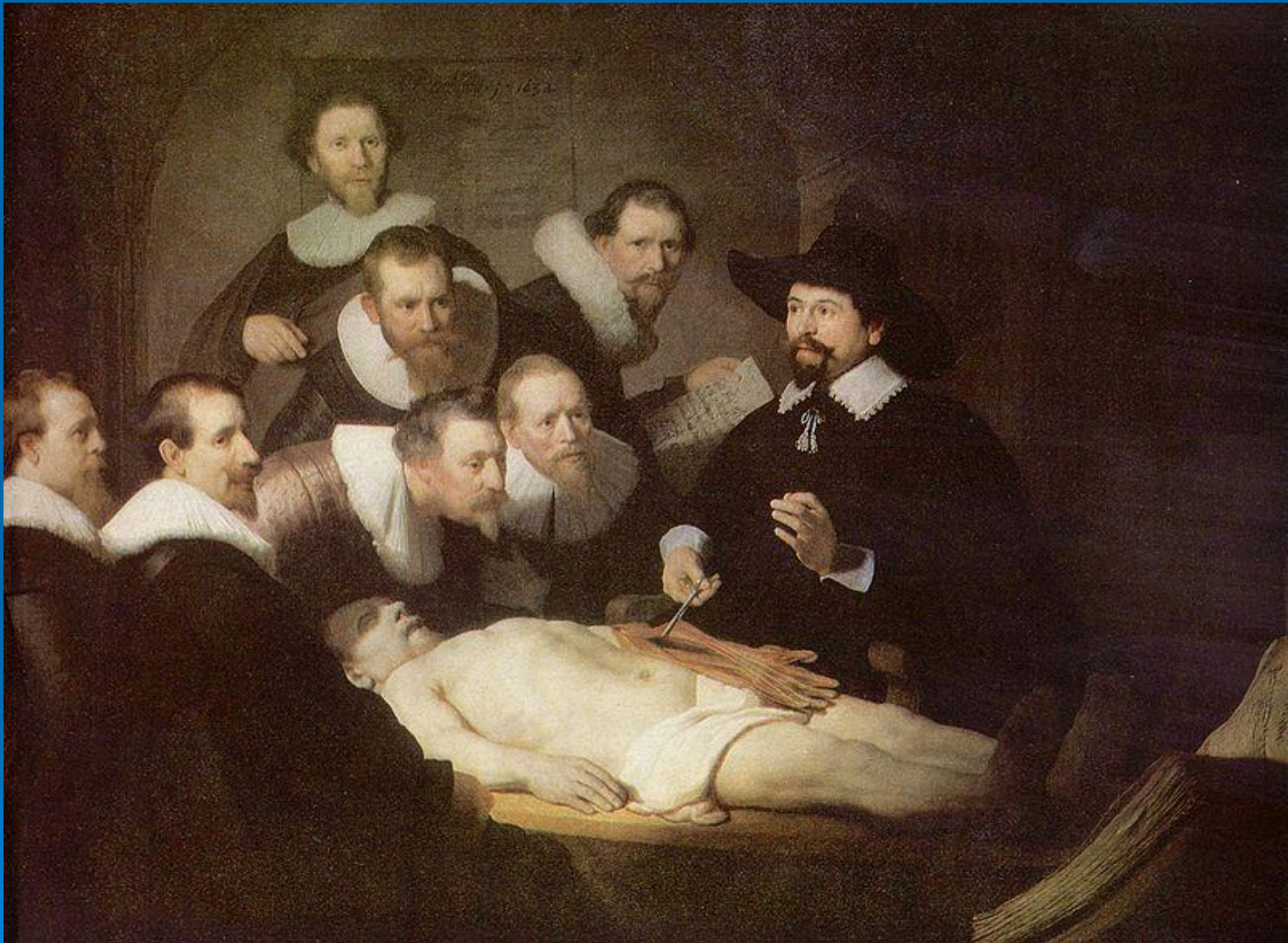


Доклад проф. Породенко В.А.
на межрегиональной НПК
«Педиатрия: от науки
к практике»
16.06.2023 г.

Краснодар - 2023



«Aliis inserviando consumidor»



Рембрандт. «Урок анатомии доктора Тульпа», 1632.



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У ВРАЧЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА МОДЕЛИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Всего в исследовании приняли участие 4155 медицинских работников, из них 1668 врачей:

- в городе $n=1320$; 79,1%,
- в селе $n=348$; 20,9%.

Профессиональное выгорание зарегистрировано у **99% врачей** Томской области, **каждый третий** в крайне высокой степени.

Для врачей с признаками профессионального выгорания характерна деформация отношений с пациентом в аспекте негативных и циничных установок.

Врачи районных учреждений Томской области более подвержены профессиональному выгоранию в сравнении со специалистами городских медицинских организаций.



Общее количество жалоб на качество оказания медицинской помощи в 2017 г. составило 6050. Это на 1100 больше, чем годом ранее. В 2012 г. их было только 2100.

По данным Следственного комитета РФ, озвученным в СМИ, **в 2017 г. в отношении врачей было возбуждено 1,8 тыс. уголовных дел - вдвое больше, чем в 2016 г. При этом каждое третье обращение заканчивалось обвинительным приговором.**

В суды направлено 175 уголовных дел - на 11 больше, чем в 2016 г; в 2018 году их стало 303.

В 2019 году СК довел до суда на 10% больше уголовных дел о врачебных ошибках - 332.

Большинство осужденных врачей обвинялись в

- причинении смерти по неосторожности (ст. 109 УК) - 74,7%
- оказании услуг, не отвечающих требованиям безопасности (ст. 238 УК) - 10,9%
- причинении тяжкого вреда по неосторожности (ст. 118 УК) - 6,3%
- халатности и неоказании помощи больному - остальные.

В 2020 году в производстве российских судов по существу находилось минимум 149 уголовных дел, фигурантами которых были врачи, следует из анализа «МВ» государственной автоматизированной системы (ГАС) «Правосудие».

Эта статистика не дает представления о том, сколько дел против врачей расследуют следственные органы. Кроме того, это самый минимум от реального количества: подсчеты ориентированы на несколько статей и только на те дела, в которых был текст судебного акта.

Уголовные дела в 2020 году, фигурантами которых были врачи



Чаще всего врачам вменяли в вину причинение смерти по неосторожности – по этой статье в 2020 году суд рассмотрел не менее 97 дел, 46 из них закончились обвинительным приговором, 33 – прекращением дела или оправданием.

Уголовные преследования врачей:



обвинительных
 оправдательных
 в производстве



[В Новосибирске судят врача, угробившего ребенка ...](#)

[rg.ru](#)

<https://rg.ru> › [2006/10/13](#) › [oшибka](#)

13 окт. 2006 г. — В Новосибирске **судят** врача, угробившего ребенка неправильным диагнозом. ... В смерти Маши обвиняется **педиатр** городской поликлиники N 2 ...

[Дело Ульяны Валиевой: врачам вынесли приговор](#)

[sitv.ru](#)

<https://sitv.ru> › ... › [НОВОСТИ СУРГУТА](#) › [Общество](#)

24 сент. 2013 г. — Если хороших **педиатров судят за** то, что она приняла ребенка у себя в отделении, после исключения хирургической патологии, и у нее было всего ...

[В Волгоградской области осуждена врач-педиатр за ...](#)

[v102.ru](#)

<https://v102.ru> › ... › [Общество](#) › [Спорт](#) › [Телеком](#)

В Волгоградской области осуждена врач-**педиатр за** смерть двухлетнего ребенка ...

[Мальчик умер. Педиатра судят за неоказание помощи](#)

[ivanovonews.ru](#)

<https://www.ivanovonews.ru> › [reports](#)

30 окт. 2020 г. — **Педиатра судят за** неоказание помощи. Прения по делу **педиатра**, после визита которой умер ребенок, начались в Ленинском суде города Иваново. Медик ...

[Дело Элины Сушкевич и Елены Белой: что произошло на ...](#)

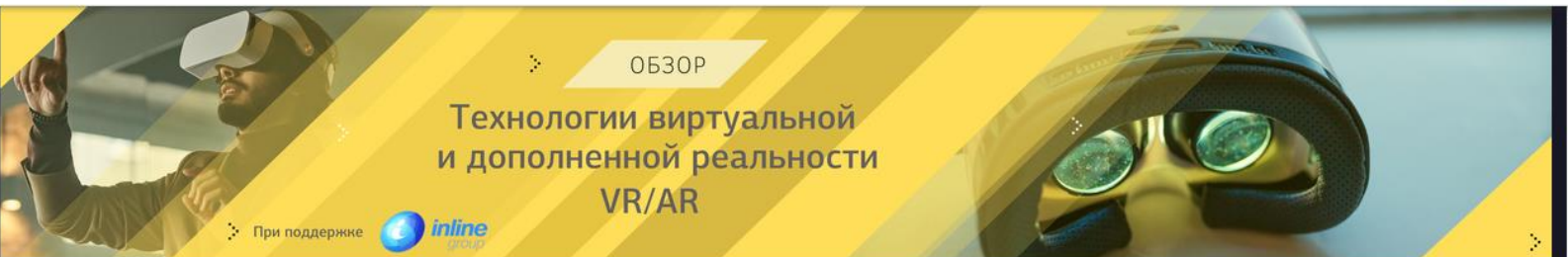
[miloserdie.ru](#)

<https://www.miloserdie.ru> › [Статьи](#) › [Медицина](#)

1 сент. 2022 г. — **Педиатр?** Вот представь, и тебя ждет такая судьба. ... Врачей Элину Сушкевич и Елену Белую **судят за** смерть недоношенного **ребенка**, ...



Чтобы обновлять Google Chrome, нужна Windows 10 или более поздней версии. У вас установлена Windows 7. [Подробнее](#)



Бесплатная подписка | Telegram | VK | RSS



Какой должна быть современная медицинская информационная система

Какой должна быть МИС? Обзор конференции «Цифровая экосистема эффективной и качественной медицины»

статья 2022/10/06 15:52:47
Преступления в медицине

Содержание Свернуть

- Картели в здравоохранении
- Взятки в медицине
- 2023: Начальницу хозяйдела больницы в Норильске обвинили в хищении 8,4 млн рублей при помощи «мертвых душ»
- 2022

В Псковской области руководители государственной фармкомпании получили сроки за присвоение 13 млн рублей

Реклама на этой странице

При поддержке



Содержание

Картели в здравоохранении

Взятки в медицине

2023: Начальницу хозотдела больницы в Норильске обвинили в хищении 8,4 млн рублей при помощи «мертвых душ».

2022

В Псковской области руководители государственной фармкомпании получили сроки за присвоение 13 млн рублей.

Главврача в Ленинградской области отправили в СИЗО.

Руководство реабилитационного центра в Брянской области обвинили во внесении в медкарты ложных сведений с ущербом в 6,2 млн рублей.

В российской медицине больше всего уголовных дел заводят на акушеров-гинекологов.

Главу Бюро медико-социальной экспертизы Владимирской области обвинили в выдаче липовых справок об инвалидности.

Хирург получил 7 лет тюрьмы за ненужные рентген-снимки.

Бухгалтеров алтайской больницы обвинили в хищении 30 млн рублей.

В Крыму медработники выдали поддельные сертификаты о вакцинации от COVID-193,5 тыс. человек.

Экс-замглавы астраханского Минздрава приговорили к исправительным работам за халатность.

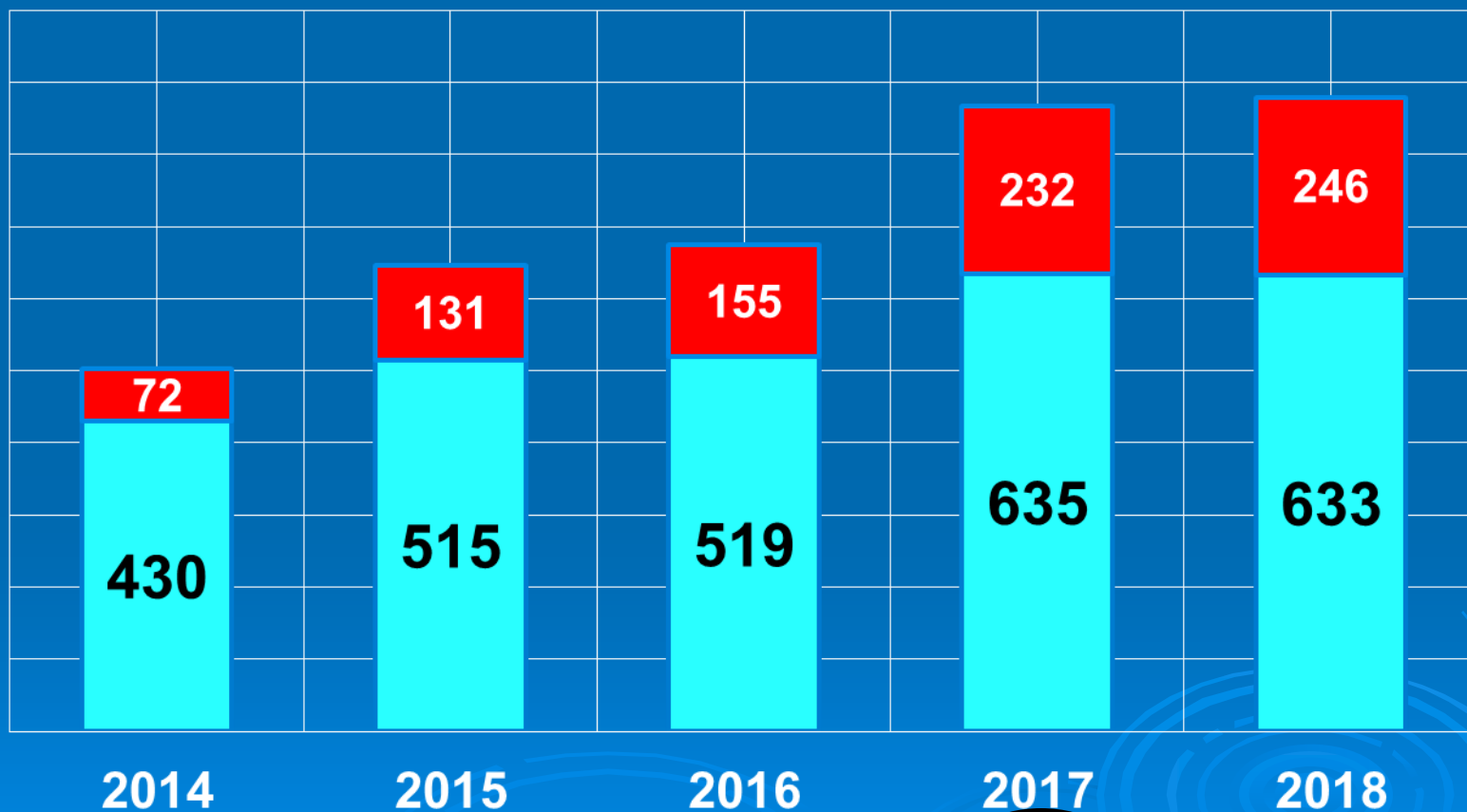


- Порядок возбуждения дел против медицинских работников в уголовном и гражданском процессах.
- Организация и проведение СМЭ по «врачебным делам».
- Состав комиссии СМЭ.



Динамика выполненных комиссионных судебно-медицинских экспертиз в ГБУЗ «Бюро СМЭ» МЗ КК

■ Сложные экспертизы ■ по судебным делам





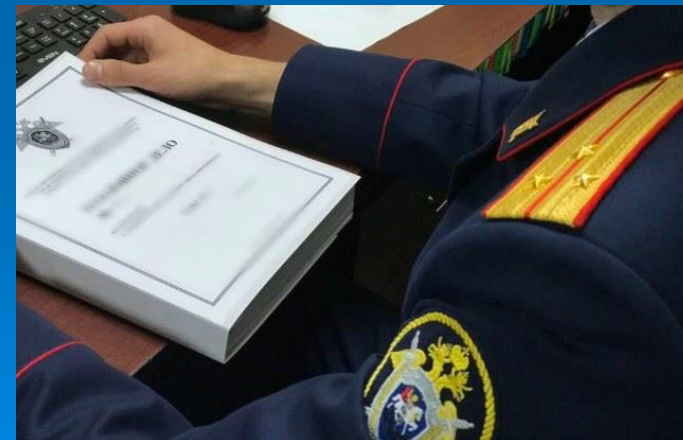
В 2019 г.– 294, в 2020 г. – 286, в 2021 г. – 341, в 2022 г. - 333.

**Экспертизы проводились
в отношении следующих 30 медицинских специальностей (2022 г.):**

Хирургия – 45
Акушерство и гинекология – 43
Анестезиология и реанимация – 43
Терапия – 36

Педиатрия – 28

Неврология – 25
Травматология – 23
Инфекционные болезни – 21
Неонатология – 18
Кардиология – 15
Стоматология – 15
Пластическая хирургия – 14
Нейрохирургия – 8
Онкология – 8
Скорая медицинская помощь – 7
Урология – 7
Офтальмология – 6
Дерматовенерология – 4
Сосудистая хирургия – 4
Пульмонология – 3
Наркология – 2
ЛОР-болезни – 2
Эндокринология – 2
Аллергология – 1
Гастроэнтерология – 1
Кардиохирургия – 1
Патанатомия – 1
Рентгенология – 1
Трансфузиология – 1
УЗИ-диагностика – 1





Преступления, совершенные медицинскими работниками вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (по материалам судебной практики Европейской части России 2015-2017 г.г.)

Гришин С. М. - к. ю. н., адвокат Московской коллегии адвокатов, преподаватель Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики».

В России в 2015 году из-за врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи погибли более 700 человек, среди которых **317 детей**, сообщил председатель Следственного комитета России Александр Бастрыкин, выступая на заседании коллегии по вопросам организации работы по расследованию преступлений, связанных с некачественным оказанием медпомощи.



Юридическая сеть
ИМИС
Кафедра
инновационного
медицинского менеджмента



За что судят медработников последние два года? Анализ уголовных дел

по материалам статьи
АЛЕКСАНДРА КОРШУНОВА,
адвоката по медицинским делам
в журнале
«Правовые вопросы
в ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

Юридическая сеть
ИМИС
Кафедра
инновационного
медицинского менеджмента



Анализ уголовных дел в отношении медработников за 2020–2021 годы

Адвокат изучил 159 судебных актов первой, апелляционной и кассационной инстанций. В обзор вошли судебные акты только по преступлениям, связанным с меддеятельностью.

Другие преступления — например случаи коррупции при госзакупках — не учитывались.

Если один приговор вынесли в отношении двух и более обвиняемых, в статистике каждый из них учтен отдельно.

* - по материалам статьи АЛЕКСАНДРА КОРШУНОВА, адвоката по медицинским делам в журнале «Правовые вопросы в ЗДРАВООХРАНЕНИИ»



Таблица 1.
**Статьи, по которым осудили
медработников**

| Основания | Статья УК | Число дел |
|--|-----------|-----------|
| Врачебная ошибка (дефекты оказания медицинской помощи) | 109,118 | 97 |
| Неоказание помощи | 124 | 8 |
| Небезопасная услуга | 238 | 3 |
| Халатность | 293 | 12 |
| Взятка | 290 | 10 |
| Подлог | 292 | 36 |

* - по материалам статьи АЛЕКСАНДРА КОРШУНОВА, адвоката по медицинским делам в журнале «Правовые вопросы в ЗДРАВООХРАНЕНИИ»



Таблица 2.
**Итоги уголовных дел в отношении
медработников**

| Результат рассмотрения | Число дел |
|---|-----------|
| Обвинительный приговор | 73 |
| Оправдательный приговор | 18 |
| Освобождение от наказания в связи с истечением срока давности привлечения к уголовной ответственности | 27 |
| Прекращение с назначением судебного штрафа | 24 |
| Приговор отменен, дело передано на новое рассмотрение | 7 |
| Прекращение в связи с примирением с потерпевшим | 3 |
| Возвращено прокурору для устранения препятствий | 3 |
| Прекращение в связи с деятельным раскаянием | 1 |

* - по материалам статьи АЛЕКСАНДРА КОРШУНОВА, адвоката по медицинским делам в журнале «Правовые вопросы в ЗДРАВООХРАНЕНИИ»



Ст. 109 УК РФ. Причинение смерти по неосторожности

1. Причинение смерти по неосторожности -

наказывается **исправительными работами на срок до двух лет**, либо ограничением свободы на срок **до двух лет**, либо принудительными работами на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок.

2. Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей -

наказывается **ограничением свободы на срок до трех лет**, либо принудительными работами на срок **до трех лет** с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

3. Причинение смерти по неосторожности двум или более лицам -

наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет, либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.



Ст. 118 УК РФ. Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности

1. **Причинение тяжкого вреда** здоровью по неосторожности - наказывается **штрафом в размере от ста до двухсот минимальных размеров оплаты труда** или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного до двух месяцев, либо обязательными работами на срок от ста восьмидесяти до двухсот сорока часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок от трех до шести месяцев.

2. **То же деяние, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей**, - наказывается

- **ограничением свободы на срок до четырех лет**, либо
- принудительными работами на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо
- лишением свободы на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.



Таблица 3.
Должности медработников, против
которых возбудили уголовные дела

| Должность | Число дел |
|---|-----------|
| Главный врач, заведующий больницей, заведующий ФАП | 5 |
| Замглаврача | 3 |
| Завотделением | 14 |
| Врач (отделения, лечащий, дежурный, участковый, общей практики) | 121 |
| Фельдшер | 8 |
| Медсестра | 2 |

* - по материалам статьи АЛЕКСАНДРА КОРШУНОВА, адвоката по медицинским делам в журнале «Правовые вопросы в ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

Таблица 4. Специальности медработников,
против которых возбудили уголовные дела

| Специальность | Число дел |
|-----------------------------|-----------|
| Терапевт | 48 |
| Хирург | 29 |
| Акушер-гинеколог | 20 |
| Педиатр | 13 |
| Анестезиолог-реаниматолог | 10 |
| Травматолог-ортопед | 6 |
| Дерматовенеролог | 4 |
| Патологоанатом | 4 |
| Инфекционист | 4 |
| Психиатр, психиатр-нарколог | 3 |
| Отоларинголог | 3 |
| Онколог | 2 |
| Невролог | 2 |
| Эндоскопист | 2 |
| Рентгенолог | 1 |
| Стоматолог | 1 |
| Неонатолог | 1 |

* - по материалам статьи АЛЕКСАНДРА КОРШУНОВА, адвоката по медицинским делам в журнале «Правовые вопросы в ЗДРАВООХРАНЕНИИ»



ПРИКАЗ МЗ РФ от 2 июня 2015 г. № 290н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ТИПОВЫХ ОТРАСЛЕВЫХ НОРМ ВРЕМЕНИ НА ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ, СВЯЗАННЫХ С ПОСЕЩЕНИЕМ ОДНИМ ПАЦИЕНТОМ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО, ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО, ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА), ВРАЧА-НЕВРОЛОГА, ВРАЧА-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА, ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА И ВРАЧА-АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

3. Нормы времени на одно посещение пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием, необходимые для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации):

- врача-педиатра участкового - 15 минут;**
- врача-терапевта участкового - 15 минут;
- врача общей практики (семейного врача) - 18 минут;
- врача-невролога - 22 минуты;
- врача-оториноларинголога - 16 минут;
- врача-офтальмолога - 14 минут;
- врача-акушера-гинеколога - 22 минуты.

4. Нормы времени на повторное посещение врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием устанавливаются в размере 70 - 80% от норм времени, связанных с первичным посещением врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием.

5. **Затраты времени врача-специалиста на оформление медицинской документации с учетом рациональной организации труда, оснащения рабочих мест компьютерной и организационной техникой, должны составлять не более 35% от норм времени,** связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием в соответствии с пунктами 3 и 6 настоящих норм времени.



Если раньше больного защищали от врача (врачебная этика, медицинская деонтология), то в настоящее время для медицинских работников более актуально научиться защите от пациента.





**Порядок проведения
судебно-медицинской экспертизы
и установления причинно-следственных
связей по факту неоказания
или ненадлежащего оказания
медицинской помощи:
Методические рекомендации, 2017.**



СК начал самостоятельно проводить экспертизы по делам о врачебных ошибках

В 2018 году в Главном управлении криминалистики СК был создан отдел судебно-медицинских исследований для помощи в расследовании уголовных дел о преступлениях, связанных с врачебными ошибками (ятрогенных преступлениях).

Для этого ведомство приняло на работу 22 эксперта-медика.

Причинами их появления в СК назвали большое число жалоб на врачебные ошибки и случаи некачественного оказания медицинской помощи.



ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ
КОПИЯ
Экз. № 40
Экз. № 1

СЛЕДСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

11.09.2011

№ 84/2209гсн

Москва

Об организации назначения судебных экспертиз по материалам проверок и уголовным делам о преступлениях, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи гражданам

Руководствуясь статьей 13 Федерального закона от 28.12.2010 № 403-ФЗ «О Следственном комитете Российской Федерации» и подпунктом 8 пункта 43 Положения о Следственном комитете Российской Федерации, утвержденного Указом Президента Российской Федерации от 14.01.2011 № 38 «Вопросы деятельности Следственного комитета Российской Федерации»,

О Б Я З Ы В А Ю:

1. Руководителей следственных подразделений центрального аппарата Следственного комитета Российской Федерации, следственных органов Следственного комитета по субъектам Российской Федерации и приравненных к ним специализированных (в том числе военных) следственных управлений и следственных отделов исключить назначение судебных экспертиз по материалам проверок и уголовным делам о преступлениях, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи гражданам, в судебно-медицинские экспертные учреждения, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации.
2. Контроль за исполнением распоряжения оставляю за собой.

Председатель Следственного комитета
Российской Федерации

генерал юстиции
Российской Федерации

А.И. Бастрыкин

РС 0046407

Следственный комитет России
Федерации
№84/2209гсн



Ответственность медицинских работников за нарушение прав граждан в сфере здравоохранения может быть:

- дисциплинарной,**
- административной,**
- гражданской,**
- уголовной.**



Классификация упущений в медицинской деятельности

Уголовно ненаказуемые:

- 1) несчастный случай в медицинской практике;
- 2) врачебная ошибка.

Уголовно наказуемые:

- 1) умышленные;
- 2) совершенные по неосторожности.



Несчастный случай в медицинской практике

(казус) - это неблагоприятный исход медицинского вмешательства, обусловленный случайным стечением обстоятельств, которых нельзя было избежать ни при каких условиях, т. е. при наличии форс-мажорных обстоятельств или обстоятельств непреодолимой силы (п. 3 ст. 401 ГК РФ).



Случай
анафилаксии на новокаин

К ним, как правило, относят смерть после введения по показаниям терапевтических доз некоторых лекарственных веществ вследствие особого состояния или повышенной чувствительности организма, внезапную смерть на операционном столе от рефлекторной остановки сердца или дыхания, так называемая наркозная смерть и др. При несчастном случае нет вины и противоправности поведения врача, а вред, причиненный жизни и (или) здоровью пациента, относится к категории невиновного причинения вреда.

Деяние признается совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий (бездействия) либо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть (ст. 28 УК РФ), поэтому уголовная ответственность исключается, ибо, прежде всего, отсутствует вина причинителя вреда.



III. Критерии качества по группам заболеваний (состояний)

3.18.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при анафилактическом шоке (коды по МКБ-10: T78.0; T78.2; T80.5; T88.6)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Прекращено поступление предполагаемого аллергена не позднее 30 секунд от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 2. | Выполнено парентеральное введение эпинефрина не позднее 3 минут от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 3. | Выполнено парентеральное введение лекарственных препаратов группы системные глюкокортикостероиды не позднее 5 минут от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 4. | Налажен венозный доступ не позднее 10 минут от момента установления диагноза или сохранен венозный доступ в случае внутривенного введения лекарственного препарата, вызвавшего анафилактический шок | Да/Нет |
| 5. | Выполнена укладка больного в положение лежа на спине под углом 45° с приподнятым по отношению к голове тазом (положение Тренделенбурга) не позднее 1 минуты от момента установления диагноза | Да/Нет |
| 6. | Выполнено мониторирование артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений | Да/Нет |
| 7. | Стабилизированы гемодинамические показатели: артериальное давление у взрослых и детей старше 10 лет - систолическое выше 100 мм. рт. ст., у детей до 10 лет выше 90 мм. рт. ст., пульс не реже 60 ударов в минуту | Да/Нет |








ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА

В начале XIX века профессор Я.Л. Лейбович под врачебной ошибкой понимал «невнимательные, небрежные, недобросовестные, неосторожные или невежественные действия и приемы в оказании медицинской помощи или ухода за больными, в результате которых возникло телесное повреждение либо смерть больного, либо затяжка или ухудшение болезни, либо потеря благоприятного времени для правильного лечения».

В большой медицинской энциклопедии профессор Давыдовский И.В. дал такое определение врачебной ошибки: «Ошибка врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, являющаяся следствием добросовестного заблуждения и не содержащая состава преступления или признаков проступка».



Виды дефектов оказания медицинской помощи

- организационные,  Случай выписки за нарушение режима
- тактические,  Случай удаления единственной почки
- диагностические,  Случай бронхоскопия
- лечебные,  Случай соляная кислота
- в ведении медицинской документации.  Случай отсроченных записей



Приложение №5

Утверждено приказом от 11.01.2016г. №15-п

Классификатор дефектов медицинской помощи

Рубрика 1 Классификатора.

Виды и наименования дефектов медицинской помощи

| Код | Виды и наименования дефектов |
|-----|---|
| 1 | Дефекты диагностических мероприятий Дефекты сбора жалоб или анамнеза (анамнеза жизни; анамнеза заболевания): |
| 1.1 | Жалобы не собраны. |
| 1.2 | Жалобы собраны не в полном объеме или не детализированы. |
| 1.3 | Жалобы собраны несвоевременно. |
| 1.4 | Анамнез жизни не собран в части разделов, существенных для оказания медицинской помощи: наследственная предрасположенность, перенесенные заболевания, операции, лекарственная непереносимость, гемотрансфузии и др. |
| 1.5 | Анамнез заболевания или эпидемиологический анамнез отсутствует. |
| 1.6 | Анамнез заболевания или эпидемиологический анамнез собран не в полном объеме или не детализирован. |
| 1.7 | Анамнез заболевания или эпидемиологический анамнез собран несвоевременно. |
| 1.8 | Прочие виды дефектов сбора жалоб или анамнеза. |
| 2 | Дефекты объективного осмотра; дополнительных обследований: |
| 2.1 | Объективный осмотр не проведен. |
| 2.2 | Объективный осмотр проведен не в полном объеме. |
| 2.3 | Запись об объективном осмотре сделана без его проведения. |
| 2.4 | Диагностические мероприятия не назначены. |



ФГБОУ ВО «КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Ответственность медицинских работников за профессиональные и профессионально- должностные правонарушения



Лекция для студентов
стоматологического
факультета
профессора
Породенко В.А.

Краснодар - 2023

Субъективные причины - всецело зависящие от
врача - также весьма многочисленны и разнообразны:

- ✓ неумение врача выслушать больного, правильно оценить анамнестические данные;
- ✓ невнимательное, поверхностное и торопливое обследование;
- ✓ недостаточная теоретическая и практическая подготовка врача;
- ✓ бессистемность и нелогичность диагностического мышления;
- ✓ неправильно проведенное физическое обследование больного;
- ✓ неправильная оценка (чаще переоценка, чем недооценка), заключений консультантов;
- ✓ низкая квалификация врача и др.

14

Субъективные причины - всецело зависящие от
врача - также весьма многочисленны и разнообразны:

- ✓ неумение врача выслушать больного, правильно оценить анамнестические данные;
- ✓ невнимательное, поверхностное и торопливое обследование;
- ✓ недостаточная теоретическая и практическая подготовка врача;
- ✓ бессистемность и нелогичность диагностического мышления;
- ✓ неправильно проведенное физическое обследование больного;
- ✓ неправильная оценка (чаще переоценка, чем недооценка), заключений консультантов;
- ✓ низкая квалификация врача и др.

14

СМ-классификация упущений в медицинской деятельности

Уголовно ненаказуемые:

- 1) несчастный случай в медицинской практике;
- 2) врачебная ошибка.

Уголовно наказуемые:

- 1) умышленные;
- 2) совершенные по неосторожности.

8


Виды врачебных ошибок


- организационные,
- тактические,
- диагностические,
- лечебные,
- в ведении медицинской документации.

12

**Ответственность медицинских работников
за нарушение прав граждан
в сфере здравоохранения может быть:**

- дисциплинарной,
- административной,
- гражданской,
- уголовной.

 Случай -
брюссельский

 Случай -
удаление слюнной железы

15



Дисциплина «Административно-правовое регулирование медицинской деятельности» по ФГОС 3+ с 2016 г.

Курс лекций
по дисциплине «Административно-
правовое регулирование медицинской
деятельности»

Кафедра судебной
медицины



Разработчик:
доктор мед. наук,
профессор
Е.Н. Травенко

Тема 1. Правовое регулирование медицинской деятельности. Административное право в системе правового обеспечения охраны здоровья

Цель: усвоить основы административных правоотношении в применении к здравоохранительной деятельности.

ПЛАН

1. Регулирование отношений в сфере здравоохранения. Медицинское право. Состав современного законодательства об охране здоровья граждан.
2. Основные проблемы современного здравоохранения, связанные с вопросами административно-правового регулирования.
3. Понятие, принципы, предмет и методы административного права
4. Административно-правовые отношения и субъекты административного права.
5. Административная ответственность.

Тема 2.

Административная ответственность за нарушение законодательства и обеспечение прав граждан в области охраны здоровья

Тема 3.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ГРАЖДАН И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗА НАРУШЕНИЕ САНИТАРНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА. РЕГУЛИРОВАНИЕ ОБЯЗАННОСТЕЙ ГРАЖДАН В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ АДМИНИСТРАТИВНО-ПРАВОВЫМИ СРЕДСТВАМИ

Тема 4.

ЮРИДИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ТРЕБОВАНИЙ К ОФОРМЛЕНИЮ МЕДИКО-ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ

Тема 5.

ПРАВА И СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ АДМИНИСТРАТИВНО-ПРАВОВЫМИ СРЕДСТВАМИ



Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи"

I. Общие положения

1.1. Настоящие критерии оценки качества медицинской помощи (далее - критерии качества) применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.2. Критерии качества применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

1.3. Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

II. Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи

2. Критерии качества в амбулаторных условиях:

- а) ведение медицинской документации - медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях*(1), истории развития ребенка, индивидуальной карты беременной и родильницы (далее - амбулаторная карта):
заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;
наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство*(2);
- б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи:
оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте;
- в) установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;
- г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;
- д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;
- е) назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;
- ж) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее - клинические рекомендации):
оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;
установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;
проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей*(3) с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации;
- з) внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме;
- и) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций;
- к) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком*(4):
оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации;
внесение записи в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации*(5);
- л) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке*(6);
- м) осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке*(7) с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения;
- н) проведение медицинских осмотров, диспансеризации в установленном порядке*(8), назначение по их результатам, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения.

2.2. Критерии качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

- а) ведение медицинской документации - медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного (далее - стационарная карта); заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;
- б) наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство*(9);
- в) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или профильном структурном подразделении (далее - профильное отделение) (дневной стационар) или отделения (центре) анестезиологии-реанимации медицинской организации;
- г) оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте;
- д) установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;
- е) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;
- ж) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии);
- з) назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;
- и) указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;
- к) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций;
- л) установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;
- м) установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;
- н) внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром);
- о) принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту*(10);
- п) принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту*(10);
- р) оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);
- с) проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром);
- т) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения;
- у) проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) после установления клинического диагноза;
- ф) проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента;
- г) назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения*(11) и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи*(12), врачебной комиссией медицинской организации, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту;
- д) осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту;
- е) осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, с принятием решения о переводе врачебной комиссией медицинской организации, из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент;
- з) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке*(6);
- и) проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке*(13);
- р) отсутствие расхождения клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза;**
- с) оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенной печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.



3.18.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при токсическом действии алкоголя (код по МКБ - 10: T51)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|---|-------------------|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнено промывание желудка зондовое не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (если это не было проведено на этапе первичной медико-санитарной помощи) | Да/Нет |
| 3. | Проведен форсированный диурез с ощелачиванием мочи не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (pH, PaCO ₂ , PaO ₂ , BE, SB, BB, SO ₂ , HbO) не позднее 1-го часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 1-го часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование уровня этанола, метанола в крови (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование уровня этанола, метанола в моче (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 9. | Выполнено исследование уровня 2-пропанола, сивушных масел в крови (газо-жидкостная хроматография) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 11. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар (в состоянии комы) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 13. | Выполнена оценка гематокрита | Да/Нет |
| 14. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 15. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, креатинфосфокиназа, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, общий белок, мочевины, креатинин, калий, натрий, кальций) не менее 2 раз за период госпитализации | Да/Нет |
| 16. | Выполнен общий анализ мочи | Да/Нет |
| 17. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено внутривенное капельное введение дезинтоксикационных лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 19. | Проведена терапия гепатопротекторами (при повышении аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы и щелочной фосфатазы более чем в 2 раза и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 20. | Проведена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 21. | Выполнено исследование уровня миоглобина в моче (при повышении уровня креатинфосфокиназы и креатинина и мочевины более чем в 2 раза) | Да/Нет |
| 22. | Достигнута нормализация показателей гомеостаза на момент выписки из стационара | Да/Нет |
| 23. | Достигнуто восстановление сознания на момент выписки из стационара | Да/Нет |
| 24. | Выполнена искусственная вентиляция легких при коме (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |



С 1 января 2022 года основой контроля качества медицинской помощи стали клинические рекомендации.

Скриншот веб-портала «Рубрикатор клинических рекомендаций» (cr.minzdrav.gov.ru).

В верхней части страницы находится панель с логотипом «Рубрикатор клинических рекомендаций» и меню навигации: Главная, Клинические рекомендации, Методические руководства, Алгоритмы действий врача, О разработке клинических рекомендаций, Справочники, Портал общественного обсуждения.

В центре страницы расположен поисковый блок с полем ввода «Введите наименование заболевания» и кнопкой «Расширенный поиск».

Основное содержимое страницы разделено на две колонки:

- Клинические рекомендации**
 - [Классификатор клинических рекомендаций по МКБ-10](#)
 - [Клинические рекомендации](#)
 - [Методические руководства](#)
 - [Архив](#)
- Справочники**
 - [Термины и условные обозначение](#)
 - [Профессиональные некоммерческие медицинские организации](#)
 - [Критерии оценки качества медицинской помощи](#)
 - [Номенклатура медицинских услуг](#)
 - [Главные внештатные специалисты РФ](#)
 - [Государственные реестры](#)
 - [Клинические шкалы, индексы, опросники](#)
 - [Международная классификация болезней 10-го пересмотра \(МКБ-10\)](#)
 - [Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов \(ЖНВЛП\) для медицинского применения на 2021 год](#)

В нижней части экрана видна панель задач Windows с часами 9:10 и датой 08.06.2023.



Таблица 1. Причины диагностических ошибок, по мнению участковых врачей-педиатров

| Ранговое место | Наиболее популярные ответы (частота более 50%) |
|----------------|--|
| 1-е | Низкий уровень диагностических возможностей ЛПУ |
| 2-е | Атипичное течение заболевания |
| 3-е | Ложь родителей |
| 4-е | Невозможность предоставить пациенту необходимое диагностическое обследование бесплатно |
| 5-е | Отсутствие опыта работы |
| 6-е | Материальное состояние семьи пациента ниже прожиточного уровня Частота ответов 30—50% |
| 1-е | Неполное обследование пациента |
| 2-е | Низкий уровень знаний современных достижений науки |
| 3-е | Ошибочная трактовка клинических данных |
| 4-е | Сочетанные заболевания |
| 5-е | Недоверие пациента (родителей) врачу |
| 6-е | Отсутствие знаний «смежной» патологии |
| 7-е | Редкие заболевания Частота ответов 5—30% |
| 1-е | Игнорирование или неумелое использование анамнеза |
| 2-е | Низкий уровень базовых знаний у врача |
| 3-е | Ошибочная трактовка клинических данных |
| 4-е | Недостаточное внимание к сопутствующим заболеваниям |
| 5-е | Небрежность и спешка в обследовании |
| 6-е | Ошибочная оценка инструментальных и лабораторных методов исследования |
| 7-е | Отсутствие схем взаимодействия между различными лечебно-диагностическими учреждениями или их несостоятельность |
| 8-е | Несостоятельность «деловых» связей между узкими специалистами, диагностической службой и педиатром |
| 9-е | Конфликты врач—пациент |
| 10-е | Низкая квалификация врача |
| 11-е | Неправильная формулировка диагноза |
| 12-е | Предвзятое отношение к больному |

Истоком конфликта является так называемая трудная ситуация между субъектами. Очевидно, что и процесс оказания медицинской помощи можно отнести к «трудным ситуациям» для больного, имеющим следующие признаки:

- осознание личностью угрозы здоровью, трудностей, связанных с ограничением режима, препятствий к реализации целей;
- состояние психической напряженности как реакция на трудность;
- заметное изменение привычных параметров деятельности и общения.

Таблица 2. Причины лечебных ошибок, по мнению участковых врачей-педиатров

| Ранговое место | Наиболее популярные ответы (частота более 50%) |
|----------------|---|
| 1-е | Связь с неправильным клиническим диагнозом |
| 2-е | Атипичное течение заболевания, не поддающееся традиционной схеме лечения |
| 3-е | Ложь родителей по поводу выполнения врачебных назначений |
| 4-е | Отсутствие опыта |
| 5-е | Негативное отношение родителей пациента к назначениям врача |
| 6-е | Низкий уровень профессиональных знаний у врача |
| 7-е | Использование фальсифицированных лекарственных препаратов Частота ответов 30—50% |
| 1-е | Применение нерациональных устаревших методов лечения |
| 2-е | Сочетанные заболевания |
| 3-е | Редкие заболевания |
| 4-е | Низкая квалификация врача |
| 5-е | Несовершенство медицинской науки |
| 6-е | Назначение лекарственных препаратов-антагонистов |
| 7-е | Назначение лекарственных препаратов, противопоказанных пациенту |
| 8-е | Назначение лекарственных препаратов в дозах, не соответствующих рекомендациям в инструкции Частота ответов 5—30% |
| 1-е | Полипрагматия |
| 2-е | Обращение пациентов (родителей) к знахарям, гадалкам |
| 3-е | Низкий уровень знаний современных достижений науки у врача |
| 4-е | Предвзятое отношение к больному |

Предпосылок для развития трудных ситуаций в медицине много, и если их не предупреждать, то они реализуются в конфликты.

Наиболее частыми причинами конфликтных ситуаций являются:

- недостаточно внимательное отношение к пациенту;
- отсутствие информированного согласия пациента на лечение;
- отсутствие согласованности в действиях врачей разных специальностей, коллегиальности в составлении плана лечения;
- дефекты ведения медицинской документации;
- профессиональная некомпетентность (необоснованное расширение показаний к хирургическому лечению);
- характерологические особенности врача и пациента.

Конфликты между пациентом и врачом, рассматриваемые в судебной практике, имеют следующие признаки.



ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|-----------|
| Глава 1. Система правоотношений врача и пациента..... | 6 |
| 1.1. Выбор врача пациентом..... | 7 |
| 1.2. Отказ врача от ведения пациента..... | 8 |
| 1.3. Запрет на видеосъемку медицинского работника, а также на аудиозапись его голоса..... | 10 |
| 1.4. Оскорбление медицинского работника..... | 12 |
| 1.5. Причинение медицинскому работнику пациентом телесных повреждений..... | 14 |
| 1.6. Правила внутреннего распорядка медицинской организации..... | 17 |
| 1.7. Претензионная работа в медицинской организации..... | 21 |
| 1.8. Административный иск к законным представителям пациента..... | 24 |
| Глава 2. Защита чести, достоинства, доброго имени и профессиональной репутации медицинского работника. Взаимодействие медицинских работников со СМИ..... | 28 |
| 2.1. Правовые аспекты защиты профессиональной чести, достоинства, репутации и доброго имени медицинского работника..... | 29 |
| 2.2. Борьба с распространением не соответствующей действительности информации о медицинских работниках и их оскорблениями в сети Интернет..... | 32 |
| 2.3. Взаимодействие медицинских работников со СМИ..... | 36 |
| Глава 3. Уголовная ответственность медицинских работников..... | 42 |
| 3.1. Привлечение медицинских работников к уголовной ответственности: общие положения..... | 43 |
| 3.2. Доследственная проверка..... | 49 |
| 3.3. К вопросу о применении ст. 238 УК РФ в отношении медицинских работников..... | 55 |
| 3.4. Обвинение медицинских работников в получении взятки..... | 59 |
| 3.5. К вопросу об оказании медицинскими работниками медицинской помощи вне рабочего места..... | 64 |





| | |
|---|-----------|
| Глава 4. Гражданско-правовая ответственность медицинских организаций и медицинских работников..... | 68 |
| 4.1. Гражданско-правовая ответственность при оказании медицинской помощи: общие положения..... | 69 |
| 4.2. Законодательство о защите прав потребителей в сфере здравоохранения..... | 71 |
| Глава 5. Документооборот в медицинской организации..... | 76 |
| 5.1. Применение нормативно-правовых актов, устанавливающих правила ведения и формы медицинской документации: особенности судебной практики..... | 77 |
| 5.2. Изъятие медицинской документации..... | 81 |
| 5.3. Предоставление медицинской документации пациенту..... | 86 |
| Глава 6. Информированное добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства. Врачебная тайна..... | 89 |
| 6.1. Информированное добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства..... | 90 |
| 6.2. Врачебная тайна..... | 93 |
| Глава 7. Трудовое право медицинских работников..... | 97 |
| 7.1. Трудовое право медицинских работников: общие положения..... | 98 |
| 7.2. Предоставление медицинским работникам дополнительного отпуска по результатам СОУТ..... | 105 |
| 7.3. Вопрос – ответ..... | |



При подготовке использован грант президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленный Фондом президентских грантов (распоряжение президента Российской Федерации от 3 апреля 2017 года № 93-рп).



Медицинское право 9 ноября, 9:27
Кому: вам

ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА
«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

15 НОЯБРЯ 2022 | 14.00-15.30 МСК | ОНЛАЙН
ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ВЕБИНАР

**Неблагоприятный исход медицинской помощи:
критерии экспертной оценки и процессуальные
особенности расследования по «врачебным» делам**

Т.Н. Петрова

Регистрация на вебинар

Участие бесплатное, необходима регистрация
Начало программы в **14.00 (МСК)**

ПРОЙТИ РЕГИСТРАЦИЮ И ЗАДАТЬ ВОПРОС ЭКСПЕРТУ

ТЕМЫ ДЛЯ ДИСКУССИИ

- **Заключение комиссии экспертов** – основное доказательство, его значение для медицинского работника и для следователя
- Критерии экспертной оценки при проведении комиссионных экспертиз. **Что такое дефект оказания медицинской помощи** и как его устанавливают?
- **Причины неоднократного проведения** комиссионных **экспертиз** по оценке одного ятрогенного события. Примеры из заключений комиссионных экспертиз
- **Особенности преступлений**, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, и процесса их расследования



ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА

«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»



АПРЕЛЬ 2023 | ОНЛАЙН | ПО РЕГИСТРАЦИИ

11

14.00-15.30 МСК | Лекция эксперта
«Особенности закупок лекарственных препаратов и медицинских изделий: изменения законодательства, актуальная практика»

13

12.00-14.00 МСК | Конференция
«Возмещение терапии препаратами, не вошедшими в перечень ЖНВЛП в 2023 году»

18

14.00-15.30 МСК | Образовательный вебинар
«Возмещение затрат на терапию кардиологических пациентов: фокус на ОМС»

25

14.00-15.30 МСК | Экспертный брифинг
«Экспертиза качества медицинской помощи в системе ОМС: взаимодействие с экспертами и профилактика системных нарушений при проведении экспертных мероприятий»

КОНТАКТЫ

info@med-law.ru

8 (800) 250 64 13



Помощь адвоката врачу - возможно ли это?

TELEGRAM группа "Врач и закон"

Создана несколькими опытными адвокатами
и предназначена исключительно для врачей.

Любой врач может задать вопрос и ему на него развернуто
бесплатно (!!!) отвечают.

О чем спрашивают?

- на первом месте трудовое право - много вопросов о выплатах, о длительности рабочего дня и о длительности приема;
- второе место это типовые неясные ситуации - что делать, если пациент пришел на прием без документов? Можно ли осмотреть ребенка 13 лет без родителей? И т. п.
- более редкие вопросы касаются расследования медицинских ошибок. К примеру - нужно ли на допрос в рамках доследственной проверки идти с адвокатом?

Присоединиться к группе: <https://t.me/+a5LA6eX5JlxMzly>



Научно-практические конференции по линии НМО, проводимые коллективом кафедры судебной медицины





Междисциплинарные научно-практические конференции «Врач на громкой связи» <https://webinar.most-event.ru/>

Тематика вебинаров по роли судебно-медицинской экспертизы в расследовании профессиональных правонарушений медицинских работников



ФГБОУ ВО «КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

**Судебно-медицинская экспертиза
в расследовании профессиональных правонарушений
медицинских работников**



Доклад проф. Породенко В.А.
на междисциплинарной научно-
практической конференции
«ВРАЧ НА ГРОМКОЙ СВЯЗИ»
24.08.2022

Краснодар - 2022



ФГБОУ ВО «КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

**Как возбудить уголовное или гражданское дело
против врача**



Доклад проф. Породенко В.А.
на междисциплинарной научно-
практической конференции
«ВРАЧ НА ГРОМКОЙ СВЯЗИ»
31.08.2022

Краснодар - 2022



ФГБОУ ВО «КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

**Почему при расследовании «врачебных дел»
обязательно назначение судебно-медицинской
экспертизы**



Доклад проф. Породенко В.А.
на междисциплинарной научно-
практической конференции
«ВРАЧ НА ГРОМКОЙ СВЯЗИ»
10.09.2022

Краснодар - 2022



ФГБОУ ВО «КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

**Вопросы, разрешаемые в ходе
судебно-медицинской экспертизы**



Доклад проф. Породенко В.А.
на междисциплинарной научно-
практической конференции
«ВРАЧ НА ГРОМКОЙ СВЯЗИ»
22.09.2022

Краснодар - 2022



ФГБОУ ВО «КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Материалы уголовного (гражданского) дела



Доклад проф. Породенко В.А.
на междисциплинарной научно-
практической конференции
«ВРАЧ НА ГРОМКОЙ СВЯЗИ»
13.10.2022 г.

Краснодар - 2022



ФГБОУ ВО «КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Как защититься врачу от больного



Доклад проф. Породенко В.А.
на междисциплинарной научно-
практической конференции
«ВРАЧ НА ГРОМКОЙ СВЯЗИ»
16.11.2022

Краснодар - 2022



22 января 2014 г. в Москве, в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации, в рамках IX Общероссийского Медицинского Форума, прошел **круглый стол «Законодательное обеспечение здравоохранения и правовая защита врача»**.

По результатам обсуждения участниками круглого стола было предложено следующее:

1. **Закрепить в законодательных и нормативных документах в качестве обязательных компетенций врача владение основами медицинского законодательства и права, знание основных положений законодательного обеспечения системы российского здравоохранения и деятельности врача.**
2. **Ввести в учебные планы подготовки всех студентов медицинских вузов и факультетов (осуществляющих подготовку врачей) в качестве обязательной дисциплины "медицинское законодательство и право", предусмотрев изучение основ российского законодательства в области охраны здоровья населения, профессиональной деятельности врача, прав пациентов на соответствующих кафедрах медицинского права.**
3. **Предусмотреть включение в качестве обязательных в программах дополнительного профессионального образования врачей в качестве обязательной дисциплины "медицинское законодательство и право", предусмотрев изучение основ российского законодательства в области охраны здоровья населения, профессиональной деятельности врача, прав пациентов.**
4. **Включить в качестве одной из основных задач высшего и дополнительного профессионального медицинского образования - знание основ российского законодательства в области охраны здоровья населения и медицинского права, профессиональной деятельности врача.**



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ И ЖЕЛАЮ УСПЕХОВ!

