

# ГАРАНТ Медицина

## НОВОСТИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

### Разрешена полная предоплата лекарств для больных коронавирусом,купаемых в соответствии с Законом N 44-ФЗ

Постановление Правительства РФ от 19 декабря 2020 г. N 2172

Правительство РФ разрешило включать условие об авансовом платеже в размере до 100% цены контрактов в контракты на поставку в январе 2021 года лекарственных препаратов для амбулаторного лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией. Речь идет о контрактах, заключаемых в 2020 году в целях обеспечения государственных нужд субъектов Российской Федерации и Байконура, финансирование которых осуществляется в соответствии с постановлением Правительства РФ от 30.10.2020 N 1763 «Об утверждении Правил предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях финансового обеспечения мероприятий по приобретению лекарственных препаратов для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

Кроме этого, предусмотрен порядок казначейского сопровождения авансовых платежей по контрактам на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг, заключаемым исполнителями (соисполнителями) в рамках исполнения указанных контрактов.

Соответствующее постановление Правительства РФ вступает в силу 30 декабря 2020 года.

### Государственные закупки импортных медицинских масок временно запрещены

Постановление Правительства РФ от 23 декабря 2020 г. N 2241

До 31 декабря 2021 года на закупки медицинских масок распространяются запреты, установленные п.п. 1 и 2 постановления Правительства РФ от 30.04.2020 N 616 (далее - Постановление N 616). При этом запрещается объединять медицинские маски и другие промышленные товары, включенные в соответствующий перечень, в рамках объекта одной закупки.

Соответствующие уточнения внесены приложение к Постановлению N 616.

Указанные изменения вступили в силу 25 декабря текущего года.

### Минздрав представил образец СОП по COVID-вакцинации взрослых препаратом «Гам-КОВИД-Вак»

Письмо Министерства здравоохранения РФ от 9 декабря 2020 г. N 17-0/и/2-18965

Минздрав РФ разослал для использования в работе образец СОП «Порядок проведения вакцинации против COVID-19 взрослому населению».

СОП регламентирует:

- порядок приема, разгрузки и хранения вакцины «Гам-КОВИД-Вак» в медорганизации;
- общие требования к вакцинации (гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний, с их добровольного согласия). К противопоказаниям СОП относит - гиперчувствительность к какому-либо компоненту вакцины или аналогичной вакцины; тяжелые аллергиче-

ские реакции в анамнезе; острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний (вакцинация показана через 2-4 недели после выздоровления /ремиссии; при нетяжелых ОРВИ, инфекции ЖКТ - после нормализации температуры); беременность и период грудного вскармливания; детский возраст; тяжелые поствакцинальные осложнения (анафилактический шок, тяжелые генерализованные аллергические реакции, судорожный синдром, температур выше 40°C и т.д.) на введение компонента I вакцины;

- условия проведения вакцинации (в частности, предусмотрено заполнение пациентом специальной анкеты, устанавливаются минимальное оснащение прививочного кабинета, способ применения и дозы);

- фармаконадзор (поскольку «Гам-Ковид-Вак» зарегистрирован по особой процедуре, нужно сообщать в Росздравнадзор о каждом факте применения препарата через ЕГИСЗ - по форме регистра вакцинированных от COVID-19).

Приведены образец ИДС на вакцинацию, памятка пациента (рекомендует трехдневный алкогольный пост), алгоритм действий медработников.

### Непроведение врачом аспирационных проб при выполнении инъекции лидокаина привело к приговору по ст. 109 УК

Определение Третьего КСОЮ от 12 ноября 2020 г. по делу N 7У-8010/2020[77-1192/2020]

Кассационный суд оставил в силе обвинительный приговор по ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности; «народные» названия - неосторожное/непредумышленное убийство) врачу, который ввел пациентке смесь с лидокаином без проведения аспирационных проб, то есть не убедившись, что этот препарат не попал в системный кровоток.

Ситуация складывалась следующим образом:

- к врачу-хирургу обратилась пациентка с жалобами на острые боли в правом плечевом суставе, шейном отделе позвоночника справа, правом надплечье,

- врач решил быстро купировать боль - провести паравerteбральную блокаду шейно-грудного отдела позвоночника,

- для этого он шприцем ввел в область мышц шейно-воротниковой зоны справа послойно - внутривожно, подкожно и внутримышечно - лечебно-лекарственный препарат смеси лидокаина и дипроспана,

- к сожалению, введению лидокаина в одном шприце с дипроспаном (бетаметазоном) не предшествовали аспирационные пробы, служащие профилактикой случайного введения препаратов в кровеносный сосуд (аспирационная проба - обратное всасывание среды из области введения местного анестетика, используется для того, чтобы по отсутствию появления крови в растворе удостовериться, что кончик иглы не находится внутри кровеносного сосуда);

- в результате попадания анестетика «лидокаин» в кровеносный сосуд (кровооток) у пациентки произошло быстрое нарастание данного анестетика в крови до уровня летального, развилась системная интоксикация, что привело к острой сердечно-легочной недостаточности, и она скончалась на месте, в помещении процедурного кабинета;

- суд счел, что между небрежными действиями (бездействием) врача и наступившими последствиями в виде смерти пациентки имеется причинно-следственная связь;

- при этом в медицинских документах не было записи о проведении аспирационных проб (по версии защиты, эти пробы можно было не

отражать в медицинской карте - потому что ни законодательство, ни общепринятая медпрактика не требуют описывать технологию паравerteбральной блокады, как носящей стандартный характер медвмешательства). Правда, сам врач настаивал на том, что фактически пробы были проведены, однако суд, - основываясь на обстоятельствах дела, - этому не поверил.

Отметим, что адвокат врача указывал также на показания экспертов, - они не исключили возможность возникновения системной токсичности даже и при правильном выполнении аспирационных проб - при определённых обстоятельствах. По мнению адвоката, это свидетельствует о неустранимых сомнениях в виновности его подзащитного, и потому эти неустранимые сомнения подлежали истолкованию в пользу хирурга, однако суд с этим доводом не согласился.

### Инструкция N 747 по учету медикаментов больше не действует

#### Постановление Правительства от 16.11.2020 N 1850

В рамках «регуляторной гильотины» Правительство упразднило Инструкцию N 747 по учету медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения.

Несмотря на то, что утверждена Инструкция N 747 была в 1987 году, многие медучреждения до настоящего времени при ведении специального «внутрибольничного» учета лекарств руководствовались этим документом. Да и Минфин России в разъяснениях последних лет в отношении учета медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в учреждениях здравоохранения неоднократно опирался на положения Инструкции N 747.

Тем не менее, нормы Инструкции N 747 явно противоречат общим требованиям к бухгалтерскому учету материальных запасов, установленным Инструкцией по применению единого плана счетов бухучета для государственных (муниципальных) учреждений N 157н: это касается, в частности, способа оценки лекарств при поступлении и выбытии, а также форм первичных документов, которыми надлежит оформлять операции с матзапасами.

С 2 декабря Инструкция N 747 утратила силу.

### С июля степень утраты профессиональной трудоспособности будут определять по критериям для установления групп «обычной» инвалидности

#### Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 30 сентября 2020 г. N 687н

С 1 июля 2021 г. устанавливаются постоянные критерии определения степени утраты трудоспособности из-за несчастных случаев на производстве и профзаболеваний. Они заменят временные критерии 2001 г.

Степень утраты профтрудоспособности выражается в процентах, в размере от 10 до 100% с шагом в 10%, и будет определяться:

- во-первых, исходя из последствий повреждения здоровья вследствие несчастного случая на производстве или профзаболевания (будет 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, в диапазоне от 10 до 100% с шагом в 10 процентов, - I степень - стойкие незначительные нарушения (от 10 до 30%); II степень - стойкие умеренные нарушения (от 40 до 60%); III степень - стойкие выраженные нарушения (от 70 до 80%); IV степень - стойкие значительно выраженные нарушения (от 90 до 100%). Главное - эти степени выраженности нарушений будут устанавливать по тем же критериям, что используются при МСЭ для установления групп инвалидности;

- во-вторых, с учетом имеющихся у пострадавшего профессиональных способностей, возможностей и профессионально значимых качеств, позволяющих продолжать выполнять прежнюю профдеятельность того же содержания и в том же объеме (либо с учетом снижения квалификации, уменьшения объема (тяжести) выполняемой работы и/или необходимости создания дополнительных условий). Снижение

квалификации определяется с учетом установленных тарифных, квалификационных разрядов, профессиональных квалификационных групп в рамках соответствующей профессии (должности).

степень утраты профессиональной трудоспособности	критерий определения степени
от 90 до 100%	повреждение здоровья пострадавшего с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 90 до 100%), обусловленное несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием
100%	при полной утрате способности пострадавшего к выполнению профессиональной деятельности, непосредственно предшествующей несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, в том числе на специальных рабочих местах
90%	если пострадавший может выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве и профессиональному заболеванию, при снижении квалификации и уменьшении объема (тяжести) работ на специальных рабочих местах
80%	если пострадавший может выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, при снижении квалификации или уменьшении объема (тяжести) работ на специальных рабочих местах, а также в случае невозможности продолжать выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию
от 70 до 80%	повреждение здоровья пострадавшего с III степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 70 до 80%)
70%	если пострадавший может выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, без снижения квалификации и уменьшения объема (тяжести) работ на специальных рабочих местах
60%	если пострадавший может выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, со снижением квалификации и/или уменьшением объема (тяжести) работ при необходимости изменения условий труда и/или создания специального рабочего места, а также в случае невозможности продолжать выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию

от 40 до 60%	повреждение здоровья пострадавшего со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 40 до 60 процентов), обусловленное несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием
50%	если пострадавший может выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве и профессиональному заболеванию без снижения квалификации и уменьшения объема (тяжести) работ, но при необходимости изменения условий труда и/или создания специального рабочего места
40%	если пострадавший может выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве и профессиональному заболеванию, при снижении квалификации и/или уменьшении объема (тяжести) работ, но без необходимости изменения условий труда и/или создания специального рабочего места
от 10 до 30%	повреждение здоровья пострадавшего с I степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 10 до 30 процентов), обусловленное несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием
30%	если пострадавший может выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию, при снижении квалификации и/или уменьшении объема (тяжести) работ с учетом необходимости изменения условий труда, а также в случае невозможности продолжать выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве или профессиональному заболеванию
20%	если пострадавший может выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве и профессиональному заболеванию без снижения квалификации и уменьшения объема (тяжести) работ, но при необходимости изменения условий труда
10%	если пострадавший может выполнять профессиональную деятельность, непосредственно предшествующую несчастному случаю на производстве и профессиональному заболеванию, при снижении квалификации и/или объема (тяжести) работ, но без изменения условий труда

Специальные правила подсчета установлены для случаев повторного трудового увечья/профзаболеваний. - степень утраты профтрудоспособности определяется по каждому из них отдельно и в сумме не может превышать 100%.

## С Нового года - новый порядок оказания медпомощи по переливанию крови

**Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 октября 2020 г. N 1170н**

С 1 января 2021 года вступает в силу новый порядок оказания медпомощи по профилю «Трансфузиология» (под которой понимают клиническое использование донорской крови и компонентов, в том числе для аутологичных трансфузий, включая реинфузию, а также применение методов экстракорпоральной гемокоррекции и фотогемотерапии).

Порядок устанавливает перечень профилей медпомощи, при оказании которых может быть оказана медпомощь по трансфузиологии, и требования к квалификации тех специалистов, которые вправе назначать трансфузию, и тех, кто может назначить экстракорпоральную гемокоррекцию и фотогемотерапию. Установлены методы осуществления экстракорпоральной гемокоррекции и фотогемотерапии.

Право осуществлять трансфузии, а также применять методы экстракорпоральной гемокоррекции и фотогемотерапии в части выполнения венепункции, контроля и коррекции параметров процедуры, наблюдения за пациентами во время процедуры могут медработники, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием по специальностям «Акушерское дело», «Анестезиология и реаниматология», «Лечебное дело», «Операционное дело», «Сестринское дело», «Сестринское дело в педиатрии», «Сестринское дело в косметологии», прошедшие обучение по ДПО повышения квалификации по «Трансфузиологии».

Кроме того, установлены правила организации деятельности, штатные нормативы и стандарты оснащения для:

- кабинета трансфузиологии;
- кабинета экстракорпоральной гемокоррекции и фотогемотерапии;
- отделения трансфузиологии (вместе со стандартом дооснащения отделения лабораторной диагностики).

Вводится форма Протокола трансфузии.

## Изготовление «радиофармацевтиков» в медорганизации: в ближайшие 6 лет будет действовать новый порядок

**Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2020 г. N 1218н**

С 1 января 2021 г. и до 1 января 2027 г. будет действовать новый Порядок изготовления непосредственно в медорганизациях радиофармацевтических лекарственных препаратов, содержащих в готовой для использования форме один радионуклид или несколько радионуклидов (радиоактивных изотопов) в качестве действующего вещества или в составе действующего вещества, диагностического или терапевтического назначения (том числе для ПЭТ), полученных с использованием радионуклидных генераторов, циклотронов, наборов реагентов, растворов радионуклидов, радиоактивных (радиофармацевтических) предшественников радиофармацевтических (на деятельность по производству радиофармацевтических ЛС порядок не распространяется).

Препараты изготавливаются в структурном подразделении медорганизации, в контролируемых зонах (помещениях). Одновременное изготовление различных радиофармацевтических препаратов в одной рабочей зоне (горячей камере, ламинарной зоне или шкафу) запрещено.

Требования к системе документирования по изготовлению таких препаратов, а также саму документацию по выполнению соответствующих операций по и обеспечению качества утверждает медорганизация. Такая документация должна:

- соответствовать требованиям соответствующих фармакопейных статей и общих фармакопейных статей,
- последовательно (поэтапно) подробно описывать требования к исходному сырью, упаковочным материалам, материалам для маркировки, критическим для качества промежуточным материалам и готовым препаратам,

- устанавливать технологию изготовления радиофармацевтических ЛП,

- устанавливать предельные значения изменений характеристик препаратов, требования к сроку их хранения, упаковке и маркировке, контролю качества, а также требования к проведению операций, связанных с очисткой, дезактивацией, дезинфекцией (стерилизацией) оборудования.

Такая документация должна быть оформлена в виде утвержденных процедур.

Каждая серия изготовленного радиофармацевтического препарата должна проверяться по показателям качества в соответствии с утвержденной в медорганизации спецификацией на радиофармацевтический лекарственный препарат.

Приведены рекомендуемый перечень показателей качества радиофармацевтических препаратов, изготавливаемых непосредственно в медорганизациях, а также форма Журнала изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов.

### Объем профилактического медосмотра немного увеличится

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 декабря 2020 г. N 1278н

С будущего года предусматривается некоторое увеличение объема медицинских услуг, проводимых в рамках профилактического медосмотра граждан:

- в рамках второго этапа диспансеризации будет проводиться осмотр (консультация) врачом-дерматовенерологом, включая дерматоскопию (для граждан с подозрением на ЗНО кожи /слизистых оболочек по назначению врача-терапевта, по результатам осмотра на выявление визуальных и иных локализаций онкозаболеваний, - кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпации щитовидной железы и лимфоузлов). Указанный «выявляющий» осмотр проводится в рамках первого этапа диспансеризации - это задача врача-терапевта, кабинета медпрофилактики и центра здоровья, а фельдшеры ФАП обязаны «организовать выполнение» такого осмотра;

- в рамках второго этапа диспансеризации будет проводиться также исследование уровня гликированного гемоглобина в крови (для граждан с подозрением на сахарный диабет по назначению врача-терапевта по результатам осмотров и исследований первого этапа диспансеризации).

### С 2021 года обновятся правила организации деятельности для Центров здоровья и медпрофилактики

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 октября 2020 г. N 1177н

В рамках реализации «регуляторной гильотины» Минздрав обновил правила организации деятельности отделений и кабинетов медпрофилактики для взрослых. Отделение (кабинет) создается в качестве структурного подразделения медорганизации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь: если прикрепленного населения более 20 000 человек, создается отделение, а если меньше - то кабинет. В составе отделения рекомендовано открыть кабинет организации диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, кабинет диагностики и коррекции основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний и кабинет популяционных методов профилактики.

Центр здоровья создается из расчета не менее чем на 200 тыс. населения, в нем рекомендовано предусмотреть, помимо врачебного, кабинеты для проведения группового профилактического консультирования (школ пациента); тестирования, инструментального и лабораторного обследования; кабинет гигиениста стоматологического; кабинет ЛФК и кабинет здорового питания.

Центр общественного здоровья и медпрофилактики создается в регионе, занимается разработкой различных мер, оценкой их эф-

фективности и т.п, поэтому в его составе предусматриваются отделы: анализа и стратегического планирования; мониторинга факторов риска; разработки, реализации и мониторинга муниципальных программ общественного здоровья; коммуникационных и общественных проектов; организации медицинской профилактики; разработки, реализации и мониторинга корпоративных программ укрепления здоровья.

Основная функция отделения и центра здоровья - организация и проведение диспансеризации и профосмотров, а также решение смежных задач, в том числе направление курящих и пьющих пациентов к соответствующим специалистам, диспансеризация за гражданами с высоким риском ССЗ, обучение граждан правилам оказания первой помощи при жизнеугрожающих заболеваниях и их осложнениях и т.п.

Установлены рекомендуемые штатные нормативы и стандарты оснащения для указанных отделений и центров.

Приказ вступает в силу 1 января 2021 г.

### Упрощен порядок выписки лекарств льготникам

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 8 октября 2020 г. N 1075н

В связи с отменой специального федерального «Перечня лекарств для ЛЛО» (летние поправки установили, что они имеют право на бесплатные препараты исключительно в рамках ЖНВЛП) скорректирован и Порядок назначения лекарственных препаратов:

- ранее в самом Порядке предусматривалось, каким именно категориям льготников можно выписать лекарство из какого именно Перечня;

- сейчас сказано лишь о том, что любые льготные рецепты выписываются на рецептурном бланке формы N 148-1/у-04 (л). В соответствии с этим из Порядка назначения убрали «льготные» сноски к Закону о государственной соцпомощи, к Закону об основах охраны здоровья граждан и к Порядку ведения регистра орфанников.

### Смерть от пневмонии повлекла многомиллионные выплаты вдове и детям умершего пациента

Определение Третьего КСОЮ от 11 ноября 2020 г. по делу N 8Г-15868/2020[88-15512/2020]

Третий КСОЮ оставил в силе акты районного и регионального судов, которые взыскали с поликлиники и стационара немалые суммы в связи с некачественным лечением пациента от пневмонии: неделя амбулаторно и 10 дней в клинике закончились гибелью пациента.

Суды, в частности, опирались на заключения экспертизы, в ходе которой обнаружили следующие нарушения:

- в поликлинике: при первоначальной формулировке диагноза врачом не указана степень тяжести ОРВИ; не собран анамнез жизни (нет даты предыдущей флюорографии, наличие или отсутствие вредных привычек, сопутствующих заболеваний, не указан аллергологический, эпидемиологический и профессиональный анамнез, предыдущий прием антибиотиков, госпитализации); не назначены лабораторные исследования (общие анализы крови и мочи); не назначены противовирусные препараты (нарушение КР «ОРВИ у взрослых»); не выполнено рентгенологическое исследование грудной клетки в боковой проекции; нарушено информационное взаимодействие между врачом-рентгенологом и врачом-терапевтом участковым: при проведении цифровой флюорографии выявлена инфильтрация в среднем и нижнем отделах слева, дано заключение «левосторонняя пневмония», а осмотр врачом-терапевтом и коррекция антибактериальной терапии проведены только через 2 дня, таким образом, коррекция антибактериальной терапии отсрочена и не проведена в максимально короткие сроки. При уточняющей формулировке диагноза врачом-терапевтом не указана степень тяжести пневмонии; при объективном обследовании не проведена пульсоксиметрия; назначение пациенту антибиотика «Нацеф» - цефалоспорино пер-

вого поколения - не является правильным, так как в соответствии с практическими рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике внебольничной пневмонии у взрослых препаратом выбора для амбулаторного лечения является «Амоксициллин» и его комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (амоксициллин / клавуланат, амоксициллин / сульбактам) внутрь, у пациентов с нетяжелой пневмонией в возрасте до 60 лет без сопутствующих заболеваний возможно назначение макролидов внутрь. При коррекции антибактериальной терапии пациенту назначены макролиды; но имела место несвоевременная оценка эффективности назначенной ранее антибактериальной терапии: эффективность антибактериальной терапии должна проводиться в течение 48 часов, а в данном случае оценка эффективности проводимого антибактериального лечения проведена через 96 часов. При этом, однако, прямой причинно-следственной связи между указанными недостатками и наступлением смерти пациента не имеется;

- в стационаре: при поступлении пациента ему установлен неправильный диагноз «Бронхиолит. Дыхательная недостаточность 3 степени» вместо «Внебольничная тяжелая двусторонняя пневмония. Респираторный дистресс-синдром у взрослых»; имела место недооценка тяжести состояния пациента, он несвоевременно осмотрен врачом - реаниматологом (через 1.10 часа с момента поступления); при наличии признаков дыхательной недостаточности 3 степени не установлены показания к его госпитализации в ОРИТ; не определены показания для проведения ИВЛ, не сформирован план обследования и лечения пациента; не определена тяжесть состояния больного по шкалам SOFA, APACHE-II; при поступлении в медучреждение при наличии показаний: ЧДД 36 в 1 минуту, ЧСС 130 ударов в 1 минуту, сатурация кислорода 75%, АД 150/100 мм рт.ст. - пациент несвоевременно переведен на ИВЛ (опоздание более чем на 7 часов); объем назначенных лабораторных и инструментальных исследований при первичном осмотре являлся недостаточным: не назначена ЭКГ в стандартных отведениях (проведена спустя несколько часов после поступления); не выполнено назначенное исследование крови на прокальцитонин (маркер бактериальной инфекции, сопровождающейся системной воспалительной реакцией (по данным медицинской документации - нет реактива)); отсутствовало исследование венозной крови на стерильность (для этиологической диагностики пневмонии); несвоевременно назначено бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности к антибиотикам (спустя почти неделю после поступления) - все это не позволило своевременно исключить или подтвердить бактериальную инфекцию, провести этиологическую диагностику тяжелой внебольничной пневмонии. Антибактериальная терапия, назначенная при поступлении, являлась недостаточной и неэффективной; имело место необоснованное назначение системных глюкокортикостероидов - «Преднизолон» 100 мг 3 раза в день внутривенно, затем «Дексаметазон» 8 мг 2-4 раза в сутки внутривенно; не была своевременно назначена противовирусная терапия - «Осельтамивир» 75 мг 2 раза в сутки. При диагнозе внебольничной тяжелой двусторонней пневмонии пациент нуждался в назначении комбинаций двух антибактериальных препаратов внутривенно, назначенная пациенту схема «Леволет» 500 мг 2 раза внутривенно первые три дня с добавлением затем «Азитромицина» 500 мг 1 раз в сутки внутривенно являлась недостаточной, неэффективной, не соответствовала критериям выбора эмпирической антибактериальной терапии в данной клинической ситуации. Назначенная затем (за день до кончины) антибактериальная терапия лекарственным препаратом «Сульфперазон» в дозе 2,0 внутривенно являлась недостаточной; не была выполнена рентгенография в боковой проекции - это повлияло на оценку данных рентгенологических изменений, заключение врача-рентгенолога «диффузные изменения легких, левосторонняя пневмония в верхней доле» являлось недостаточным и не отражало всей полноты изменений паренхимы легких, повторное заключение врача-рентгенолога не содержало предположения о наличии пневмонии, исключение диагноза пневмонии из дифференциально-диагностического ряда не обосновано; имела место неправильная оценка выявленных рентгенологических изме-

нений. Между дефектами оказания медицинской помощи пациенту и наступлением его смерти имеется причинно-следственная связь.

Суды отметили, что:

- между дефектами оказания пациенту медпомощи в стационаре и наступлением его смерти имеется причинно-следственная связь, поэтому в действиях больницы усматриваются все признаки деликта, она обоснованно привлечена к гражданско-правовой ответственности по возмещению компенсации морального вреда и в связи со смертью кормильца.

- что касается вины поликлиники, то динамика развития болезни умершего характеризуется поступательным ухудшением состояния здоровья больного и непринятием врачами поликлиники адекватных методов исследования и лечения;

- в соответствии с п.25 Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденных приказом Минздрава РФ от 24.04.2008 N 194н, ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью;

- следовательно, поликлиника также допустила нарушение возложенных законом обязанностей по оказанию пациенту надлежащей медицинской помощи, в результате действий медперсонала истцы лишились шанса не потерять мужа и отца.

В пользу потерпевших - жены и детей пациента - взысканы суммы:

- в счет компенсации морального вреда (по 700 тыс. руб. с больницы и 40 тыс. руб. с поликлиники в пользу каждого),

- в счет компенсации в связи со смертью кормильца около 600 тыс. руб. на каждого ребенка за предшествующий период, а также установлен ежемесячный платеж по 27 тыс. руб., с последующей индексацией, каждому ребенку впредь до совершеннолетия либо окончания обучения в образовательном учреждении по очной форме, но не более достижения возраста 23 лет.

- судебные расходы.

### **Уменьшение тестирования на COVID и другие меры для оптимизации «ковидной» нагрузки на здравоохранение: изменения в Приказ 198н Приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 декабря 2020 г. N 1288н**

С 26 декабря вступят в силу поправки к Приказу Минздрава РФ N 198н (о порядке оказания «ковидной» медпомощи). Что изменилось:

- у контактных по COVID лиц вообще не нужно брать анализы - пока у них не появились симптомы ОРВИ. Если они так и не появились - контактного выписывают без единого теста;

- заболевших со средним и тяжелым течением выписывают при выздоровлении без проведения лабораторного исследования на COVID-19;

- пациенты с COVID среднетяжелого или тяжелого течения, пациенты с тяжелыми и (или) осложненными формами гриппа и внебольничной пневмонии могут отказаться от госпитализации (они изолируются на дому, их ежедневно обзванивают);

- обязательное ПЦР тестирование перед любой плановой госпитализацией отменяется;

- коронавирусные стационары теперь подразделяются на 2 типа. Стационар I типа - подразделение для лечения COVID-19 для госпитализации пациентов, находящихся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, и пациентов группы риска, включающее койки для «среднетяжелых» пациентов, койки для «тяжелых» пациентов, не требующих проведения ИВЛ, и требующих проведения НИВЛ, койки для крайне «тяжелых» пациентов, требующих проведения инвазивной вентиляции легких. В стационаре I типа должна быть возможность сделать рентген грудной клетки, УЗИ брюшной полости, плевральной полости, сердечно-сосудистой системы, фибробронхоскопии, общего и биохимического анализа крови с качественным определением уровня С-реактивного белка, коагулограммы с количественным определением уровня D-димера, общего анализа мочи, исследования газов крови, а сверх того - но это лишь рекомендовано - КТ легких и ПЦР-диагностика. Кроме того, предусмотрены спецтребования по

количеству коек с централизованным снабжением медицинскими газами. II тип - подразделение для госпитализации пациентов, переведенных из подразделения I типа для продолжения лечения и пациентов из группы риска в состоянии легкой и средней тяжести, включающее койки для пациентов, находящихся на долечивании. Предусмотрено, что на 35 коек для долечивания полагается 1 рабочее место врача и медсестры;

- в связи с делением стационаров на тип I и тип II скорректирован порядок госпитализации в зависимости от тяжести;

- показания для долечивания в стационаре I типа - стойкое улучшение клинической картины, насыщение крови кислородом - 93% и выше (95% и выше - показание для долечивания дома), температура тела <37,5°C, уровень С-реактивного белка <30 мг/л (менее 10 мг/л - показание для домашнего долечивания), имеет значение уровень лимфоцитов крови;

- пациент считается выздоровевшим исходя из наличия следующих критериев - насыщение крови кислородом - 96% и выше, температура - 37,2 и ниже, однократный отрицательный ПЦР на COVID-19 (если нет, то следующий мазок - только через три дня или позже);

- обязательное КТ или рентген легких - только для тяжелых пациентов (ранее это было рекомендовано и «средним»);

- уточняются показания для ТМК (регион - с ФДКЦ), в частности по поводу легкой формы COVID у беременных консультация не назначается:

взрослых пациентов  
ранее в отношении будет при наличии у пациентов одного из следующих состояний

- всех пациентов с эпиданамнезом и подозрением COVID-19 (и подтвержденным COVID-19), находящихся в ОПИТ;

- всех пациентов с пневмонией, осложненной ОДН и (или) ОРДС;

- всех пациентов с тяжелой и (или) осложненной формой гриппа - COVID-19 или пневмония тяжелого течения, в том числе с дыхательной и (или) полиорганной недостаточностью;

- тяжелая форма гриппа с дыхательной недостаточностью беременных

ранее при наличии у беременных, рожениц и родильниц одного из следующих состояний будет при наличии у беременных, рожениц и родильниц одного из следующих состояний

- COVID-19 и (или) пневмонии;

- дыхательной недостаточности;

- тяжелой и (или) осложненной форме гриппа - COVID-19 среднетяжелого или тяжелого течения и (или) пневмония;

- дыхательная недостаточность;

- тяжелая и (или) осложненная форма гриппа

- дистанционное динамическое наблюдение за пациентами после ТМК с ФДКЦ - организуется не с учетом рекомендаций врача-специалиста ФДРКЦ (как ранее), а - «в том числе с учетом рекомендаций»;

- отменяется незамедлительная организация ТМК врача-специалиста ФДРКЦ при прогрессировании заболевания «регионального» пациента;

- прием вызовов СМП больше не предполагает опроса о контакте пациента с лицами, которые находились на неблагополучных по COVID территориях. Все, что имеет значение, - факт контакта с больным с подтвержденным COVID;

- создается целая система выездных мобильных мультиспециализированных бригад. Медики в составе бригады могут быть из разных федеральных медцентров (создавать бригады поручено ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения, хотя перечень врачей для включения в бригады должны передаваться в НМХЦ им. Н.И. Пирогова, который и будет комплектовать бригады и координировать деятельность. Для врачей работа в бригаде будет оформляться служебной командировкой);

- заочный больничный будет открываться не только вернувшимся в РФ и проживающим с ними гражданам, но и вообще всем контактным по COVID-19, всем с симптомами ОРВИ, пневмонии и гриппа,

а также всем пациентам из групп риска;

- для оказания «ковидной» медпомощи можно привлекать имеющих отечественное высшее и среднее медобразование, не работавших по своей специальности более 5 лет, а также лиц со средним медобразованием по специальности, не предусмотренным сертификатом/свидетельством об аккредитации, а также студентов выпускных курсов СПО по УГС «Клиническая медицина» - после 36-часовых курсов с трудоустройством;

- для доставки медработников к пациентам с симптомами ОРВИ, внебольничной пневмонии, гриппа и COVID-19 для оказания им медицинской помощи и к пациентам из группы риска для осуществления диспансерного приема (осмотра, консультации) на дому, а также для доставки лекарственных препаратов и перевозки биологических материалов для лабораторных исследований разрешено использовать немедицинский транспорт;

- НМИЦ терапии и профмедицины МЗ создаст новый ФДКЦ - по вакцинации от COVID-19. В этом же НМИЦ откроется «горячая линия» в целях информирования населения по вопросам вакцинации против COVID-19;

- регионам рекомендовано внедрять применение искусственного интеллекта для борьбы с пандемией, если подобный продукт зарегистрирован как медизделие, а в соответствии с Законами N 123-ФЗ (об эксперименте по установлению спецрегулирования для разработки и внедрения технологий ИИ в Москве) и N 258-ФЗ (об экспериментальных правовых «цифрорежимах») - независимо от такой регистрации;

- корректируется порядок приема амбулаторных пациентов с симптомами ОРВИ: детей - в фильтр-боксах и приемно-смотровых боксах; взрослых - в отдельно выделенных кабинетах, расположенных около дополнительного входа. Аналогичный порядок - и для стационаров;

- из перечня специалистов, допущенных к оказанию скорой «антиковидной» медпомощи, исчезли наименования «медбрат» и «медбрат по приему вызовов СМП» (медсестры «остались»).

Сам Приказ N 198н будет работать до конца следующего года.

## Медикам, которые работают против COVID с 1 по 8 января, выплатят «ковидные» в двойном размере

### Постановление Правительства РФ N 2276 от 26.12.2020

Некоторым категориям медицинских и иных работников, которые выйдут на работу в «коронавирусные» подразделения в новогодние праздники, специальная социальная выплата за работу в январе будет выплачена в двойном размере:

- их выплатят в тех же размерах, порядке и на условиях, который установлены постановлениями Правительства РФ N 1896 (для «силовых» медиков, подробнее - здесь) и N 1762 (для «гражданских» медиков, подробнее - здесь), одновременно со специальными социальными выплатами, но не позднее 29.01.2021;

- для обеспечения этих выплат медорганизации обязаны до 22.01.2021 предоставить в «свое» отделение ФСС реестры работников, имеющих право на получение специальных соцвыплат и дополнительных выплат (по ПП-1762) через ФГИС «ЕИИС Соцстрах»;

- что касается порядка и условий осуществления дополнительных выплат военным врачам, то соответствующие федеральные ведомства должны сами утвердить соответствующие акты, причем успеть до новогодней ночи (Минюсту дано указание зарегистрировать такие подзаконные акты без проволочек).

## Минздрав обновил формы документов, которые используются при проведении судебно-психиатрической экспертизы

### Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2020 г. N 1149н

С 2021 г. будут действовать новые формы документов, используемых при проведении судебно-психиатрической экспертизы. Это заключение врача-судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов), журнал учета экспертиз и сведения о работе отделений амбулаторной (стационарной) судебно-психиатрической экспертизы.

Ранее утвержденные формы отменяются в рамках механизма «регуляторной гильотины».

Приказ вступает в силу с 1 января 2021 г. и действует до 1 января 2027 г.