



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА

«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

ЯНВАРЬ 2021 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

 NOVARTIS

**ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА
«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»**

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РЕШЕНИЙ

Январь 2021 года. Выпуск №1 (5)

Обновляемые подборки практических решений, вопросы-ответы по наиболее актуальным правовым, организационным и экономическим вопросам в сфере здравоохранения

Оглавление

ОБЗОР СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ (подготовлено экспертами компании "Гарант") 3

- 1. Непроведение врачом аспирационных проб при выполнении инъекции лидокаина привело к приговору по ст. 109 УК3**
- 2. Смерть от пневмонии повлекла многомиллионные выплаты вдове и детям умершего пациента3**
- 3. Конституционный Суд РФ вновь отказался рассмотреть жалобу о "миграционных" обязанностях медстационаров.....5**

ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ (Подготовлено с использованием системы «ГАРАНТ») 6

- 1. Оплачивается ли медицинским работникам, контактировавшим с пациентами с подтвержденным диагнозом COVID-19 при выполнении своих должностных обязанностей день взятия мазка в случае, если подтверждение пришло через три дня?6**
- 2. Возможно ли без согласия медицинского работника перенести дополнительный отпуск за вредные условия труда в связи с пандемией либо отозвать из этого отпуска (основной отпуск уже использован)?7**
- 3. Есть ли какие-то изменения в части исчисления пенсионного стажа медицинским работникам, работающим с COVID-19?8**

Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»

ОБЗОР СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ (подготовлено экспертами компании «ГАРАНТ»)

1. 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 паравертебральную блокаду шейно-грудного отдела позвоночника,

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

- к сожалению, введению лидокаина в одном шприце с дипропаном (бетаметазоном) не предшествовали аспирационные пробы, служащие профилактикой случайного введения препаратов в кровеносный сосуд (аспираторная 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-лёгочной 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 паравертебральной 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.

2. 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" - цефалоспорина первого 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 изменений. 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.

3. Конституционный Суд РФ вновь отказался рассмотреть жалобу о "миграционных" обязанностях медстационаров

Определение Конституционного Суда РФ от 29 октября 2020 г. N 2413-О

КС РФ не принял к рассмотрению уже вторую жалобу Котласской горбольницы на неконституционность ряда положений Закона о миграционном учете иностранных граждан (мы рассказывали о первой попытке ранее). На сей раз "мишенью" стал п. 1 ч. 3 ст. 20 данного закона, согласно которому срок представления уведомления о прибытии иностранного гражданина в место пребывания составляет 7 рабочих дней со дня прибытия в место пребывания, за исключением случаев, если иностранный гражданин находится в медорганизации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях. Ранее больницу трижды наказали по ч. 4 ст. 18.9 КоАП РФ за непредставление в МВД уведомления о прибытии иностранных пациентов.

Больница указывала в жалобе, что оспариваемый пункт:

- необоснованно возлагает на медорганизации обязанность уведомить МВД о прибытии иностранного гражданина, не обязывая при этом самих иностранных граждан предъявить при поступлении в медорганизацию документы, удостоверяющие личность;

- позволяет привлекать медорганизации к административной ответственности без учета отсутствия у них объективной возможности исполнить соответствующую обязанность в случае оказания пациенту экстренной медицинской помощи;

- а следовательно, спорный пункт не соответствует статьям 15 (часть 1), 18, 45 (часть 2) и 46 (часть 2) Конституции РФ.

КС РФ не нашел оснований для принятия жалобы к рассмотрению, отметив следующее:

- сами по себе постановка иностранных граждан на учет и снятие их с учета по месту пребывания, предполагающие возложение определенных обязанностей как на иностранного гражданина, так и на принимающую его сторону, являются необходимыми элементами единой системы миграционного учета;

- при этом закон возлагает и на иностранных граждан обязанность предоставить принимающей стороне необходимые для миграционного учета документы, что подразумевает наличие у медицинской организации права требовать от иностранных граждан предъявить удостоверение личности в рамках исполнения ими указанной обязанности,

- состоявшимися по делу заявителя судебными актами было установлено, что во всех случаях совершения противоправного деяния у больницы имелась объективная возможность исполнить возложенную на неё обязанность, поскольку иностранные граждане передавали ей необходимые документы в день госпитализации (в медкарте пациента "есть данные об иностранном паспорте", имеются показания свидетелей о представлении вида на жительство в приемный покой больницы);

- а вообще же в случае отсутствия у медорганизации объективной возможности исполнить возложенную на нее миграционным законодательством обязанность по представлению в органы миграционного учета уведомления о прибытии иностранного гражданина в место пребывания, то данный факт, будучи связанным с наличием или отсутствием виновности, подлежит выяснению в ходе производства по делу об административном правонарушении на основании всестороннего, объективного и своевременного исследования всех фактических обстоятельств (часть 2 статьи 2.1, статья 24.1, пункт 3 статьи 26.1 КоАП РФ).

ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ (Подготовлено с использованием системы «ГАРАНТ»)

Вопрос:

1. Оплачивается ли медицинским работникам, контактировавшим с пациентами с подтвержденным диагнозом COVID-19 при выполнении своих должностных обязанностей день взятия мазка в случае, если подтверждение пришло через три дня?

По постановлению Правительства РФ от 30.10.2020 N 1762 социальная выплата положена медицинским работникам, контактировавшим с пациентами с подтвержденным диагнозом COVID-19 при выполнении своих должностных обязанностей. Если анализ (мазок) взят, например, 01.11.2020, а подтверждение пришло 04.11.2020, то день взятия мазка у этого пациента оплачивается?

Ответ:

По постановлению Правительства РФ от 30.10.2020 N 1762 социальная выплата положена медицинским работникам, контактировавшим с пациентами с подтвержденным диагнозом COVID-19 при выполнении своих должностных обязанностей.

Если анализ (мазок) взят, например, 01.11.2020, а подтверждение пришло 04.11.2020, то день взятия мазка у этого пациента оплачивается?

Дата забора оплачивается, если подтвержден положительный результат.

"Как учитывать начало и конец периода контакта с пациентом, если пациент длительно находится на лечении, а ПЦР положительный только сейчас (учитывать инкубационный период 14 дней или с момента результата ПЦР)" (<https://medpalata73.ru/hotline>).

Из содержания Правил осуществления Фондом социального страхования Российской Федерации в 2020-2021 годах специальной социальной выплаты медицинским и иным работникам медицинских и иных организаций (их структурных подразделений), оказывающим медицинскую помощь (участвующим в оказании, обеспечивающим оказание медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), медицинским работникам, контактирующим с пациентами с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции (COVID-19),

утвержденных постановлением Правительства РФ от 30.10.2020 N 1762, следует, что данные выплаты предусмотрены с момента получения положительного результата COVID-19 (с даты забора мазка).

Ответ подготовил:

Специалист Горячей линии информационно-правовой поддержки ГАРАНТ

Вихрова Екатерина

Вопрос:

2. Возможно ли без согласия медицинского работника перенести дополнительный отпуск за вредные условия труда в связи с пандемией либо отозвать из этого отпуска (основной отпуск уже использован)?

Ответ:

"...частью четвертой ст. 124 ТК РФ прямо и без каких бы то ни было оговорок запрещается непредоставление ежегодного оплачиваемого отпуска работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда.

Обратим внимание, в этой норме говорится о ежегодном оплачиваемом отпуске. Как следует из части второй ст. 120 ТК РФ, ежегодный оплачиваемый отпуск включает в себя основной отпуск, продолжительность которого не может быть менее 28 дней (ст. 115 ТК РФ), и дополнительные отпуска (статьи 116-119 ТК РФ), когда такие отпуска предоставляются работнику.

Следовательно, работникам, занятым на работах с вредными или опасными условиями труда, оплачиваемый отпуск (как основной, так и дополнительный) не может быть перенесен на следующий рабочий год, причем даже по просьбе самого работника, и должен быть предоставлен в текущем рабочем году" (см. полный текст: Вопрос: Перенесение ежегодного оплачиваемого отпуска работника на следующий рабочий год, если работник трудится во вредных или опасных условиях труда (ответ службы Правового консалтинга ГАРАНТ, июль 2020 г.)).

"Согласно ст. 124 ТК РФ ежегодный оплачиваемый отпуск должен быть продлен или перенесен на другой срок, определяемый работодателем с учетом пожеланий работника, в случаях:

- временной нетрудоспособности работника;
- исполнения работником во время ежегодного оплачиваемого отпуска государственных обязанностей, если для этого трудовым законодательством предусмотрено освобождение от работы;
- в других случаях, предусмотренных трудовым законодательством, локальными нормативными актами.

В исключительных случаях, когда предоставление отпуска работнику в текущем рабочем году может неблагоприятно отразиться на нормальном ходе деятельности организации, допускается с согласия работника перенесение отпуска на следующий рабочий год. При этом отпуск должен быть использован не позднее 12 месяцев после окончания того рабочего года, за который он предоставляется.

Таким образом, работодатель не вправе отказать работнику в предоставлении ежегодного оплачиваемого отпуска по графику. Однако с учетом сложившейся ситуации с коронавирусом и загруженности медперсонала работодатель вправе обратиться к своим сотрудникам с предложением изменить сроки предоставления ежегодного оплачиваемого отпуска в 2020 году. При этом необходимо учесть, что изменить в одностороннем порядке сроки работодатель не вправе".

"В соответствии со ст. 125 ТК РФ отзыв работника из отпуска допускается только с его согласия.

Отзыв медработника из отпуска может быть продиктован производственной необходимостью, которая должна иметь документальное подтверждение. Ниже приведем следующий алгоритм оформления отзыва из отпуска в кадровой документации.

1. Руководитель структурного подразделения, в котором трудится работник, оформляет служебную записку с обоснованием причины отзыва из отпуска.

2. Служебная записка передается руководителю учреждения на согласование. Ознакомившись с запиской, руководитель ставит на ней резолюцию, которой подтверждает свое согласие или отказ, проставляет дату и подпись.

3. Работник письменно уведомляется об отзыве из отпуска, подтверждая свое согласие в письменной форме.

4. На основании письменного согласия работника и служебной записки издается приказ по учреждению, в котором указывается период, на который переносится часть неиспользованного отпуска.

Если работник не даст своего письменного согласия выйти на работу, то его нельзя привлечь за это к дисциплинарному взысканию".

Ответ подготовил:

Специалист Горячей линии информационно-правовой поддержки ГАРАНТ

Хромов Дмитрий

Вопрос:

3. Есть ли какие-то изменения в части исчисления пенсионного стажа медицинским работникам, работающим с COVID-19?

Ответ:

"Пенсионное законодательство предусматривает для медицинских работников особые правила выхода на пенсию. Но в период пандемии дополнительно учитывается порядок, установленный постановлением Правительства РФ от 6 августа 2020 г. N 1191 для медицинских работников, которые с 1 января по 30 сентября выполняли работу по противодействию распространения COVID-19 - один день стажа будет считаться за два.

Особый порядок определен для следующих категорий медицинских работников:

- занятых оказанием медицинской помощи пациентам с COVID-19 в стационарных и амбулаторных условиях (в том числе на дому);
- занятых оказанием скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи пациентами с симптомами ОРВИ и внебольничной пневмонии;
- занятых отбором биологического материала пациентов для лабораторного исследования на наличие коронавирусной инфекции;
- осуществляющих медицинскую эвакуацию пациентов с подозрением на COVID-19 в поликлинические отделения, оборудованные под КТ-центры, и иные медицинские организации".

Ответ подготовил:

Специалист Горячей линии информационно-правовой поддержки ГАРАНТ

Игнатенко Юлия