

OSINT-анализ расхождений клинического и патологоанатомического диагноза

А.В. Рагозин

ФГБОУ ВО Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации, Москва, Россия

Резюме. Охват аутопсией в странах ОЭСР и в мире неуклонно снижается. Исключение – Российская Федерация и другие страны постсоветского пространства, где он сохраняется на беспрецедентно высоком для остального мира уровне. Это обусловлено разными подходами к использованию аутопсии в управлении качеством медицинской помощи. Страны ОЭСР применяют ограниченный охват клинической аутопсией, используя этот метод преимущественно в сложных случаях, а также для обучения врачей и научных целей. Российская Федерация и другие страны постсоветского пространства во многом сохранили разработанный в СССР инновационный подход, который предусматривает обязательность аутопсии в случае смерти пациента в стационаре с анализом причин расхождения клинического и патологоанатомического диагноза и принятием решений, направленных на улучшение организации медицинской помощи, ее ресурсного обеспечения и подготовки врачей. Тем не менее начиная с 2010 года в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации появилась норма, признающая расхождение клинического и патологоанатомического диагноза дефектом медицинской помощи, который влечет наказание медицинской организации штрафом. Тем самым, расходуя значительные ресурсы на аутопсию и добросовестно расследуя причины госпитальной смертности, медицинская организация наказывает сама себя, теряя стимулы для повышения качества медицинской помощи и программируя рост дефектов в будущем. В рамках исследования проведен OSINT-анализ (Open Source Intelligence, разведка по открытым источникам) использования штрафов и других видов экономических наказаний в странах ОЭСР, БРИКС и СНГ, позволяющий предположить, что Российская Федерация, вероятно, единственная страна в мире, которая превратила расхождение клинического и патологоанатомического диагноза из важного индикатора проблем с организацией, ресурсным и кадровым обеспечением медицинской помощи в стимул для сокрытия этих проблем. Автор предлагает отменить норму о штрафах за расхождение клинического и патологоанатомического диагноза.

Ключевые слова: аутопсия, контроль качества, расхождение клинического и патологоанатомического диагноза, штрафы

Для корреспонденции: Андрей Васильевич Рагозин. E-mail: avragozin@fa.ru

Для цитирования: Рагозин А.В. OSINT-анализ расхождений клинического и патологоанатомического диагноза. Клин. эксп. морфология. 2026;15(2):79–88. DOI: 10.31088/CEM2026.15.2.79-88.

Финансирование. Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счет бюджетных средств по государственному заданию Финансового университета при Правительстве Российской Федерации.

Статья поступила 22.12.2025. Получена после рецензирования 26.01.2026. Принята в печать 16.02.2026.

OSINT-analysis of discrepancies between clinical and pathological diagnoses

A. V. Ragozin

Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, Russia

Abstract. Autopsy coverage in OECD countries and globally is steadily declining, with Russia and post-Soviet countries having high autopsy coverage. This is due to different approaches to using autopsy in quality management of medical care. OECD countries perform clinical autopsy mainly in complex cases and for medical education and research. Russia and post-Soviet countries have largely retained the approach developed in the USSR, which implies mandatory autopsy following a patient's death in a hospital. This includes analysis of the causes of discrepancies between clinical and pathological diagnoses and the development of measures to improve the organization of medical care, resource allocation, and physician

training. However, since 2010, the compulsory medical insurance system of Russia has treated discrepancies between clinical and pathologic diagnoses as a medical error, subject to significant fines for healthcare organizations. Thus, by investing resources in autopsies and investigating hospital deaths, organizations penalize themselves, discouraging improvements in care and fostering future errors. The study conducted an OSINT analysis of fines and other economic penalties in OECD, BRICS, and CIS countries. The findings suggest that Russia may be the only country that has transformed discrepancies between clinical and pathological diagnoses from an important quality indicator into an incentive to conceal organizational, resource, and staffing problems.

Keywords: autopsy, quality control, discrepancy between clinical and pathological diagnoses, fines

Corresponding author: Andrey V. Ragozin. E-mail: avragozin@fa.ru

For citation: Ragozin A.V. OSINT-analysis of discrepancies between clinical and pathological diagnoses. Clin. exp. morphology. 2026;15(2)79–88 (In Russ.). DOI: 10.31088/CEM2026.15.2.79-88.

Funding. The article is based on the results of research carried out at the expense of budgetary funds under the State Assignment of the Financial University under the Government of the Russian Federation.

Received 22.12.2025. **Received in revised form** 26.01.2026. **Accepted** 16.02.2026.

Введение

Аутопсия в современных публикациях по-прежнему регулярно признается золотым стандартом для оценки качества диагностики и медицинской помощи, особенно в контексте расхождений клинического и посмертного диагноза [1–4]. Тем не менее по ряду причин, изложение которых не входит в задачи данной статьи, охват аутопсией неуклонно падает во всем мире, что на фоне сохраняющейся высокой частоты врачебных ошибок на протяжении последних десятилетий вызывает закономерную обеспокоенность как у патологоанатомов, так и у клиницистов [5–10]. Исключение из глобальной негативной тенденции – Российская Федерация и другие страны постсоветского пространства, кото-

рые демонстрируют беспрецедентные для остального мира показатели охвата аутопсией, представленные на рисунках 1 и 2 [11, 12].

Столь значимое отличие в охвате аутопсией в постсоветских странах и в остальном мире обусловлено разными подходами к управлению качеством медицинской помощи. Копируемый сегодня во всем мире подход стран ОЭСР признает очевидную ценность аутопсии, но полагает, что это «медленный и дорогостоящий метод, который, вероятно, не отражает полностью проблемы: лишь небольшое количество диагностических ошибок приводит к смерти <...> неразумно ожидать, что аутопсии будут выполняться регулярно, или полагаться на экстраполяцию их результатов» [13, 14],

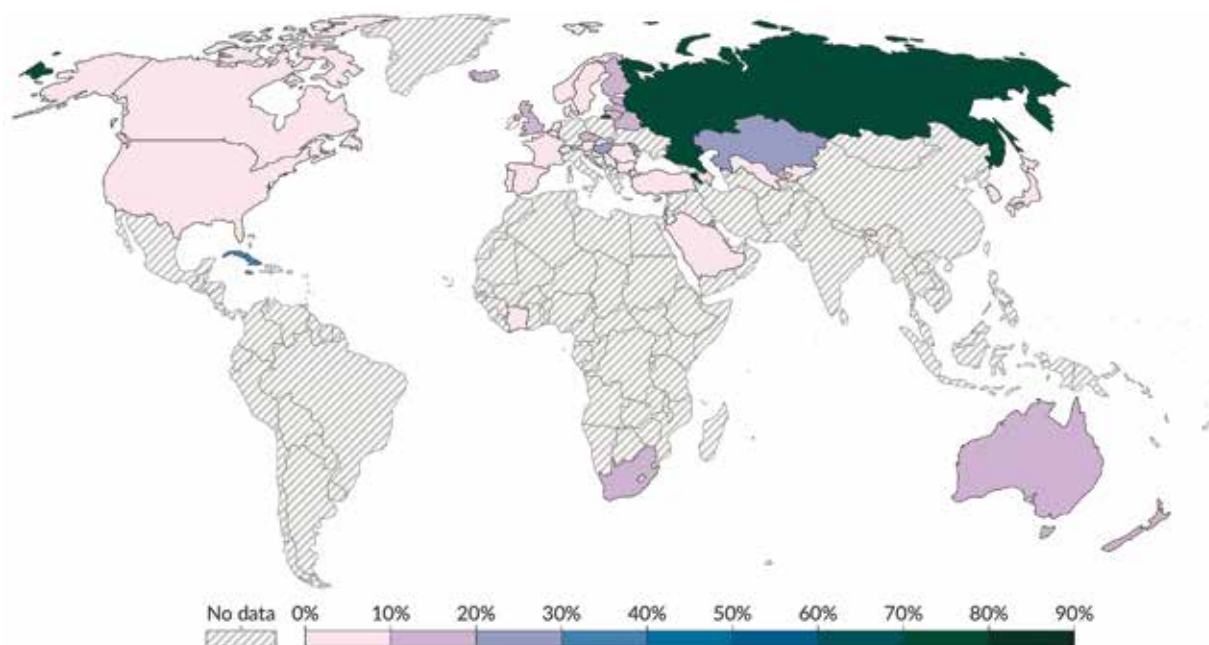


Рис. 1. Уровень проведения аутопсии по странам мира (2022 год). Доля всех смертей, по которым была проведена аутопсия [11]
Fig. 1. Autopsy rates across countries worldwide (2022). Percentage of deaths for which an autopsy was performed [11]

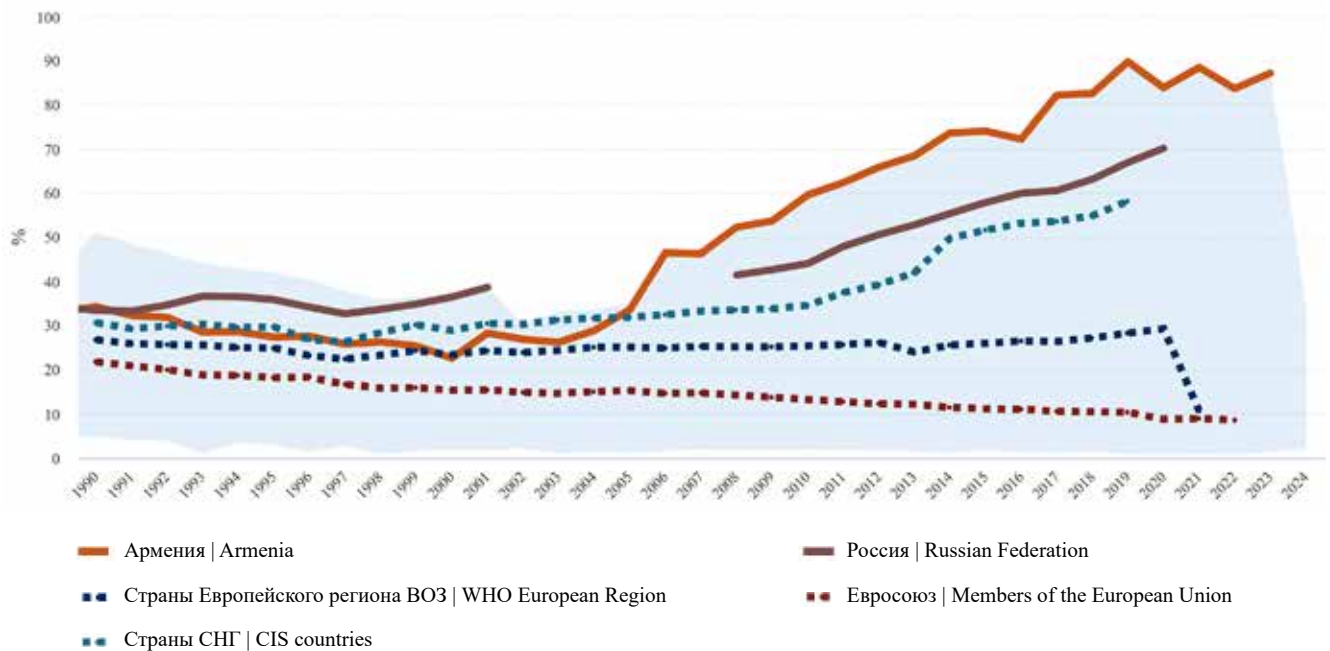


Рис. 2. Доля вскрытий (%) для всех случаев смерти [12]

Fig. 2. Autopsy rate (%) for of all deaths [12]

поэтому аутопсия рассматривается как один из многих источников данных для управления качеством медицинской помощи [15].

С учетом всего сказанного выше до последнего времени попытки интегрировать аутопсию в систему управления качеством и превратить аутопсию в ключевой элемент системы в этих странах имели форму пилотных проектов [16–19]. Их анализ позволяет выделить несколько типовых подходов. Во-первых, это стандартизированный обзор смертей на основе аутопсий с проспективным заполнением чек-листа патологоанатомом и клиницистами (крупные/незначимые диагностические расхождения, ошибки лечения), междисциплинарный разбор каждого случая (патологоанатом, лечащий врач, менеджер по качеству) с классификацией дефектов и формулировкой мер по их профилактике (изменение протоколов, обучение врачей и пр.). [16]. Во-вторых, это попытки систематического учета результатов вскрытий для нужд контроля качества: разработка структуры базы данных для регистрации диагностических расхождений, ятрогенных повреждений, организационных дефектов; ретроспективный анализ серии аутопсий с последующей оценкой частоты значимых ошибок и обсуждением этих данных на комиссиях по качеству [17]. В-третьих, попытки интегрировать данные аутопсии в систематизированные опросники [18].

Анализ доступных зарубежных источников показывает, насколько пока далеки национальные системы здравоохранения стран ОЭСР от созданной в СССР системы, которая сделала аутопсию обязательной в случае смерти пациента, превратив ее в централь-

ный элемент управления безопасностью и качеством медицинской помощи. Начиная с 1935 года (приказ Наркомздрава РСФСР № 641 «О патологоанатомическом деле в лечебных учреждениях») в СССР стала обязательной аутопсия всех умерших в стационарах в сочетании с публичным коллегиальным обсуждением случаев расхождения клинического и патологоанатомического диагноза в ходе клинко-патологоанатомических конференций. На основании материалов, выводов и предложений этих конференций администрация медицинских организаций и государственные органы управления здравоохранением были обязаны разрабатывать и проводить мероприятия по предотвращению и ликвидации выявленных недостатков, допущенных в организации и оказании медицинской помощи больным.

Анализ регулировавших эту работу приказов Минздрава СССР [20–25] показывает, что в отличие от стран ОЭСР, до сих пор не определивших место и роль аутопсии в управлении безопасностью и качеством медицинской помощи, Советскому Союзу удалось создать стройную и логичную систему, которая поощряла активное обсуждение всеми врачами проблем с безопасностью и качеством лечения, рассматривала качество медицинской помощи как качество процессов ее оказания, а диагностические расхождения в первую очередь как проявление латентных организационных, финансовых и ресурсных недостатков системы, но не индивидуальной вины врача. Отсюда системный подход: акцент на анализе и решении проблем в организации, а не на поиске «виновника», изгнание страха, поощрение сотрудников к информационному обмену

о проблемах и их обсуждению, снятие барьеров между отделениями, «встроенность» управления качеством медицинской помощи в процесс ее оказания.

Нетрудно заметить, что эти принципы советского подхода к управлению безопасностью и качеством медицинской помощи опередили свое время и сегодня нашли отражение в современных прогрессивных подходах, например концепции *just culture* (культура справедливости) и модели «швейцарского сыра» (*Swiss cheese model*).

Just culture [26–35] – организационная модель, в которой ошибки рассматриваются прежде всего как результат взаимодействия человеческого поведения и системы, а не как повод для «автоматических» наказаний. Она предполагает, с одной стороны, обязательность расследования не только трагических событий (например, смерть пациента в период лечения), но и всех угрожающих событий (инцидентов). С другой стороны, *just culture* построена на балансе честной, открытой отчетности и обучения на ошибках с дифференциацией между добросовестной ошибкой, рискованным поведением и сознательно небрежным/безрассудным действием (саботажем), для каждого из которых предусмотрен свой тип управленческой реакции. *Just culture* исходно была внедрена в гражданской авиации и обеспечила прорыв в безопасности авиаперевозок, уровень которой на порядки выше, чем сегодня в здравоохранении. Например, по данным IATA (International Air Transport Association – Международная ассоциация воздушного транспорта), в 2024 году во всем мире было проведено около 40,6 млн полетов, в ходе их погибли 244 человек – итого шестеро погибших на 1 млн полетов. Для сравнения, летальность плановой хирургии в странах ОЭСР с высоким доходом составила 5000–10 000 смертей на 1 млн операций (источник: International Surgical Outcomes Study group. *Global patient outcomes after elective surgery: prospective cohort study in 27 low-, middle- and high-income countries*. *Br J Anaesth*. 2016;117(5):601–9. DOI: 10.1093/bja/aew316).

В свою очередь, модель «швейцарского сыра» [36–40] описывает безопасность оказания сложных услуг как систему из нескольких слоев защиты (барьеры, процессы, протоколы), каждый из которых имеет «дыры» – локальные слабости. Неблагоприятное событие происходит тогда, когда «дыры» во всех слоях (недостатки процессов, нехватка ресурсов, человеческие ошибки и пр.) временно выстраиваются в одну линию, позволяя ошибке пройти через все барьеры. Задача управления безопасностью и качеством – не искать одного «виновника» (который является конечным слабым звеном, но лишь одним из многих), а прежде всего выявлять и «закрывать» системные отверстия на разных уровнях (процессы, ресурсы, обучение, организация). Модель «швейцарского сыра», как и *just culture*, опирается на информационный обмен с сотрудниками, критически важный в поиске слабых мест. В свою очередь, при

разборе клинической ошибки ищут, какие слои должны были остановить событие и почему они не сработали. Отсюда важность профилактики негативных событий: проектирование барьеров: (сознательно создается несколько независимых защитных слоев) и приоритет системных изменений: выгоднее не «латать» слабое место, а убрать его совсем, изменив процесс. Примером использования модели «швейцарского сыра» может служить разработанный в 2008 году Всемирной организацией здравоохранения контрольный список хирургической безопасности (*Surgical Safety Checklist*): контрольный список из 19 пунктов, направленный на структурирование хирургических процедур путем улучшения коммуникации между членами команды и содействия их взаимопониманию в обеспечении безопасности пациентов.

Таким образом, независимо от того, какой подход к управлению безопасностью и качеством медицинской помощи используется – конвенциональный «западный» или советский, концепция *just culture* и модель «швейцарского сыра», – они все предусматривают отсутствие каких-либо барьеров и наказаний в идентификации врачебных ошибок, поощрение открытого, лишнего страха обмена информацией о проблемах. В противном случае (например, если сотрудники и медицинская организация в целом мотивированы страхом наказаний скрывать проблемы и «хоронить свои ошибки») система управления качеством превращается в малонужную высокочрезмерную бюрократическую надстройку, а масштабные расходы на дорогостоящую аутопсию и труд патологоанатомов обесцениваются.

Представляется, именно такая ситуация сложилась в российской системе обязательного медицинского страхования (ОМС) с 2010 года, когда был принят приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Данный приказ утвердил перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), куда вошел раздел 3 («Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи») с пунктом 3.13, который предусматривал экономические санкции в отношении медицинской организации в случае невыполнения обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.

В настоящее время эта норма продолжает действовать в изложении приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения», приложение к которому «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)»

включает в себя раздел 3 «Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи» с пунктом 3.10 «Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2–3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований, за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме».

Тем самым нормы ОМС сегодня противоречат как советским, так и современным западным принципам управления качеством и стимулируют так называемую оборонительную медицину – формирование модели поведения врача и медицинской организации, при которой диагностические и лечебные решения мотивированы главным образом страхом юридических и экономических претензий, жалоб или репутационных потерь, а не интересами пациента. Наиболее распространенные формы оборонительной медицины – избыточное лечение пациентов (назначение всех предусмотренных клиническими стандартами и рекомендациями исследований, консультаций и процедур независимо от того, насколько они необходимы конкретному пациенту) и избегание методов лечения, связанных с риском [41–46]. Представляется, что к оборонительной медицине следует отнести и такие формы поведения врачей как рекомендации родственникам умершего отказаться от аутопсии под предлогом конфессиональных ограничений, а также формальное отношение к аутопсии патологоанатома, вынужденного в своем заключении учитывать риск масштабного штрафа, который будет наложен на клинику-работодателя.

В силу того что разработчики нормативных новаций в Российской Федерации часто ссылаются на зарубежный опыт, представляется важным уточнить, является ли российская норма экономических санкций в случае расхождения клинического и патологоанатомического диагноза единичным казусом, или такие нормы используются и в других странах. С этой целью исследована распространенность этих норм и практик в странах ОЭСР, БРИКС и СНГ.

Материалы и методы

Объект исследования – системы здравоохранения стран ОЭСР, БРИКС и СНГ. Выдвинута гипотеза, что в которых системах могут в той или иной форме использоваться механизмы экономической ответственности медицинских организаций и/или врачей за расхождение клинического и патологоанатомического диагноза, аналогичные нормам российской системы ОМС. С целью подтверждения или отрицания этой гипотезы проведены OSINT-поиск (Open Source Intelligence, разведка по открытым источникам) и анализ в открытых источниках формализованных норм и признаков применения практик финансовых санкций в указанных системах здравоохранения, в которых расхождение клинического и патологоанатомического диагноза рассматривается как основание для экономической ответственности (штрафа) медицинских организаций.

Исследование проводилось в форме комплексного контент-анализа нормативно-правовых актов, официальных методических документов, отчетов органов государственного управления здравоохранением, а также публикаций международных организаций (ВОЗ, ОЭСР, Всемирный банк и др.), научных и других открытых источников, доступных в интернете. В процессе сбора, предварительной структуризации и интерпретации текстовых данных использовались методы обработки естественного языка и машинного обучения с применением крупной языковой модели искусственного интеллекта (GPT-4-класса), функционирующей в режиме интерактивного экспертного ассистента, при этом все аналитически значимые выводы и классификационные решения подлежали последующей ручной верификации исследователем.

Основная поисковая стратегия включала комбинации ключевых слов, отражающих три смысловых домена: диагностические расхождения: *diagnostic discrepancy*, *autopsy discrepancy*, клинико-патологоанатомическое расхождение, ошибка диагноза, *mismatch between clinical and pathological diagnosis*; экономические и санкционные механизмы: *economic accountability*, *financial sanction*, *payment adjustment*, *financial responsibility of health providers*, финансовые санкции, экономическая ответственность, штраф, корректировка тарифа.

С учетом объекта исследования и характера анализируемых источников поиск осуществлялся преимущественно на официальных языках соответствующих стран, что обусловлено тем, что нормативные правовые акты, подзаконные документы и методические материалы органов управления здравоохранением, как правило, публикуются только на национальном языке и не имеют полных аутентичных переводов. Для каждой юрисдикции формировались отдельные наборы ключевых слов и устойчивых терминологических сочетаний на языке, а также их англоязычные эквиваленты для поиска в международных базах данных. Для разных языков применялись адаптированные синонимические ряды, что позволило учитывать терминологические различия между правовыми и организационными традициями систем здравоохранения (например, различие между терминами *malpractice*, *professional negligence*, *diagnostic error*). Поисковые запросы разрабатывались с учетом национальной юридической и медицинской терминологии, включая различающиеся обозначения диагностических ошибок, аутопсий, финансовых санкций и профессиональной ответственности в правовых системах стран ОЭСР, БРИКС и СНГ. Для каждой группы стран создавались синонимические кластеры ключевых слов (например, варианты терминов, близких по смыслу к «клинико-патологоанатомическое расхождение», «диагностическая ошибка», «экономическая ответственность», «штрафные санкции»), которые комбинировались с указанием типа документа (закон, подзаконный акт, приказ, методические рекомендации

и т.п.). Дополнительно применялись англоязычные запросы, ориентированные на поиск аналитических обзоров и докладов международных организаций, позволяющие верифицировать выявленные национальные нормы. Особое внимание уделялось поиску терминов, встречающихся в сочетании с упоминаниями форм ответственности или санкций внутри нормативных актов. Для этого проводился поиск в контексте (по соседним абзацам или предложениям), что позволяло идентифицировать релевантные упоминания даже при отсутствии прямого термина «экономическая ответственность».

Результаты

1. Страны СНГ (кроме Российской Федерации)

OSINT-анализ не выявил в системах здравоохранения стран СНГ (Азербайджан, Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Таджикистан, Узбекистан) норм, аналогичных российскому механизму ОМС, где расхождение клинического и патологоанатомического диагноза служит формализованным основанием для финансовых санкций к медицинским организациям за конкретный случай лечения. Во всех рассмотренных странах присутствуют механизмы экономической ответственности медорганизаций через:

- бюджетное или страховое (договорное) финансирование с возможностью уменьшения оплаты, удержаний, штрафов и расторжения договоров при нарушении объемов, условий и стандартов оказания помощи;
- общие нормы гражданско-правовой, административной и уголовной ответственности за ненадлежащее оказание помощи и причинение вреда пациенту, применимые к учреждениям и медработникам; диагностические ошибки (в том числе выявленные при аутопсии) рассматриваются как основание для такой ответственности, но не как отдельный тарифный индикатор.

Во всех исследованных странах признается значение клиничко-патологоанатомического контроля и судебно-медицинских экспертиз как инструментов оценки качества диагностики и лечения: существуют приказы и стандарты по патологоанатомической службе, а также нормы, устанавливающие случаи обязательных аутопсий. Имеется заметный массив клиничко-экспертной и медико-правовой литературы по расхождениям диагнозов и их последствиям для ответственности врача и учреждения, где такие расхождения выступают индикатором дефектов помощи. Однако во всех рассмотренных странах диагностические расхождения в основном встроены в клиничко-экспертные, дисциплинарные и юридические механизмы (оценка качества, основания для исков и расследований), а не в прозрачные формулы перерасчета оплаты (штрафа, удержания) по каждому случаю.

Гипотеза о наличии в странах СНГ (кроме России) механизмов экономической ответственности за рас-

хождение клинического и патологоанатомического диагнозов, аналогичных российским правилам ОМС, по результатам OSINT-анализа не подтверждается: выявлены комплексные механизмы экономической ответственности за качество помощи и обширная практика использования аутопсий и диагностических расхождений в клиничко-экспертных и юридических процедурах, но отсутствуют специфические, формально закрепленные тарифные санкции, непосредственно и автоматически привязанные к факту такого расхождения в конкретных случаях лечения.

2. Страны БРИКС (страны-члены, партнеры и приглашенные страны, кроме Беларуси, Узбекистана, Казахстана и России, – Боливия, Бразилия, Вьетнам, Египет, Индия, Индонезия, Иран, Китай, Куба, Малайзия, Нигерия, Объединенные Арабские Эмираты, Саудовская Аравия, Таиланд, Уганда, Эфиопия, ЮАР)

По странам БРИКС в ходе OSINT-анализа не выявлено формализованных механизмов, в которых расхождение клинического и патологоанатомического диагноза служит основанием для финансовых санкций к медицинской организации по конкретному случаю лечения, аналогичных нормативам российской системы ОМС. Во всех исследованных странах БРИКС экономическая ответственность медорганизаций реализуется через договорные и страховые механизмы, которые могут предусматривать уменьшение оплаты, отказ в оплате, штрафы или расторжение договоров при нарушении объемов, правил кодирования, стандартов лечения или условий контрактов; расхождения диагнозов сюда могут входить опосредованно как маркер дефектов помощи, но не выделены как самостоятельный тарифный триггер. Во всех этих странах клинические и судебно-медицинские аутопсии, а также вербальные и минимально инвазивные аутопсии рассматриваются как ключевой инструмент контроля качества диагностики, уточнения причин смерти и медико-правовой оценки. При этом данные аутопсий используются преимущественно для клинического аудита, эпиднадзора, образовательных целей и судебно-медицинской экспертизы; во внедренных платежных реформах они не фигурируют как индикатор, заложенный в формулу оплаты каждого случая лечения или как основание для штрафа.

Таким образом, по странам БРИКС гипотеза о наличии механизмов экономической ответственности, аналогичных российской системе ОМС, не подтверждается. Вместе с тем во всех этих системах диагностические расхождения играют существенную роль в клиничко-экспертных и медико-правовых процедурах и могут опосредованно приводить к экономическим последствиям (через иски, дисциплинарные меры, корректировки контрактов), но не через формальную тарифную связку расхождение диагнозов–уменьшение платежа за случай.

3. Страны ОЭСР (Австралия, Австрия, Бельгия, Великобритания, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Канада, Колумбия, Коста-Рика, Латвия, Литва, Люксембург, Мексика, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Польша, Португалия, Республика Корея, Словакия, Словения, США, Турция, Финляндия, Франция, Чехия, Чили, Швейцария, Швеция, Эстония, Япония)

Данные OSINT-поиска и анализа показали, что для стран ОЭСР в совокупности клинико-патологоанатомические расхождения по данным аутопсий остаются частыми и экономически значимыми, но в госпитальном финансировании практически нигде не используются, подобно российской системе ОМС, как формализованный триггер для неоплаты или прямого штрафа за конкретный случай лечения. При этом во всех рассмотренных странах ОЭСР (Европа, Северная Америка, Азия, Латинская Америка, Океания) клиническая аутопсия институционально отнесена к инструментам качества, обучения и статистики причин смерти, а не к платежным индикаторам.

4. Глобальный глубокий OSINT-поиск и анализ на английском языке с целью нахождения стран, использующих механизмы экономической ответственности (штрафы и удержания) в случае расхождения между клиническим и патологоанатомическим диагнозом

По результатам дополнительного глобального англоязычного поиска не выявлено ни одной страны мира, кроме Российской Федерации, где в открытых нормативных или аналитических источниках был бы описан формализованный механизм или случай неоплаты/штрафа из-за расхождения между клиническим и патологоанатомическим диагнозом.

Обсуждение

Данные исследования не подтвердили гипотезу, что в системах здравоохранения 64 исследованных стран СНГ, БРИКС и ОЭСР в той или иной форме используются механизмы экономической ответственности медицинских организаций и/или врачей за расхождение клинического и патологоанатомического диагноза, аналогичные нормам российской системы ОМС, где расхождение между клиническим и патологоанатомическим диагнозом рассматривается как основание либо квалифицирующий признак экономической ответственности медицинских организаций. По результатам дополнительного глобального англоязычного поиска не выявлено ни одной страны мира, кроме Российской Федерации, где в открытых нормативных или аналитических источниках был бы описан формализованный механизм такой экономической ответственности.

Система здравоохранения и его финансирования – вероятно, самый сложный социально-экономический

институт с исключительно масштабной и запутанной правовой базой. OSINT представляется наиболее реалистичным и доступным методом найти ответ на поставленный вопрос, который, однако, в рамках данного исследования сильный, но не абсолютный негативный результат: «не найдено» означает «высокая вероятность отсутствия институционализированного механизма экономической ответственности за расхождение клинического и патологоанатомического диагноза», а не однозначное заключение «его нет».

С одной стороны, следует учитывать общие ограничения OSINT, такие как неполнота и фрагментарность публичного поля. Часть нормативных актов, подзаконных инструкций, внутренних методических писем и судебных решений может не публиковаться в открытых источниках вообще или публиковаться с задержкой. Далее, важно иметь в виду языковые и терминологические вариации. Одни и те же механизмы могут описываться разной лексикой (не «штраф», а «коррекция тарифа», не autopsy, а postmortem examination), что создает риск пропуска слабоструктурированных упоминаний. Наконец, это алгоритмическая селекция: поисковые системы и базы правовых и медицинских текстов ранжируют и фильтруют результаты, что может скрывать редкие, характерные для одного региона документы.

С другой стороны, в рамках данного исследования есть специфические ограничения. Во-первых, узкий объект поиска. Был проведен поиск связи между расхождением клинического и патологоанатомического диагноза и прямым тарифным последствием (штраф/неоплата), но в реальной работе систем здравоохранения санкции могут быть связаны с более широкими индикаторами качества и поэтому могут не выделять аутопсию как отдельный триггер. Например, ошибка в диагнозе может включать в себя расхождение клинического и патологоанатомического диагноза, а может быть установлена и без аутопсии. Во-вторых, в системах финансирования медицинской помощи возможны «внутренние» привязки данных аутопсий без явной фиксации этого в тексте тарифных правил или законов – для поиска таких данных OSINT-метод мало чувствителен. В-третьих, многие процессы в здравоохранении происходят в рамках неформальных практик: нормативная база не предусматривает санкций за расхождения, но на практике они используются, не оставляя устойчивого цифрового следа.

Почему результаты исследования все же заслуживают доверия? Во-первых, негативный результат получен на фоне высокой интернет-заметности других санкционных механизмов: если бы существовали санкции именно за клинико-патологоанатомические расхождения, они с большой вероятностью также были бы отражены в нормативных и аналитических документах. Во-вторых, это масштаб здравоохранения как отрасли, его социальная значимость, огромное число обслуживаемых пациентов, помогающих им врачей

и медицинских организаций, что при статистически значимом использовании норм обязательно должно оставлять электронный след. В-третьих, конвергенция разных классов источников, по которым шел OSINT-анализ. В-четвертых, повторяемость результата по множеству юрисдикций. Для стран с совершенно разными принципами финансирования медицинской помощи населению – США, скандинавские страны, развитые страны Океании и Юго-Восточной Азии, смешанные модели континентальной Европы, переходные системы Латинской Америки и Восточной Европы, страны на территории бывшего СССР – наблюдается один и тот же рисунок: аутопсия – инструмент качества, доказательств, обучения врачей и науки, но не тарифный триггер. В-пятых, это теоретическая согласованность с логикой систем. Схемы финансирования и ответственности развитых стран ОЭСР давно решают задачи качества через другие, более агрегированные индикаторы (исходы, частота осложнений и др.), тогда как привязка нормы к каждому отдельному результату аутопсии создала бы сильные юридические и поведенческие риски, о чем наверняка шла бы дискуссия среди врачей и руководителей здравоохранения с заметным информационным следом.

С точки зрения методологии исследования использованный OSINT-подход не доказывает невозможность существования ограниченных по частоте применения и не описанных в публичных источниках механизмов. При этом наличие масштабного многостранового и рационального по своей логике негативного результата при высокой чувствительности метода к другим видам санкций дает основание предположить, что Российская Федерация, вероятно, является единственной страной в мире, где широко и публично используются институционализированные штрафы за расхождения между клиническим и патологоанатомическим диагнозом. Иначе говоря, эта утвержденная в 2010 году норма здравоохранения Российской Федерации не имеет аналогов в мировом опыте здравоохранения и поэтому ее следует признать казусом.

Заключение

Использование в системе обязательного медицинского страхования экономических санкций (штрафов) за расхождения между клиническим и патологоанатомическим диагнозом (даже с учетом оговорок – обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований, за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме) не имеет аналогов в мировом опыте. Данная норма противоречит как советским, так и современным западным подходам к управлению безопасностью и качеством медицинской помощи. Она стимулирует негативное с точки зрения интересов системы здравоохранения поведение медицинских организаций и врачей в рамках оборонительной медицины: стимулы к сокрытию дефектов и проблем, избыточное лечение пациентов,

убеждение родственников умерших пациентов отказаться от аутопсии и формальное проведение этого исследования. Ценность огромной работы патологоанатомической службы по проведению аутопсий в условиях дефицита ресурсов оказывается во многом снижена. Представляется важной отмена вышеуказанной нормы, негативно влияющей как на работу клиницистов и патологоанатомической службы, так и на финансирование медицинских организаций.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Disclosure. The author declares no conflict of interest.

Литература/References

1. Joubert DM, Rossouw SH, Solomon C, Meyer P. Discrepancies between clinical diagnoses and autopsy findings: a comparative study conducted in South Africa. *S Afr Med J*. 2022;112(11):879–82. DOI: 10.7196/SAMJ. 2022.v112i11.15825.
2. van den Tweel JG, Wittekind C. The medical autopsy as quality assurance tool in clinical medicine: dreams and realities. *Virchows Arch*. 2016;468(1):75–81. DOI: 10.1007/s00428-015-1833-5.
3. Khan MA, Verma M. Benefits and future of clinical autopsy: a literature review. *Cureus*. 2025;17(9):e93412. DOI: 10.7759/cureus.93412.
4. Nelson DM, Rowe SJ, Trytell A, Fahy L, Freedman K, Pflaumer A et al. Trends and differences in the rates of autopsy in the United States, 2003 to 2020: a nationwide analysis. *Heart Rhythm* O2. 2025;6(8):1165–74. DOI: 10.1016/j.hrthm.2025.05.020.
5. Aalten CM, Samson MM, Jansen PA. Diagnostic errors: the need to have autopsies. *Neth J Med*. 2006;64(6):186–90. PMID: 16788216.
6. Windeck S, Allgoewer K, von Stillfried S, Triefenbach L, Nie-naber U, Bülow RD et al. Development and progress of the National Autopsy Network (NATON). *Pathologie (Heidelb)*. 2024;45(3):203–10. DOI: 10.1007/s00292-024-01307-8.
7. Waidhauser J, Martin B, Trepel M, Märkl B. Can low autopsy rates be increased? Yes, we can! Should postmortem examinations in oncology be performed? Yes, we should! A postmortem analysis of oncological cases. *Virchows Arch*. 2021;478(2):301–8. DOI: 10.1007/s00428-020-02884-8.
8. Hagen CM, Eriksson U, Schmid K, Flury R, Bode PK. Autopsy rates and diagnostic errors in a Swiss community hospital: a ten-year retrospective analysis. *Virchows Arch*. 2025;487(2):423–32. DOI: 10.1007/s00428-025-04060-2.
9. Grassow-Narlik M, Wessolly M, Friemann J. Autopsy rates in Germany. *Pathologie*. 2017;38(5):422–9. DOI: 10.1007/s00292-017-0340-7.
10. Pakanen L, Keinänen N, Kuvaja P. Presumed adverse events in health care are a frequent indication for medico-legal autopsy in Finland. *Forensic Sci Med Pathol*. 2020;16(1):65–70. DOI: 10.1007/s12024-019-00193-4.
11. Paratz ED, Rowe SJ, Stub D, Pflaumer A, La Gerche A. A systematic review of global autopsy rates in all-cause mortality and young sudden death. *Heart Rhythm*. 2023;20(4):607–13. DOI: 10.1016/j.hrthm.2023.01.008.

12. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. Autopsy rate (%) for hospital deaths. European Health for All database (HFA-DB). WHO European Health Information Gateway. Available from: <https://gateway.euro.who.int/en/indicators> (accessed 18.12.2025).
13. Burton JL, Underwood J. Clinical, educational, and epidemiological value of autopsy. *Lancet*. 2007;369(9571):1471–80. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60376-6.
14. Friberg N, Ljungberg O, Berglund E, Berglund D, Ljungberg R, Alafuzoff I, et al. Cause of death and significant disease found at autopsy. *Virchows Arch*. 2019;475(6):781–8. DOI: 10.1007/s00428-019-02672-z.
15. Winters B, Custer J, Galvagno SM Jr, Colantuoni E, Kapoor SG, Lee H et al. Diagnostic errors in the intensive care unit: a systematic review of autopsy studies. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(11):894–902. DOI: 10.1136/bmjqs-2012-000803.
16. Slawomirski L, Kelly D, de Bienassis K, Kallas KA, Klazinga N. The economics of diagnostic safety. *OECD Health Working Papers*. 2023;176. DOI: 10.1787/fc61057a-en.
17. R. Busse, N. Klazinga, D. Panteli, W. Quentin (eds.). Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; OECD, 2019. Health Policy Series, No. 53. 445 p. DOI: 10.1787/b11a6e8f-en.
18. Early CA, Gilliland MGF, Kelly KL, Oliver WR, Kragel PJ. Autopsy standardized mortality review: a pilot study offering a methodology for improved patient outcomes. *Acad Pathol*. 2019;6:2374289519826281. DOI: 10.1177/2374289519826281.
19. Miller CR, Johnston RD, Blake BH, Aronson JF. The role of autopsy in quality assurance: pilot study of a method for prospective reporting of diagnostic errors discovered at autopsy. *Am J Forensic Med Pathol*. 2023;44(3):166–72. DOI: 10.1097/PAF.0000000000000857.
20. Early CA, Gilliland MGF, Kelly KL, Oliver WR, Kragel PJ. Autopsy standardized mortality review: a pilot study offering a methodology for improved patient outcomes. *Acad Pathol*. 2019;6:2374289519826281. DOI: 10.1177/2374289519826281.
21. Naik SS, Mohakud NK, Mishra A, Das M. Quality assessment of maternal death review: a pilot study in 10 high priority districts of Odisha State, India. *Indian J Community Med*. 2020;45(2):184–8. DOI: 10.4103/ijcm.IJCM_321_19.
22. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 03.01.1952 № 4. «Инструкция по сличению клинических и патологоанатомических диагнозов». Доступно по адресу: <https://clck.su/fMZCw> (получено 18.12.2025).
Order of the Ministry of Health of the USSR dated January 3, 1952, No. 4. Instructions on comparison of clinical and pathological anatomical diagnoses. Available from: <https://clck.su/fMZCw> (accessed 18.12.2025).
23. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 20.06.1959 № 316 «Об укреплении патологоанатомической службы и повышении ее роли в улучшении качества диагностики и лечения больных». Доступно по адресу: <https://clck.su/TfnhU> (получено 18.12.2025).
Order of the Ministry of Health of the USSR dated June 20, 1959 No. 316 “On strengthening the pathological anatomical service and increasing its role in improving the quality of diagnosis and treatment of patients”. Available from: <https://clck.su/TfnhU> (accessed 18.12.2025).
24. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 31.07.1963 № 395 «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению стационарного обслуживания населения СССР». Доступно по адресу: <https://clck.su/sdLho> (получено 18.12.2025).
Order of the Ministry of Health of the USSR dated July 31, 1963 No. 395 “On the state of inpatient care and measures for its further improvement in the USSR”. Available from: <https://clck.su/sdLho> (accessed 18.12.2025).
25. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 15.10.1970 № 667 «О мерах по совершенствованию патологоанатомической службы». Доступно по адресу: <https://clck.su/FrPdB> (получено 18.12.2025).
Order of the Ministry of Health of the USSR dated October 15, 1970 No. 667 “On measures to improve the pathological anatomical service”. Available from: <https://clck.su/FrPdB> (accessed 18.12.2025).
26. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 25.04.1983 № 375 «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране». Доступно по адресу: <https://clck.su/FrPdB> (получено 18.12.2025).
Order of the Ministry of Health of the USSR dated April 25, 1983 No. 375 “On further improvement of the pathological anatomical service in the country”. Available from: <https://clck.su/FrPdB> (accessed 18.12.2025).
27. Приказ Министерства здравоохранения РСФСР от 04.01.1988 № 2 «О состоянии и перспективах развития патологоанатомической службы в РСФСР». Доступно по адресу: <https://clck.su/qVsgL> (получено 18.12.2025).
Order of the Ministry of Health of the RSFSR dated January 4, 1988 No. 2 “On the state and prospects of development of the pathological anatomical service in the RSFSR”. Available from: <https://clck.su/qVsgL> (accessed 18.12.2025).
28. Boysen PG 2nd. Just culture: a foundation for balanced accountability and patient safety. *Ochsner J*. 2013;13(3):400–6. PMID: 24052772.
29. Barkell NP, Snyder SS. Just culture in healthcare: an integrative review. *Nurs Forum*. 2021;56(1):103–11. DOI: 10.1111/nuf.12525.
30. van Baarle E, Hartman L, Rooijackers S, Wallenburg I, Weenink JW, Bal R et al. Fostering a just culture in healthcare organizations: experiences in practice. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1035. DOI: 10.1186/s12913-022-08418-z.
31. Murray JS, Lee J, Larson S, Range A, Scott D, Clifford J. Requirements for implementing a “just culture” within healthcare organisations: an integrative review. *BMJ Open Qual*. 2023;12(2):e002237. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-002237.
32. Edwards MT. An assessment of the impact of just culture on quality and safety in US hospitals. *Am J Med Qual*. 2018;33(5):502–8. DOI: 10.1177/1062860618768057.
33. Murray JS, Clifford J, Larson S, Lee JK, Sculli GL. Implementing just culture to improve patient safety. *Mil Med*. 2023;188(7-8):usac115. DOI: 10.1093/milmed/usac115.
34. McKay C, Innes S, Hope J. Just culture in healthcare settings: a narrative review of implementation practices and outcomes.

- Australas Psychiatry. 2025;33(6):941–8. DOI: 10.1177/10398562251382461.
35. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768–70. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768.
 36. Perneger TV. The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor? *BMC Health Serv Res*. 2005;5:71. DOI: 10.1186/1472-6963-5-71.
 37. Larouzee J, Le Coze JC. Good and bad reasons: the Swiss cheese model and its critics. *Safety Science*. 2020;126:104660. DOI: 10.1016/j.ssci.2020.104660.
 38. Seshia SS, Bryan Young G, Makhinson M, Smith PA, Stobart K, Croskerry P. Gating the holes in the Swiss cheese (part I): expanding professor Reason's model for patient safety. *J Eval Clin Pract*. 2018;24(1):187–97. DOI: 10.1111/jep.12847.
 39. Wiegmann DA, Wood LJ, Cohen TN, Shappell SA. Understanding the “Swiss cheese model” and its application to patient safety. *J Patient Saf*. 2022;18(2):119–23. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000810.
 40. Liu Y, Yang Y, Jia C, Shi Z. The application progress of Swiss cheese model in safety management of nursing care. *J Biosci Med*. 2024;12:402–10. DOI: 10.4236/jbm.2024.1212032.
 41. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491–9. DOI: 10.1056/NEJMsa0810119.
 42. Fudickar A, Hörle K, Wilfang J, Bein B. The effect of the WHO Surgical Safety Checklist on complication rate and communication. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109(42):695–701. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0695.
 43. Eftekhari MH, Parsapoor A, Ahmadi A, Yavari N, Larijani B, Gooshki ES. Exploring defensive medicine: examples, underlying and contextual factors, and potential strategies to study qualitatively. *BMC Med Ethics*. 2023;24(1):82. DOI: 10.1186/s12910-023-00949-2.
 44. Sekhar MS, Vyas N. Defensive medicine: a bane to healthcare. *Ann Med Health Sci Res*. 2013;3(2):295–6. DOI: 10.4103/2141-9248.113688.
 45. Rajaie S, Azari S, Karimi F. Defensive medicine and healthcare costs: a scoping review. *Med J Islam Repub Iran*. 2024;38:119. DOI: 10.47176/mjiri.38.119.
 46. Miziara ID, Miziara CSMG. Medical errors, medical negligence and defensive medicine: a narrative review. *Clinics (Sao Paulo)*. 2022;77:100053. DOI: 10.1016/j.clinsp.2022.100053.

Информация об авторе

Андрей Васильевич Рагозин – кандидат медицинских наук, директор Центра проблем организации, финансирования и межтерриториальных отношений в здравоохранении Института региональной экономики и межбюджетных отношений Финансового университета при Правительстве Российской Федерации.

Author information

Andrey V. Ragozin – Cand. Sci. (Med.), Director of the Center for Problems of Organization, Financing and Inter-Territorial Relations in Healthcare, Institute of Regional Economy and Interbudgetary Relations, Financial University under the Government of the Russian Federation.
<https://orcid.org/0000-0003-4645-8765>