



Управление библиотечных фондов (Парламентская библиотека)

БИБЛИОДОСЬЕ

Комитет Государственной Думы
по охране здоровья,
«круглый стол» на тему

«Хирургия – зона профессионального и юридического риска»

по информационно-библиографическим ресурсам
Управления библиотечных фондов
(Парламентской библиотеки)



Москва, 2019

Предлагаемое библиодосье* к «круглому столу» на тему «**Хирургия – зона профессионального и юридического риска**» подготовлено по запросу Комитета Государственной Думы по охране здоровья на основе информационно-библиографических ресурсов Управления библиотечных фондов (Парламентской библиотеки).

Библиодосье состоит из трех частей.

Первая часть содержит публикации в журналах, газетах и интернет-ресурсах о вопросах ответственности медицинских работников за гибель пациентов или причинение вреда их здоровью, создания механизмов профессиональной ответственности врачей и их юридической защиты, обеспечения должного уровня безопасности хирургических пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи.

Во **второй части** представлены материалы социологического опроса россиян о введении уголовной ответственности за врачебные ошибки.

В **третьей части** содержится библиографический список книг, материалов парламентских мероприятий, научных статей и публикаций из ресурсов Парламентской библиотеки, которые всегда можно дополнительно заказать в читальном зале, через абонемент или по телефону 8(495)692-68-75. Библиографические записи в списке расположены в алфавитном порядке авторов или заглавий.

* Вся коллекция электронных библиодосье к парламентским слушаниям, «круглым столам» и другим парламентским мероприятиям с 2010 года доступна на портале «Библиотечные и архивные ресурсы Государственной Думы» ГАС «Законотворчество» в сети Интранет по адресу - <http://parlib.duma.gov.ru>.

СОДЕРЖАНИЕ*

Часть I

Публикации в журналах, газетах и интернет-ресурсах

- Морозов Д.А.* Нам нужен врач-лидер. Какое значение для медицины имеют правильные законы, четкие регламенты и уважение пациентов? 4
- Бастрыкин А.И.* Предложения Следственного комитета Российской Федерации по совершенствованию законодательства по вопросам расследования преступлений, связанных с врачебными ошибками 9
- Воробьев П.* Почему профессия врача становится опасной? Глава Следственного комитета РФ Александр Бастрыкин призвал «жалеть врачей», констатируя, что растет количество жалоб на них самих и на их работу 11
- Шубина Д.* Ятрогении и злодеяния: СК и медики – о врачебных ошибках 12
- Чурляева И.В.* О криминализации врачебной ошибки в уголовном законодательстве Российской Федерации 14
- Казакова В.А.* Уголовно-правовое противодействие причинению вреда жизни и здоровью по профессиональной неосторожности 18
- Сажин В.П., Карсанов А.М., Маскин С.С.* Правовые и образовательные компоненты безопасности пациентов в хирургии 22
- Карсанов А.М.* О нетривиальности понятия «безопасность пациента в хирургии» 29
- Буш Е.* Принципы хирургической безопасности могут оградить врачей от ошибок 35
- Кектеева Ю.И.* Эмоциональные изменения у врачей-хирургов: анализ и обобщение взглядов ученых 38

Часть II

Материалы социологического опроса 40

Часть III

Библиографический список книг, материалов парламентских мероприятий, публикаций в журналах, газетах и интернет-ресурсах 41

Составители:

Научное редактирование – канд. филол. наук Т.А. Москаленко (начальник отдела библиотечно-информационного обслуживания УБФ (ПБ); поиск, анализ, отбор, систематизация материалов в ресурсах УБФ (ПБ), полнотекстовых базах данных, формирование библиографических списков, оформление библиодосье – Н.Н. Логинова (ведущий консультант отдела библиотечно-информационного обслуживания УБФ (ПБ); подготовка материалов социологического опроса – канд. пед. наук Т.С. Черкасова (консультант отдела ведения баз данных и государственной библиографии по официальным документам УБФ (ПБ); подготовка электронной версии библиодосье, размещение на портале «Библиотечные и архивные ресурсы Государственной Думы» ГАС «Законотворчество» по адресу <http://parlib.duma.gov.ru/> - отдел ведения баз данных и государственной библиографии по официальным документам УБФ (ПБ).

Контакты: тел. 8-495-692-68-75, факс. 8-495-692-97-36, e-mail: parlib@duma.gov.ru

Ответственный от аппарата Комитета Государственной Думы по охране здоровья: В.А. Егоров (заместитель руководителя аппарата Комитета), тел. 8(495)692-02-51

* В соответствии с законодательством Российской Федерации в части, касающейся соблюдения авторских прав, публикации, представленные в библиодосье, не предназначены для тиражирования, размещения в Интернет и распространения.

В материалах, использованных для подготовки библиодосье, сохранены оригинальные тексты источников опубликования.

Часть I

Публикации в журналах, газетах и интернет-ресурсах

НАМ НУЖЕН ВРАЧ-ЛИДЕР. КАКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ МЕДИЦИНЫ ИМЕЮТ ПРАВИЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ, ЧЕТКИЕ РЕГЛАМЕНТЫ И УВАЖЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ?*

Д.А. Морозов, председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья, доктор медицинских наук, профессор

(...) Именно с обсуждения этой темы - как преодолеть нарастающий кризис доверия социума к медицине и медикам? - начался наш разговор с председателем Комитета Государственной Думы по охране здоровья, доктором медицинских наук, профессором Дмитрием Морозовым.

Врач и общество

- Дмитрий Анатольевич, слово «кризис», на мой взгляд, даже недостаточно емкое для того, чтобы описать нынешнюю ситуацию. Мы на пороге катастрофы. А события последних дней в Калининграде приблизили эту катастрофу еще на шаг. Я отлично представляю людей, которые, прочтя информацию от следственных органов о совершенном врачами «убийстве новорожденного по предварительному сговору», на всякий случай передумали обращаться за медицинской помощью. И сколько медиков в этот день приняли решение уйти из профессии. По-вашему, можно ли ситуацию выправить?

- Для начала нужно постараться эту ситуацию не расшатать дальше. А для этого параллельно с принятием законов, защищающих врача при исполнении им профессиональных обязанностей, необходимо, на мой взгляд, начать выстраивать правильное взаимодействие между врачебным сообществом и социумом. Признаемся: проблемы, которые есть сегодня в отношениях между обществом и медициной, в значительной степени - результат долгого периода невнимания самих медиков к данной теме.

На мой взгляд, стандартные решения в виде просветительских медицинских телевизионных программ, где специалисты просто дают зрителям некие рекомендации, работают слабо. Такой формат, к сожалению, не формирует доверия к медицине на глубинном уровне, потому что не отражает всей степени сложности работы врача, не раскрывает его, как высокообразованного и культурного человека. Потому что есть «вещание», но нет живого общения. Настоящий врач – носитель не только информации, но и добра, интеллекта, души.

Попробуйте выйти в любую аудиторию - скажем, в библиотеке, городском парке, сельском клубе - и вы увидите, какой голод в простом человеческом общении с доктором испытывают люди. С каким интересом они воспринимают даже самую простую с вашей точки зрения, но очень важную для них информацию о здоровье, профилактике и лечении, которую вы им сообщаете. Нам надо не через интернет с людьми общаться, и не с экрана телевизора, а лично - глаза в глаза. Врач в нашей стране - по-прежнему общественная фигура. Перефразируя поэта, «врач в России больше, чем врач».

- Но вам возразит огромная армия ваших коллег, особенно работающих в первичном звене: «Избавьте нас от вала учетно-отчетной документации, которую мы должны заполнять, и у нас появится время общаться с пациентами на приеме и с населением микрорайона - после работы».

- Согласен с данным аргументом полностью. Нам нужно перейти к другой системе регистрации в здравоохранении, решение этой задачи в компетенции Минздрава России.

Но давайте посмотрим на проблему глубже. Откуда взялся такой объем документов? От избыточного контроля. Когда я начинал работать детским хирургом, весь анамнез и status praesens умещались на одной странице, а сегодня одно только описание аппендицита занимает четыре страницы в истории болезни. И самое главное: если вдруг наступает «момент истины», все эти заполненные тома не очень-то защищают врача.

* Морозов Д.А. Нам нужен врач-лидер. Какое значение для медицины имеют правильные законы, четкие регламенты и уважение пациентов?: [беседа с председателем Комитета Государственной Думы по охране здоровья Д.А. Морозовым] / Д.А. Морозов; беседовала Е. Буш // Медицинская газета. – 2019. – 24 июля. - № 28. – С. 6-7. - Материалы приводятся выборочно в соответствии с предметно-тематической проблематикой библиодосье.

К чему приводит избыточный контроль? К тому, что врач начинает избегать принятия решений, особенно в сложных, экстренных и нестандартных ситуациях. Если раньше я, видя, что ребенок нуждается в немедленной операции, и это будет сложная хирургия, сам быстро принимал решение, то сегодня должен позвать еще двоих хирургов. Зачем? Чтобы они подтвердили правильность принятого мною решения, разделили ответственность. Мне не верят?! Но ведь есть ситуации, когда хирург должен уметь брать ответственность на себя, и нам нужно готовить его именно таким.

Что сейчас происходит с личностью врача? Он начинает сам в себе сомневаться, и в следующей аналогичной ситуации говорит себе: «Не буду я этим заниматься...». В итоге молодежь зачастую уходит на более легкие операции, где невелик процент возможных осложнений. А кто завтра будет принимать решения по разрыву печени? Кто будет принимать решения по трансплантации? По забору органов? Для этого нужны лидеры, сильные люди, и у лидера должен быть карт-бланш. У нас же сегодня врач постоянно под дамокловым мечом наказания и обвинений.

Ошибка или неудача?

- Как мы уже выяснили, «дамоклов меч» над врачом нависал всегда, просто в разные времена он имел разные формы. Сегодня это уголовное преследование за «врачебную ошибку». Очевидно, что профессиональная деятельность врача сопряжена с неминуемыми потерями: не всех больных можно вылечить, не всех умирающих - реанимировать. Если позволить выражению «врачебная ошибка» существовать и дальше, то ни отношение общества к докторам, ни качество медицинской помощи лучше не станут.

- Большая тема. Мы сами, внутри профессионального сообщества никак не можем сформулировать точное определение тому явлению, которое сегодня почему-то называют врачебной ошибкой. Это, на самом деле, что угодно - неуспех, неудача, несчастный случай - но не ошибка! За врачебные неудачи не судят, это часть нашей работы!

Между тем, именно слово «ошибка», фигурирующее в отечественном правовом поле, дает основания предавать даже самого опытного врача суду в случае неблагоприятного исхода лечения пациента, хоть он до этого успешно вылечил тысячу больных с аналогичным диагнозом. Вердикт общества и суда однозначен: врач допустил ошибку. При этом совокупность всех факторов, сопровождающих и болезнь данного пациента, и лечебный процесс, в расчет не берется.

Страх наказания за «врачебную ошибку» заставляет некоторых прятать истинные показатели осложнений, вместо того, чтобы обсуждать их и искать способы не допускать таких осложнений впредь. Нередко на конференциях слушаешь российских докладчиков: у одного всего 5% осложнений, у другого 3%. Затем выходит к трибуне американский хирург и про ту же самую операцию говорит, что у него 25% осложнений. У них в стране медицина хуже нашей? Нет, конечно. Просто они честные цифры называют.

К чему этот страх наказания приведет нас? К росту количества плохих исходов лечения.

Корректировка правовых формулировок - лишь одно из направлений, в которых должно двигаться профессиональное врачебное сообщество. Второе направление - создание таких условий, при которых вероятность «неудач» во врачебной практике будет максимально снижена.

Что я имею в виду? Совсем недавно Государственная Дума приняла закон о клинических рекомендациях. Не все наши коллеги понимают предназначение этого закона, говорят, что клинические рекомендации «душат», угрожают врачебному мышлению, некой свободе. На такие реплики я отвечаю: «Коллеги, мы уже не в состоянии доказать обществу и правоохранительным органам правильность своих решений и поступков, совершенных в отношении пациента. Это стало опасно для нас самих!».

Работа в рамках клинических рекомендаций не только априори повышает качество помощи пациентам, но и - что немаловажно - обеспечивает юридическую защищенность самого врача, потому что теперь, случись что, профессиональная корпорация встанет на твою защиту, покажет экспертам и правохранителям протоколы, которым ты следовал.

Таким образом, закон о клинических рекомендациях, с одной стороны, предопределяет исполнительскую дисциплину в отрасли: отныне врач не может действовать, исходя исключительно из собственных представлений и привычек. Как диагностировать, как оперировать и как реабилитировать пациента - все прописано в рекомендациях. С другой стороны, если не будет профессионального консенсуса, мы по-прежнему останемся уязвимы.

Кстати, в этой связи данный закон хорош еще тем, что соответствует единственно верной стратегии, которой нам необходимо следовать - укреплять врачебное самоуправление через

профессиональные ассоциации. Мы должны прийти к тому, чтобы невозможно было работать врачом, не являясь членом профессиональной ассоциации. В рамках своего профессионального объединения мы все друг друга знаем, соответственно, такие вопросы, как присвоение квалификационных категорий, почетных званий и ученых степеней, оплата труда, стандарты оказания медицинской помощи должны быть в компетенции ассоциаций.

При этом и сама корпорация должна быть не просто «клубом по интересам», а хорошо работающей структурой, которая, напомним, согласно существующим законам, уже сегодня обладает серьезными правами. Она может участвовать не только в аккредитации специалистов, но и в тарифной политике субъекта Федерации. К сожалению, в настоящее время далеко не все врачебные ассоциации этим занимаются.

- Почему, как вы думаете, ассоциации не берут в свои руки права, которые им уже предоставлены?

- Наверное, не все знают свои права и обязанности. Но скоро все наладится, я уверен. Ведь, например, разработку клинических рекомендаций и протоколов уже полностью отдали врачебным ассоциациям, и этим придется заниматься всерьез. В тексте закона о телемедицине мы прописали, что в регистре врачей, которые участвуют в проведении телеконсультаций, необходимо указывать, является ли он членом профессиональной ассоциации. Это так или иначе заставляет врачебные объединения нести ответственность за своих членов.

Со временем врачи начнут доверять своим профессиональным объединениям, а объединения будут соблюдать «чистоту рядов». Так происходит в Германии, Франции, США где, потеряв членство в профессиональной ассоциации, ты не сможешь устроиться на работу. Ты не осужден, не лишен свободы, но, тем не менее, утратил право на медицинскую практику за определенные проступки, которые твой профессиональный социум тебе не простил.

Наказание без преступления

- Продолжим тему юридической защиты врача. Уголовное преследование медработников за профессиональную деятельность - чисто российское нововведение. Следственный комитет диктует свои правила: ввести в Уголовный кодекс новые статьи, связанные с «врачебными ошибками», наказание за смерть пациента - до шести лет лишения свободы. Экспертизы по таким делам намерены поручить спецотделу СКР. Можно, конечно, посмеяться: врачей в стране много, всех не пересажаете. Но шутка с сильной горчинкой. Ваше мнение?

- Экспертов по «делам врачей» должны назначать не следственные органы, а наше профессиональное сообщество. Нас почему-то заведомо подозревают в круговой поруке. Это неправда! Медицинское сообщество просто не может, а значит - не будет скрывать факты откровенных ошибок, допущенных при оказании медицинской помощи и приведших к гибели больного. Ни один уважающий себя и уважаемый коллегами эксперт не станет рисковать репутацией и говорить неправду. В каждой больнице проводятся профессиональные разборы неудач и летальных исходов, клиничко-анатомические конференции с участием рецензентов и всего коллектива.

Мне довелось участвовать как минимум в ста клиничко-анатомических конференциях, и в двух случаях все завершилось тем, что дела были переданы в следственные органы. То есть само профессиональное сообщество признало, что врачи действительно совершили деяния, заслуживающие наказания. Строго? Да. Но объективно.

Мне кажется неверной сама формулировка статьи, по которой рассматриваются врачебные дела - «ненадлежащее оказание медицинской помощи». Если следовать этой формулировке буквально, каждый случай смерти больного в стационаре может быть квалифицирован, как ненадлежащее оказание помощи. Ведь трудно назвать «надлежащим» процесс, завершившийся смертью. Вот где откроется простор для контролирующих органов! Полагаю, административного наказания за лечение, не соответствующее Клиническим рекомендациям и протоколам, было бы достаточно. Так и есть в нашем законе.

Нашумевшая история в Калининграде: да, ребенок умер, но врачи занимались своей работой, и поскольку он незрелый и недоношенный, спасти его не смогли. СКР формулирует просто невероятное обвинение: убийство пациента по предварительному сговору. Да у нас ни одно решение в отношении пациента не принимается без консилиума - предварительного «сговора» заведомо и врача!

Такие события в медицине и такое их информационное сопровождение угрожают нашему бытию. Мы можем расшатать систему до такой степени, что молодежь начнет уходить из

профессии. А кто будет лечить людей? И кто за этот коллапс отрасли будет отвечать?... Ведь очень многое станет невозвратным.

- *Само по себе рассмотрение дел, связанных с качеством оказания медицинской помощи, в уголовном суде заведомо формирует в обществе определенное представление о врачах. Не так ли?*

- Да, я тоже так считаю. Есть мировая практика, согласно которой все взаимоотношения между врачом и пациентом лежат в плоскости гражданского права. Подчеркну - речь идет о результатах медицинской деятельности, а не о действительно заранее спланированных страшных преступлениях в отношении пациента, халатности или неоказании помощи.

Мы готовим врача минимум 8 лет, а средний срок профессиональной деятельности медика - 30 лет. Представьте, что где-то году на пятнадцатом работы у врача происходит та самая неудача, за которую его привлекают к суду. Мы все усилия государства на его подготовку и профессиональный рост сводим к нулю, определяя доктора в тюрьму или лишая права работать по специальности. Разве это оптимальное решение для здравоохранения и государства в целом?

Правильнее - использовать варианты административного наказания, к примеру, штрафы, временный перевод на более низкую должность.

Для того, чтобы мы могли перевести «медицинские дела» из плоскости уголовного в плоскость гражданского права, врач сам должен стать субъектом права. Это, во-первых, даст нам возможность страховать его профессиональную ответственность. Во-вторых, становясь субъектом права, врач сможет получить лицензию на право занятия медицинской деятельностью. Надеюсь, и министр здравоохранения, и профессиональное сообщество эту идею поддерживают. Первый шаг уже сделан - запущена процедура аккредитации.

- *Завершая правовую тему: мы все время говорим об ответственности врача перед обществом, а где же ответственность общества перед врачом?*

- Вы имеете в виду, когда будет принят закон о наказании за нападение на врача при исполнении им своих профессиональных обязанностей? Разработать его по аналогии с таким же законом, защищающим работников правоохранительных органов, оказалось невозможно: если мы приравняем врача и фельдшера скорой помощи к полицейскому и придадим им статус спецсубъекта, то наделение спецправом автоматически повлечет за собой дополнительные спецобязанности. Мы получим не тот эффект, который нам нужен. К тому же юридически это пока невозможно, поскольку, как я уже сказал, в Российской Федерации врач не является субъектом права и обладателем лицензии на медицинскую деятельность.

Есть другое предложение, как защитить врача от нападений. В соавторстве с И.А. Яровой мы разработали законопроект, согласно которому нападение на медработника во время его работы рассматривается, как гипотетическое или очевидное нанесение вреда пациенту. Мы уже получили поправки к данному проекту, и я очень надеюсь, что до конца весенней сессии он будет принят.

Эмпатия рождает симпатию

- *Вернемся к началу нашего разговора – можно ли восстановить в обществе статус врача, как особо уважаемого человека. Вы считаете, что нынешняя ситуация есть результат невнимания самих медиков к данной теме. Правильно ли я понимаю, что помимо уверенности в том, что государство адекватно оценивает твой труд, твоя профессия не является фактором риска уголовного преследования, и сам ты - профессионал высокого класса, врач должен постоянно думать, как его воспринимают пациенты?*

- Безусловно. Имидж врача - это часть его профессионального успеха. В понятие «имидж» в данном случае входит все от внешнего вида до манеры общения с пациентами. Именно из-за неумения врача общаться с пациентами возникает подавляющее большинство конфликтов в здравоохранении.

Как научить этому? Можно в медуниверситетах расширить курс психологии общения, можно проводить занятия на симуляторах по разрешению возможных конфликтных ситуаций - такое тоже практикуется. Но, в принципе поддерживая эти образовательные технологии, я, тем не менее, задаюсь вопросом: насколько они окажутся эффективны? Потому что реальная работа с «живым» человеком - совсем не то, что практика на симуляторе. Большой человек - это невероятно сложная система. Его родственники - еще более сложная и к тому же непредсказуемая система, тем более в ситуации, когда жизнь их близкого под угрозой. И когда молодой врач говорит о неадекватности поведения родителей больного ребенка, он не понимает, что эта их

«неадекватность» на самом деле нормальна, потому что любой из нас в подобной ситуации будет вести себя так же.

У меня есть совершенно четкий рецепт, по которому «прививку от конфликтов» получил я сам: учиться навыкам общения с пациентами надо с самого «врачебного детства». Я пришел в клинику детской хирургии на первом курсе медицинского института и до окончания учебы из клиники не выходил. В период с 3-го по 6-й курсы у меня меньше 20-ти дежурств в месяц не было. Все разговоры врачей с родителями больных детей я слышал тысячи раз и учился делать это сам - беседовать с ребенком, с его мамой.

Поэтому, если говорить о подготовке будущего врача к самой сложной части его работы – коммуникациям с пациентами, - ответ очевиден: это можно и нужно делать только внутри клиники, увеличивая объем практической подготовки студентов-медиков, их погружения внутрь лечебного процесса.

- Но ведь есть немало врачей, которые не умеют и не любят общаться с пациентами, при этом прекрасно оперируют.

- Есть такие. Я всю жизнь наблюдаю за ними, и могу сказать о результатах моего наблюдения. На мой взгляд, если доктор не являет собой гармонию хирургического мастерства, диагностических способностей и отношения к людям, то рано или поздно он столкнется с неудачей.

Эмпатия - абсолютно неотъемлемое качество для врача. Помню одного пожилого доктора, о котором все знали, что он не блестящий хирург. Но он очень любил людей. И люди его очень любили. Когда этот врач умер, проститься с ним пришло полгорода... Впору задать себе вопрос: а кто больше врач - тот, кто блестяще оперирует, но его не особо любят, или тот, кто оперирует средне, но и пациенты, и их родственники его боготворят? Ведь когда тебя любят, ты уже врачуешь.

Я давно в медицине, сам - профессор. Но когда открываю дверь в кабинет врача, на прием к которому я пришел, как пациент, то волнуюсь и трепещу, я его очень уважаю. И мне нужно - подсознательно, - чтобы доктор меня обаял. Если я вижу сомневающегося, неопрятного, равнодушного или грубоватого человека, то, будь он даже гением медицины, я этого не почувствую. Спросите любого человека, и он скажет, что хочет видеть во враче лидера, который все знает, все умеет, много читает, в том числе художественную литературу, который ходит в театр и слушает хорошую музыку. Который умеет поговорить с пациентом так, что тому уже от общения с врачом становится легче. Я знаю, у меня будет много оппонентов, которые скажут: о какой духовности врачебной профессии он говорит? Булгаков, Чехов - это в прошлом, сейчас таких не бывает. И они, на мой взгляд, ошибаются.

- Оппоненты приведут вам еще один довод: после 10 лет работы любой, даже самый «эмпатичный» врач выгорает. А если он будет сердцем прирастать к каждому больному, то сердца надолго не хватит.

- С этим я соглашусь, мы все неизбежно выгораем. Однако, мне кажется, можно если не полностью остановить этот процесс, то смягчить или отсрочить его. Врач должен работать в любви.

К примеру, нерешенные бытовые вопросы врача - фактор, усиливающий его эмоциональное выгорание на работе. Если хирург, отработав смену в одной клинике, вынужден бежать на подработку в другую, чтобы содержать семью, разве это не укорачивает его путь к состоянию выгорания? Речь не идет о том, что каждый медработник должен быть миллионером и иметь яхту, но он точно не должен жить трудно. Он должен думать не о своем неустроенном быте, а о пациентах и собственном профессиональном росте. Почему везде в мире государства поддерживают врачей? Только ли из уважения к ним? Нет, это простой расчет.

- Как говорил герой одного фильма, «коли врач сыт, то и пациенту легче».

- Примерно так. Когда врач постоянно погружен в решение собственных бытовых проблем, он не лидер, он - просто штатная единица.

Неминуемый процесс эмоционального выгорания врача можно смягчить и другими инструментами. Один из них - радость, связанная с профессиональной деятельностью. Например, ко мне приходят «на контроль» выздоровевшие пациенты, которые когда-то перенесли сложную операцию, или у них был тяжелый послеоперационный период, сепсис, и я обязательно веду их в отделение реанимации. Зачем это нужно? Да затем, что реаниматолог должен получить радость, видя отдаленный результат своего невероятно тяжелого труда. (...)

**ПРЕДЛОЖЕНИЯ СЛЕДСТВЕННОГО КОМИТЕТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ПО ВОПРОСАМ
РАССЛЕДОВАНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВРАЧЕБНЫМИ ОШИБКАМИ***

А.И. Бастрыкин, председатель Следственного комитета Российской Федерации

Следственный комитет Российской Федерации столкнулся сегодня с проблемой ответственности медицинских работников за гибель пациентов и причинения им вреда здоровью. Качественная медицина – важный катализатор благополучия общества: специалисты СК России и представители медицинского сообщества постоянно взаимодействуют, обсуждая наиболее важные вопросы правового регулирования квалификации преступлений, совершаемых врачами.

Действительно, за последние шесть лет число обращений в Следственный комитет на ошибки или ненадлежащие действия врачей и медработников выросло более чем втрое: в 2012 году их было чуть более 2 тысяч по всей стране, то к 2017 году количество таких обращений составило более 6 тысяч. При этом надо понимать, что лавинообразный рост жалоб на действия врачей не сопровождается аналогичным ростом числа возбуждаемых в отношении их уголовных дел.

Конечно, не всегда речь идет о преступлениях: зачастую гибель или вред здоровью пациентов зависит от объективных факторов, на которые медики повлиять не в силах. Однако каждое обращение, связанное с оказанием медицинской помощи, тщательно проверяется следователями СК России, ведь только в рамках расследования уголовного дела можно установить все обстоятельства произошедшего. Это позволяет, с одной стороны, защитить права пациентов на объективное расследование возможных некачественных действий медицинских работников, с другой – оградить и самого врача от необоснованных обвинений. В результате лишь 10% уголовных дел в отношении медиков доходят до суда – в 90% случаев следователи доказывают их невиновность.

Я и сам стараюсь в рамках личных приемов граждан детально вникнуть и разобраться в каждом случае гибели или причинении вреда здоровью пациентов: для этого провожу личные приемы с участием представителей медицинского сообщества. Каждый случай гибели пациента, его травмирования, причинения ему моральных страданий, безусловно, требует индивидуального подхода, но во всех таких ситуациях следователи и медики должны проявлять компетентность, сочувствие и уважение к потерпевшим.

Следственный комитет работает в рамках действующего законодательства, но вместе с экспертами в области медицины и юриспруденции уже выработаны предложения по его совершенствованию. В настоящее время деяния в сфере оказания медпомощи квалифицируются по следующим статьям УК РФ: 109 (причинение смерти по неосторожности), 118 (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности), 238 (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности), 293 (халатность), однако ни одна из них не учитывает особенности профессиональной медицинской деятельности. Ранее на заседании межведомственной рабочей группы, в которую входят следователи, профессора в области медицины и юриспруденции, представители общественных организаций, были выработаны новые предложения по введению новых статей в УК РФ: ст. 124.1 «Ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги)», ст. 124.2 «Соккрытие нарушения оказания медицинской помощи».

Ст. 124.1 предполагает уголовную ответственность за «ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги)», если это повлекло по неосторожности гибель человека и (или) причинение тяжкого вреда здоровью человека. При этих обстоятельствах предусматривается наказание в виде штрафа в размере до двухсот тысяч рублей либо лишение свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью. Те же действия, повлекшие по неосторожности смерть человека, наказываются штрафом в размере до пятисот тысяч рублей либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью. А если эти действия повлекли по неосторожности смерть двух или более лиц, то предусмотрено наказание в виде лишения свободы на срок до семи лет с лишением права

* Бастрыкин А.И. Предложения СК России по совершенствованию законодательства по вопросам расследования преступлений, связанных с врачебными ошибками // Блог Председателя Следственного комитета Российской Федерации А.И. Бастрыкина, 28 сентября 2018 г. - <https://sledcom.ru/blog> (дата обращения: 15.08.2019)

занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью. Под плодом человека понимается внутриутробно развивающийся человеческий организм с 9 недели беременности до рождения.

Ст. 124.2 предусматривает уголовную ответственность за внесение недостоверных сведений в медицинскую документацию, ее сокрытие либо уничтожение, а равно сокрытие, уничтожение либо подмену биологических материалов с целью сокрытия ненадлежащего оказания медицинской помощи (медицинской услуги) другим медицинским работником, деяния которого повлекли причинение тяжкого вреда здоровью либо гибель плода человека, либо смерть одного или более лиц (наказание в виде штрафа в размере до трехсот тысяч рублей либо лишение свободы на срок до трех лет). То же деяние, совершенное должностным лицом, либо лицом, осуществляющим управленческие функции в медицинской организации, наказывается штрафом в размере до одного миллиона рублей либо лишением свободы на срок до пяти лет.

Также предлагается новая редакция ст. 235 УК РФ «Незаконное осуществление медицинской и (или) фармацевтической деятельности».

Необходимо понимать, что к ответственности будут привлекаться только те врачи, которые допустили грубейшие нарушения стандартов и протоколов лечения. Работа над окончательным текстом законопроекта еще продолжается, но мы полагаем, что предложенные изменения позволят значительно минимизировать ошибки правоприменения, защитив таким образом как права пациентов, так и медицинских работников.

ПОЧЕМУ ПРОФЕССИЯ ВРАЧА СТАНОВИТСЯ ОПАСНОЙ?*

Глава Следственного комитета РФ Александр Бастрыкин призвал «жалеть врачей», констатируя, что растет количество жалоб на них самих и на их работу

П. Воробьев, председатель правления Московского городского научного общества терапевтов, профессор

В докладе Бастрыкина были названы наиболее рискованные врачебные специальности с точки зрения возбуждения уголовных дел в 2017 г. Лидируют хирурги (57 дел), акушеры-гинекологи (30), анестезиологи-реаниматологи (19). При этом по-прежнему велико количество нападений пациентов на врачей. Так кого от кого надо защищать?

Нагнетание антиврачебных настроений в обществе само по себе очень опасно и ничем хорошим не кончится. Пациенты и родственники озлоблены, а вслед за этим озлобятся всякие судебные органы. И что, от этого кто-то станет лучше лечить? Не станет. Потому что у нашей медицины (если отъехать немного от столицы) нет денег, нет современных технологий, нет новых зданий, помещений. Не могут же врачи пальцами лечить даже под угрозой уголовных преследований!

Кроме того, хирурги, в адрес которых в основном летят жалобы, так же как и реаниматологи-анестезиологи, всегда на острие такой атаки. Врач, идя на каждую операцию, рискует. В любой момент может случиться что-то непредвиденное. И если априори ставить его в положение преступника, то он просто перестанет оперировать.

Нас, врачей, учили оказывать помощь людям. И мы понимаем, что оказание помощи - это не всегда приятная процедура. Не всегда это протекает безболезненно. И уж тем более не всегда безопасно. Мы пытаемся заранее объяснить пациенту, какие осложнения возможны, но сами не всегда можем предвидеть и объяснить все риски. От неожиданностей никто не застрахован. Например, анафилактические шоки - все же знают, что они могут быть. При чем здесь врач? Если вы принимаете таблетки, то должны понимать, что есть вероятность, пусть даже равная тысячной доле процента, умереть от самой банальной пилюли.

Да, можно прокуроров посадить в поликлиники, чтобы они вели прием недовольных граждан, как это было в одном из регионов. Так, может, прокуроры тогда и лечить начнут?

Никто в мире не гоняется за врачами как за преступниками. В основном должны использоваться этические методы воздействия на нерадивого врача со стороны медицинской общественности. Нужно развивать профессиональную ответственность медиков, страхование ответственности врачей на случай врачебной ошибки. Врач что-то сделал неправильно, допустил халатность или небрежность? Пожалуйста, есть суд, чтобы разобраться и наказать виновных. Но это должно быть не уголовное преследование, а экономическое. Пока что мы слышим только разговоры, а реально ничего не делается.

* Воробьев П. Почему профессия врача становится опасной? Глава Следственного комитета РФ Александр Бастрыкин призвал «жалеть врачей», констатируя, что растет количество жалоб на них самих и на их работу / П. Воробьев // Аргументы и факты. – 2018. - 18 апр. - № 16. - С. 4

ЯТРОГЕНИИ И ЗЛОДЕЯНИЯ: СК И МЕДИКИ – О ВРАЧЕБНЫХ ОШИБКАХ*

Д. Шубина

Предваряя появление в УК РФ статьи, посвященной врачебным ошибкам, сотрудники Следственного комитета подготовили и направили в Минздрав РФ аналитический отчет «Криминалистическая характеристика преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи». Выводы экспертов из СК основаны на изучении материалов 143 уголовных дел (в основном по ст. 109 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности»), находившихся в производстве в 2016-2017 годах. Минздрав разослал этот документ в подведомственные и региональные медучреждения, откуда ятрогенная аналитика вскоре утекла в интернет. Vademecum опросил 2,6 тысячи пользователей профессиональной соцсети «Врачи РФ», насколько точно, по их мнению, выводы криминалистов отражают клиническую реальность.

«В целях предупреждения преступлений в медицинской сфере деятельности направляются материалы для рассмотрения возможности применения данных сведений в работе по выбору наиболее оптимальных методов и средств повышения квалификации медработников», – говорится в сопровождающем отчет письме председателя СК РФ Александра Бастрыкина.

Данные Минздрав, точнее Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения, распространил по всем региональным медучреждениям, видимо, потому, что чаще всего «рассматриваемые преступления» совершались хирургами (27,5%) и акушерами-гинекологами (13,2%).

Авторы исследования попытались сделать вывод о «криминалистических особенностях преступных медицинских дефектов». Значительная часть из них не несет практического смысла ввиду их очевидности или ограниченности выборки – та же информация о специализации врачей-преступников, их поле и возрасте, сведения о месте «преступления» (90% в госбольницах) и времени его совершения (понедельник, до полудня).

Однако некоторые выводы все же достойны внимания и комментариев практиков индустрии медуслуг. В тематическом опросе Vademecum и соцсети «Врачи РФ», проводившемся с 29 марта по 5 апреля 2019 года, приняли участие 2,6 тысячи респондентов из разных регионов страны. Их опыт более чем показателен – почти 60% участников опроса оказались специалистами со стажем лечебной работы более 20 лет. Пользователи соцсети «Врачи РФ» не только прошли по выводам СК, но и рассказали о своем опыте допущения «дефектов» в клинической практике, а также поделились мнением о возможных последствиях обостренного интереса СК РФ к сфере здравоохранения.

В отчете аналитики СК отмечают наиболее распространенные «дефекты» оказания медпомощи – в 46% случаев (143 уголовных дела) встречалось ненадлежащее проведение диагностических и, как следствие, лечебных мероприятий по разным причинам – от непривлечения нужного узкого специалиста до невнимания к анамнезу пациента. Респонденты Vademecum с этим тезисом согласились – 70% участников подтвердили, что этот «дефект» оказания медпомощи самый распространенный, но указали, что в основном проблемы возникают из-за недостаточного обследования. А вот выделенные авторами отчета нарушения во время медицинских процедур и оперативных вмешательств участники нашего опроса распространенными назвать не смогли.

Не согласны респонденты и с выводами о том, что в основном проблемы возникают в городских медучреждениях (73% от 143 рассмотренных экспертами уголовных дел). По мнению участников опроса, «дефекты» допускаются в городских клиниках не чаще, чем в сельской местности.

Поделились пользователи соцсети «Врачи РФ» и своим опытом совершения «ошибок» – почти треть на вопрос о частоте «дефектов», принесших ущерб здоровью пациентов, ответили обтекаемо: «время от времени», «смотря что считать ущербом». При этом 20% респондентов признались, что серьезные «дефекты» допускались ими лишь раз за всю клиническую практику. В том, что допущенные ими «дефекты» оказания помощи хотя бы один раз приводили к летальному исходу, признались 36,6% респондентов, еще 25% ответили, что такое «иногда случается».

* Шубина Д. Ятрогении и злодеяния: СК и медики – о врачебных ошибках / Д. Шубина // Сайт делового журнала об индустрии здравоохранения Vademecum [иди со мной], 19 апреля 2019 г. - <https://vademec.ru> (дата обращения: 19.08.2019)

Абсолютное большинство участников опроса, конечно же, слышали о планах дополнить УК РФ статьей (124.1), посвященной врачебным ошибкам. И хотя в середине апреля члены профильной рабочей группы СК и Национальной медицинской палаты пришли к выводу о необходимости проработки альтернативных лишению свободы мер наказания для медработников за неумышленные преступления, эта перспектива медсообществом вовсе не радует. Большинство (77%) респондентов уверены, что даже распространение по медучреждениям подобных отчетов может заставить врачей отказываться от сложных случаев. Еще 36,6% участников опроса к ятрогенной активности СК относятся негативно.

Интересно, что более половины (53,4%) опрошенных считают, что «судить» за врачебные ошибки должно «в первую очередь само профессиональное сообщество, а потом уже государство». Впрочем, ни практика, ни тем более актуальная нормативная база такого функционала широкому профсообществу не дает.

В 2018 году следственные органы СК РФ возбудили более 2,2 тысячи уголовных дел, связанных с врачебными ошибками. Это примерно на 24% больше, чем в 2017 году, когда было возбуждено около 1,8 тысячи уголовных дел. Параллельно СК набрал 22 эксперта-врача на «медицинские дела», а президент НМП Леонид Рошаль предложил привлекать судей в отставке к рассмотрению жалоб на врачей.

Тем не менее один яркий пример способности отраслевой общественности хоть на что-то повлиять имеется. В январе 2018 года Мосгорсуд вынес суровый приговор московскому гематологу Елене Мисюриной – два года колонии общего режима за смерть пациента. Как полагало следствие, мужчина скончался из-за того, что врач повредила кровеносные сосуды при выполнении трепанобиопсии (биопсия участка костного мозга путем прокола обычно подвздошной кости).

Приговор вызвал широкий общественный резонанс, флешмоб в соцсетях, многие представители врачебного сообщества высказались в поддержку осужденной. Защита Мисюриной подала апелляцию, и в апреле 2018 года Мосгорсуд постановил отменить приговор райсуда. Из-за допущенных следствием ошибок дело вернули на дополнительное расследование, по информации Vademecum, следствие все еще не завершено.

Анатолий Клейменов, адвокат коллегии «Меклер & Партнеры»:

- Разговор об унификации и появлении отдельной статьи, посвященной врачебным ошибкам, ведется. Но вне зависимости от того, появится в УК тот или иной состав или другой, общий подход к медицинским делам не изменится. Вопрос в том, куда дальше будет двигаться следственная и судебная практика. Формировать эту практику будет, безусловно, СК. Не думаю, что в ближайшее время мы увидим пленум Верховного суда по так называемым медицинским делам. Но когда будет сформирована практика по итогам рассмотрения «громких» дел, которые наверняка станут предметом жарких споров между медицинским сообществом и СК и эти дела дойдут до ВС, появится робкая надежда на то, что некоторые вещи будут скорректированы и разъяснены. На это потребуется довольно много времени. Пока этого не произойдет, будет немало неприятных кейсов. Доказательством этого является криминологическое исследование, которое провело научное подразделение СК, из него усматривается презумпция совершения медработником ошибки в случае констатации факта наличия вреда здоровью пациента. Можно иронизировать, прочитав этот отчет, но с точки зрения статистики документ любопытный. Практик из него должен взять какие-то вещи для себя, бесспорно. Мой вывод таков: если после оказания медпомощи возникает какая-то проблема, то ее, скорее всего, свяжут с качеством помощи, вне зависимости от того, что именно в анамнезе у пациента, и иных обстоятельств, не связанных непосредственно с медицинским вмешательством. Реализацией этой презумпции на практике будет увеличение количества уголовных дел.

О КРИМИНАЛИЗАЦИИ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ В УГОЛОВНОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ*

И.В. Чурляева, доцент кафедры уголовного права и криминологии Южного федерального университета, кандидат юридических наук

Уголовно-правовая оценка врачебной ошибки в последнее время все чаще становится объектом обсуждения не только среди пациентов, медицинских работников, но и в правоохранительных органах.

4 октября 2017 года на очередном совещании в Следственном комитете России А. Бастрыкин настоятельно рекомендовал подготовить предложения по внесению изменений в законодательство, а именно – криминализировать врачебные ошибки или ненадлежащее оказание медицинской помощи. Также предложил Минздраву России вести статистический учет врачебных ошибок. Для этого необходимо проработать меры, которые позволят фиксировать и расследовать ятрогенные преступления. На совещании было отмечено, что следователям довольно сложно выявлять ятрогенные преступления, а если и удается установить факт ненадлежащего оказания медицинской помощи, то, чаще всего, квалифицируют его как «причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей» – ч. 2 ст. 109 УК РФ [8].

Следственный комитет Российской Федерации в 2015 году представил данные по потерпевшим от ятрогенных преступлений – жертвами стали 888 человек. Смерть наступила в результате врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи у 712 человек, из них пострадали 317 детей. В 2016 году среди 352 человек, погибших вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи, оказались 142 ребенка.

Кроме того, в первом полугодии 2016 года в органы СК поступило более 2,5 тысяч заявлений о преступлениях, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи. По результатам их рассмотрения было возбуждено 419 уголовных дел.

В 2017 году в суд поступило 175 уголовных дел, связанных с врачебными ошибками. Это на 11 больше, чем в 2016 году. Количество жалоб на оказание некачественной медицинской помощи в СК РФ в 2017 году составило 6 050. Это на 1100 больше, чем в 2016 году.

В 2012 году жалоб подобного рода было всего 2100. Большинство осужденных в 2017 году врачей (74,7%) обвинялись в причинении смерти по неосторожности (ст. 109 УК). В оказании услуг, не отвечающим требованиям безопасности (ст. 238 УК), – 10,9%. Еще 6,3 % подозревались в причинении тяжкого вреда по неосторожности (ст. 118 УК). Оставшиеся проходили по статьям о халатности и неоказании помощи больному [8].

Для того, чтобы криминализировать данную дефиницию, необходимо определиться с понятием и юридической природой. В современной медико-правовой литературе при описании юридической ответственности медицинских работников используются такие понятия, как «врачебная ошибка», «медицинские преступления», «дефект оказания медицинской помощи», «ненадлежащее оказание медицинской помощи», «ятрогения» и т.п.

В обществе распространено мнение о том, что любое наступление негативных последствий являются врачебными ошибками и связанными с ними медицинскими осложнениями у пациентов, что, на наш взгляд, представляется не совсем верным. Среди большинства ученых бытует мнение о том, что врачебная ошибка – это все-таки неумышленное причинение вреда здоровью пациента во время проведения диагностических, терапевтических, хирургических и профилактических мероприятий.

Наиболее распространенное понятие «врачебная ошибка» основывается на том, что это добросовестное заблуждение врача при выполнении им своих профессиональных обязанностей. Так, в частности, И.В. Давыдовский под врачебной ошибкой предлагал понимать «...добросовестное заблуждение, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, или в результате атипичного течения заболевания, или недостаточной подготовки врача, если при этом не обнаруживаются элементов халатности, небрежности, невнимательности или медицинского невежества» [3, с. 3].

Данное определение указывает на то, что в действиях медицинского работника отсутствует умысел, но при заблуждении врача, у которого нет опыта работы либо недостаточно

* Чурляева И.В. О криминализации врачебной ошибки в уголовном законодательстве Российской Федерации / И.В. Чурляева // Юрист - Правоведь. - 2018. - № 4. - С. 147-151

знаний, можно усмотреть элементы неосторожной формы вины (небрежность, невнимательность), что, в свою очередь, не позволяет с точки зрения уголовно-правовой нормы признать врачебную ошибку несчастным случаем. К тому же, данные обстоятельства полностью зависят от воли медицинского работника. Поэтому, на наш взгляд, необходимо устанавливать уровень квалификации профессиональной подготовки врача, оценивать полноту его знаний и наличие у него возможности применить эти знания и опыт во время оказания медицинской помощи пациенту в каждом отдельной случае. Если же рассматривать такие обстоятельства, которые стали причиной наступления негативных последствий, а именно: несовершенство современной медицинской науки, методов ее исследования, атипичное течение заболевания у пациента, то они не могут зависеть от воли медицинского работника, поэтому и являются основанием для привлечения последнего к уголовной ответственности.

В законодательстве сам термин «врачебная ошибка» отсутствует, поэтому юристы его не употребляют, но в медицинской практике такое случается, и при расследовании данного деяния возникает вопрос, является ли оно преступным либо это добросовестное заблуждение врачей.

Мне импонирует точка зрения В.И. Акопова, который полагает, что нельзя признавать медицинскую (врачебную) ошибку в качестве юридического понятия. И предлагает оставить ее для обсуждения в медицинских кругах и не пытаться оценивать ее с точки зрения права: «Никакие знания и опыт не в состоянии гарантировать безошибочность действий врача, так как уникальность и многочисленные сочетания тех или иных признаков различных болезней столь разнообразны, что предусмотреть это трудно при самом добросовестном отношении» [1, с. 175].

Юрист-практик А.В. Сучков медицинскую ошибку рассматривает, как «...нарушение медицинским работником, выполняющим свои профессиональные обязанности, правил, требований, инструкций, методик диагностирования, лечения и профилактики конкретных заболеваний, повлекшее по неосторожности причинение потерпевшему (потерпевшим) тяжкий вред здоровью или смерть» [6, с. 74].

Тем самым автор рассматривает медицинскую ошибку как преступление в форме неосторожности. Тогда могут возникнуть трудности относительно разграничения врачебной ошибки с преступлениями, совершаемыми по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.

Некоторые ученые-медики врачебную ошибку также приравнивают к неосторожным преступлениям. И неосторожность, по их мнению, выступает как результат отсутствия необходимых знаний или недобросовестность по отношению к судьбе больных.

И в этом случае лицо может быть привлечено к уголовной ответственности, даже если у больного проистекло атипичное заболевание или поликлиника, в которой практикует врач, не была оснащена необходимыми диагностическими препаратами или медикаментами.

Также нельзя не оценивать роль пациента в данной ситуации. Организм у каждого человека индивидуален, одно и то же заболевание у различных людей может протекать по-разному и может иметь свои особенности, а медицина никогда не исчерпывается типовыми подходами. Ошибка в диагностике может зависеть, в том числе, и от самих больных, которые, например, отказались от биопсии или госпитализации, скрывают от врача важные для диагностики анамнестические сведения и т.п.

Проведение операции или иного медицинского вмешательства может привести к неблагоприятному исходу, связанному с непредвиденными обстоятельствами, при условии, что врач не мог и не должен был предвидеть такие последствия. Эти последствия определяются как несчастные случаи. Так, под несчастным случаем А.П. Громов понимает: «Как неблагоприятный исход врачебного вмешательства, связанный со случайными обстоятельствами, которые врач не может предвидеть и предотвратить. Для доказательства несчастного случая в медицинской практике необходимо полностью исключить возможность профессионального невежества, небрежности, халатности, а также врачебной ошибки» [2, с. 88]. И наоборот, ненадлежащее исполнение лицом, в частности, медицинским работником, своих профессиональных обязанностей, повлекшее наступление смерти или тяжкого вреда здоровью, влечет наступление уголовной ответственности. Поэтому Следственный комитет попытался разрешить данную проблему путем внесения изменений в Уголовный кодекс РФ.

В июле 2018 года Следственный комитет РФ предложил добавить новые статьи, направленные на оценку преступной деятельности медицинских сотрудников. Так, в частности, СК РФ предложил внести в УК РФ ст. 124.1 «Ненадлежащее оказание медицинской помощи (медицинской услуги)» и ст. 124.2 «Соккрытие нарушения оказания медицинской помощи». Ст. 124.1 УК РФ криминализирует ненадлежащее оказание медицинской помощи или услуги, если

это повлекло за собой смерть человека или двух и более лиц, либо гибель плода человека и/или причинение тяжкого вреда здоровью человека. Плод человека рассматривается как человеческий организм, который развивается внутриутробно с девяти недель до рождения.

Наказание за данное деяние предлагается в виде штрафа от 200 до 500 тысяч рублей либо лишение свободы на срок от двух до семи лет и запрет занимать определенные должности [8].

В соответствии со статьей 124.2 УК РФ медицинского работника можно будет привлекать к уголовной ответственности за те деяния, которые могут выражаться в виде внесения недостоверных сведений в медицинскую документацию, ее сокрытие либо уничтожение, а также за подмену биологических материалов с целью сокрытия ненадлежащего оказания медицинской помощи другим медицинским работником, действия которого повлекли смерть, причинение тяжкого вреда здоровью либо гибель плода. Наказания за те же деяния, совершенные руководителями медицинских организаций, предусматриваются в виде принудительных работ или лишения свободы на срок до четырех лет и запрета на занятие деятельностью [8].

Введение в УК РФ одной статьи 124.1 может повлечь замену действия статей 109, 118, 238 применительно к деятельности медицинских работников, но это не значит, что к уголовной ответственности будут привлекать медицинских работников за врачебную ошибку. Поскольку следственный комитет так и не определил, что следует понимать под врачебной ошибкой. Хотя в 2017 году данная структура призвала к криминализации данной дефиниции.

Представители как медицинского, так и юридического сообществ (адвокаты И. Манюкин, П. Астахов и многие другие) считают, что те изменения в УК, которые предлагает СК, не смогут решить проблему по поводу некачественного оказания медицинской помощи. Необходимо «повышать качество следствия и работу врачей, а не поправки в УК» [9].

Тем более, что определение наличия или отсутствия дефекта оказания медицинской помощи отражается в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Статья 10 указанного ФЗ гласит, что «доступность и качество медицинской помощи достигаются, среди прочего, применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. Исключительным случаем может являться, когда применение порядков и стандартов не обязательно, если оказание помощи проводится в рамках клинических исследований» [7]. Стандарты оказания медицинской помощи конкретизируют действия врача по профилю (терапия, педиатрия, хирургия и т.д.), одновременно по стадии и заболеванию, точно указывают на предоставление соответствующей медицинской услуги [4].

Помимо нормативных актов деятельность медицинских работников регламентируется актами локального характера (рекомендации, не имеющие правового характера). Действия медицинского работника, в основном, оцениваются при сопоставлении с нормативными предписаниями. Так, в частности, врач В.Г. Худашов понес уголовную ответственность по ч. 2 ст. 109 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения им своих профессиональных обязанностей». «Худашов В.Г. при оказании медицинской помощи пациентки С.Е. в период ее нахождения на стационарном лечении в ООО МЦ «__» нарушил требования, указанные в ч. 1 ст. 41 Конституции РФ, п.п. 7,8,13,15,ст.2, ч.1 ст. 18, ч.1, ст. 19, ч. 1 ст. 34, ч.ч. 2,5 ст. 70, п. 1 ч. 2 ст. 73 ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ», разделы 1,2 и 3 приказа Минздрава РФ от 9.11.2012 г. № 873н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при тромбоэмболии легочных артерий», раздела 3 приказа Минздрава РФ от 9.11.2012 г. № 835н «Об утверждении стандарта специализированной помощи при остром тромбозе в системе верхней и нижней полых вен», п.п. 1.3, 2.1, 2.3, 2.4 своих должностных обязанностей, п. 41.1. раздела 4.1. своего трудового договора, а также ч.ч. 1.5, 1.6. раздела 1 Российских клинических рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозических осложнений, утвержденных ассоциацией флебологов России, Общества специалистов по неотложной кардиологии и приложения 1 к ним, проявив преступную небрежность, не предвидя возможности наступления общественно опасных последствий своего бездействия в виде наступления смерти С.Е., хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог предвидеть эти последствия, при этом Худашов В.Г., полагаясь на собственный опыт и профессионализм, будучи убежденным, что все необходимые медицинские обследования С. им были назначены и проведены. Однако, по мнению эксперта, врачом не были использованы все необходимые медицинские исследования и клинико-инструментальные методы исследования с целью установления правильного основного и сопутствующего диагноза, тем самым неверно была выбрана тактика и методика лечения, что и привело к наступлению смерти пациентки» [10].

В принципе, особенность оказания медицинской помощи такова, что невозможно установление нормативов, которые могли бы охватить все алгоритмы действия врача.

«Приближение к такому порядку связано с переключением на медицинское оборудование всей задачи постановки диагноза и определения алгоритма лечения, однако даже в этом случае, прогнозируемом на будущее, технологии остается немало места для усмотрения врача» [5, с. 91].

Нормативные предписания могут указывать на такие обстоятельства, при которых медицинский работник должен быть особо внимателен при наличии определенных осложнений, наступивших во время заболевания или после него, атипичное течение заболевания, атипичное расположение органов при диагностировании УЗИ, при хирургическом вмешательстве и т.п. А также точно указывать тип инструмента, которым допускается проводить подобное вмешательство и т.д.

Хотя точность самих физических действий врача нормативно определить не представляется возможным. Она определяется не только знаниями и навыками, но и опытом работы, уровнем реакции и внимания медицинского работника. В том случае, если медицинский работник соблюдал стандарт оказания медицинской помощи, а негативные последствия все же наступили у пациента, то привлекать его к ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи нецелесообразно.

Литература

1. Акопов В. И. Медицинское право в вопросах и ответах. М., 2000.
2. Громов А. П. Права, обязанность и ответственность медицинских работников. М., 1976.
3. Давыдовский И. В. Врачебные ошибки // Советская медицина. 1941. № 3.
4. Номенклатура медицинских услуг, утвержденная Приказом Минздравсоцразвития России от 29.12.2011 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (в ред. от 10.12.2014 г.).
5. Пикуров Н. Риски медицинского вмешательства: уголовно-правовые аспекты. // Уголовное право. 2018. № 3.
6. Сучков А. В. Анализ дефиниций понятий «врачебная ошибка», «ятрогения», «дефект оказания медицинской помощи» как цель установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по профессиональным преступлениям, совершенным медицинскими работниками» // Вятский медицинский вестник. 2010. № 2.
7. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (с изм. от 3.08.2018 г.).
8. URL: <https://sledcomrf.ru>.
9. URL: <https://medrussia.org>.
10. URL: <https://rospravosudie.com>.

УГОЛОВНО-ПРАВОВОЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ПРИЧИНЕНИЮ ВРЕДА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕОСТОРОЖНОСТИ*

В.А. Казакова, заведующая кафедрой уголовно-правовых дисциплин, доктор юридических наук, профессор (Московский государственный лингвистический университет)

Жизнь и здоровье человека являются основополагающим благом, занимающим первое место в иерархии базовых ценностей. Составы преступлений гл. 16 Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ) можно классифицировать по разным основаниям.

Достаточно условным является их деление на преступления против жизни и преступления против здоровья, так как некоторые из них посягают на оба эти объекта. Так, в рамках причинения тяжкого вреда здоровью, как правило, присутствует угроза жизни, так как в п. 6.1 Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (утверждены приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 апреля 2008 г. № 194н), установлены два обобщенных критерия отнесения причиненного вреда к тяжкому: вред здоровью, опасный для жизни человека, который по своему характеру непосредственно создает угрозу для жизни, а также вред здоровью, вызвавший развитие угрожающего жизни состояния. Как правило, статьи данной главы имеют сложную структуру, содержащую, наряду с основным составом, составы с квалифицирующими и особо квалифицирующими признаками, выделяемыми по способу и орудию посягательства, по наступившим последствиям, по групповому признаку субъектов посягательства, по характеристикам потерпевшего.

В данной статье уделяется внимание таким субъективным признакам, как форма вины, мотив и цель преступления и характеристика субъекта. Это обусловлено проблемными для науки и судебной практики вопросами уголовно-правовой квалификации преступлений против жизни и здоровья, в частности разграничения с преступлениями против здоровья населения, с многообъектными преступлениями, где вред здоровью является дополнительным, с административными правонарушениями и дисциплинарными проступками, с невиновным причинением вреда здоровью, в том числе в условиях крайней необходимости и обоснованного риска. Неоднозначны и вопросы наказуемости таких деяний в плане соответствия законодательства и практики принципам законности и справедливости, экономии уголовной репрессии.

В гл. 16 УК РФ имеются статьи, содержащие нормы общего характера: ст. 109 (причинение смерти по неосторожности), ст. 118 (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности), ч. 4 ст. 122 (заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей), ст. 124 (неоказание помощи больному). Все они предполагают неосторожную форму вины и сконструированы по принципу материального состава, противоправность которого связана с наступлением последствий в виде причинения вреда жизни или здоровью.

Вместе с тем в УК РФ свыше 80 специальных норм, помещенных в иные главы кодекса в зависимости от сферы проявления. Как правило, речь идет о нарушении различных профессиональных правил, повлекших причинение тяжкого вреда здоровью, смерть, а также смерть двух и более лиц по неосторожности. Иногда эти последствия являются составообразующими, чаще – квалифицирующими или особо квалифицирующими.

Ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей чаще всего наблюдается в сфере здравоохранения и является результатом виновной врачебной ошибки*. Наибольшая сложность при этом заключается в разграничении неосторожного и невиновного причинения вреда, в том числе при обоснованном риске как обстоятельстве, исключаящем преступность деяния, что является предметом судебно-медицинской экспертизы.

С особенной внимательностью следует подходить к квалификации деяний, совершаемых с общественно полезной целью, связанной со спасением жизни и улучшением здоровья человека в обстановке крайней необходимости или обоснованного риска.

* Казакова В.А. Уголовно-правовое противодействие причинению вреда жизни и здоровью по профессиональной неосторожности / В.А. Казакова // Уголовно-исполнительное право. – 2019. – № 1. – С. 73–78

Правоведами ведутся дискуссии по трактовке понятий «общественно полезная цель», «достаточность мер, предпринятых для предотвращения вреда», оценке вероятности наступления угроз, перечисленных в ч. 3 ст. 41 УК РФ, отрицающих обоснованность риска.

Судебная практика показывает, что риск присутствует практически во всех сферах профессиональной деятельности и досуга. Наиболее часто на него ссылаются в преступлениях в сфере экономической деятельности, должностных, против собственности, при причинении вреда здоровью и жизни в медицине. Как справедливо отмечают ученые, данная норма призвана устранить препятствия, которые могут возникать на пути научно-технического прогресса, и одновременно с этим защитить общество от необдуманных и необоснованных действий рискующих субъектов [1, с. 3].

Ситуация обоснованного риска возникает вследствие сознательного нарушения рискующим субъектом установленных правил в целях достижения общественно полезного результата, который может способствовать прогрессу в конкретной сфере профессиональной деятельности, например, медицине, фармацевтике, науке и технике, спорте, промышленности или в сфере обеспечения законности и правопорядка. Перед лицами, действующими в условиях крайней необходимости и обоснованного риска, стоят разные цели. В первом случае цель – предотвращение вреда от непосредственно грозящей опасности правоохраняемым интересам, а во втором – общественно полезная цель.

При этом ставящаяся цель может быть также направлена на устранение опасности. Так, решимость провести сложную операцию по ампутации ноги тяжелобольному человеку ради спасения его жизни или здоровья ставит врача в ситуацию крайней необходимости, которую также можно трактовать как обоснованный риск. Если последствием такой операции явилось сохранение жизни больного, но возникновение инвалидности, то причиненный вред должен быть расценен как меньший, чем предотвращенный, и ответственность за него не должна наступить по правилам крайней необходимости. Если же в результате такой операции больной умер, а проведенная экспертиза установила, что смерть все равно наступила бы при отсутствии хирургического вмешательства, то оправданием врача может быть обоснованный риск. Это подтверждает сходство двух названных обстоятельств и объясняет то, что во многих странах обоснованный риск не выделен в качестве обособленного обстоятельства, а приравнивается к крайней необходимости.

В 2001 г. перед английским судом встал вопрос о правомерности риска в операции по разделению сиамиских близнецов, когда врачам пришлось пожертвовать жизнью одного из младенцев в пользу другого, более жизнеспособного, то есть решить вопрос о соотношении действительного вреда, причиненного при обоснованном риске, и социальной значимости той цели, на достижение которой были направлены действия рискующего субъекта. Изучив все обстоятельства дела, суд признал действия медиков правомерными, ссылаясь на положения о необходимости, подтвержденной медицинскими показателями [2, с. 351].

В ситуации обоснованного риска нарушение условий правомерности может быть связано: а) с отсутствием общественно полезной цели; б) наличием иного варианта действий (бездействия), не связанных с риском; в) непринятием достаточных мер для предотвращения опасности; г) сопряженностью риска с угрозой для жизни многих людей, угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия. Возникает вопрос: какие из этих нарушений говорят об отсутствии обоснованного риска как обстоятельства, исключаящего преступность деяния, а какие допускают ответственность со смягчающим обстоятельством согласно п. «ж» ч. 1 ст. 61 УК РФ? Иначе говоря, речь идет о разграничении обоснованного риска с необоснованным, а также с недостаточно обоснованным. Ни закон, ни судебная практика Пленума Верховного Суда не дают ответа на этот вопрос. Вероятно, это все-таки вопрос факта, в каждом конкретном случае толкуемый по-разному.

Нередко судебно-медицинская экспертиза затрудняется в установлении причинной связи действия или бездействия медицинского работника и наступившего тяжелого вреда здоровью. Это связано с исходным состоянием здоровья пациента, характеризующегося предшествующими заболеваниями, особенностями организма и т. п. Иногда наступление такого последствия обусловлено деяниями нескольких лиц, например, хирургами и анестезиологами в процессе операции и лечащим врачом в послеоперационный период. Когда установлена неосторожная вина нескольких лиц, ответственность должна наступить в зависимости от связи действий или бездействия каждого с причиненным вредом по принципу неосторожного сопричинения.

В этой сфере в случае бездействия также возможна конкуренция составов ч. 2 ст. 118 УК РФ и ч. 2 ст. 124 УК РФ. Неоказание помощи в теории и судебной практике нередко

подразумевает недостаточное, недолжное, некачественное ее оказание. Аналогичная коллизия возникает при конкуренции норм ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 124 УК РФ, когда речь идет о смерти больного. Типичным является уголовное дело в отношении врача К., которая ошибочно поставила диагноз «остеохондроз шейного отдела позвоночника» вместо инфаркта и назначила неправильное лечение, что привело к смерти больной. Действие врача было квалифицировано Ярцевским городским судом Смоленской области по ч. 2 ст. 124 УК РФ (приговор № 1-121/10 от 13 августа 2010 г.).

Представляется, что в данном случае в пользу применения ст. 124 УК РФ есть два аргумента: в неоказании помощи больному субъект более специальный (лицо, обязанное оказывать помощь больному), чем в причинении тяжкого вреда здоровью (лицо, исполняющее свои профессиональные обязанности; кроме того, наказуемость квалифицированного состава неоказания помощи существенно строже, чем по санкции ч. 2 ст. 118 УК РФ).

Изучение судебной практики показало наличие значительного количества ошибок при квалификации данных преступлений, неоднозначную оценку тяжести таких деяний, различные подходы к их наказуемости, особенно в свете того, что законодатель предоставляет необоснованно большие возможности судейского усмотрения при этом.

Так, санкции причинения тяжкого вреда здоровью по неосторожности предусматривают широкий спектр наказаний, в том числе до одного года лишения свободы (специальному субъекту за квалифицированный вид этого преступления). В 2017 г. по ч. 1 ст. 118 УК РФ осуждено 1077 чел. Наказание в виде ограничения свободы получили 264 чел. (25 %), исправительных работ – 197 чел. (18%), обязательных работ – 327 чел. (30 %), штрафа – 231 чел. (21 %).

По ч. 2 ст. 118 УК РФ основная масса осужденных – 34 чел. из 42 осужденных (81%) осуждены к ограничению свободы, что демонстрирует достаточно парадоксальный факт: к осужденным за более тяжкое преступление, связанное с ненадлежащим исполнением лицом своих профессиональных обязанностей, суды подходят гораздо более лояльно.

Такая же тенденция прослеживается при сравнительном анализе наказуемости причинения смерти по неосторожности. В 2017 г. к самому мягкому (по факту) наказанию – ограничению свободы осуждено 43% (387 из 900 чел.) по основному составу (ч. 1 ст. 109 УК РФ) и 73% (107 из 146 чел.) – по квалифицированному составу (ч. 2 этой же статьи).

Лишением свободы наказаны соответственно 18 % (164 чел.) по ч. 1 ст. 109 УК РФ и только 2 чел. по ч. 2 этой статьи. Вероятно, это можно объяснить наличием более положительного социального статуса виновных.

Интересно, что превалирование учета благополучного социального положения виновного над тяжестью совершенного деяния до недавнего времени проявлялось и в умышленных преступлениях, достаточно тяжких, подвергающих угрозе различные сферы общественных отношений. Это относится к должностным, экономическим, в том числе коррупционным, преступлениям. Основное коррупционное преступление – получение взятки – в 2017 г. каралось реальным лишением свободы в 42% случаев (в 2016 г. – 29%), лишением свободы условно – в 27% (19%), штрафом – в 30% (52%).

Чаще, чем другие виновные, эта категория получала наказание ниже низшего предела с учетом исключительных обстоятельств, к которым суды относили положительные характеристики с места работы, наличие благополучной семьи и детей, государственные и профессиональные награды, состояние здоровья и т. д. Только за один год уголовная политика в части наказуемости основных коррупционных преступлений изменилась радикально. Резко (примерно в полтора раза) выросло назначение реального лишения свободы и лишения свободы условного. В частности, за дачу взятки условную меру стали применять в три раза чаще. Существенно сократилось назначение штрафа. В целом это можно оценить как ужесточение ответственности за коррупционные преступления.

Виновные в неосторожных преступлениях, связанных с нарушением профессиональных обязанностей, также отличаются от основной массы так называемых общеуголовных преступников наличием благополучного социального статуса – квалифицированной работы, образования, положительных характеристик. Вероятность наступления неблагоприятных последствий (причинение вреда здоровью или смерть человека) в неосторожных преступлениях меньше, но их криминализующее значение несравнимо выше.

Именно в делах подобного рода особенно заметно проявляются противоречия между частным предупреждением и общей превенцией. Учеными, тяготеющими к так называемой интеракционистской модели наказания, доказано, что нет прямой зависимости между суровостью наказания, объемом карательных элементов в нем, его длительностью и эффективностью в плане

достижения целей исправления и превенции, а также восстановления социальной справедливости [3; 4]. Более того, в каждом конкретном случае они могут вступать в противоречие друг с другом. Какая из трех целей должна превалировать – вопрос дискуссионный. Так, карательная составляющая наказания часто требует длительных сроков лишения свободы. Однако с точки зрения достижения цели частного предупреждения во многих ситуациях, исходя из особенностей личности виновных, достаточным может оказаться сам факт осуждения, потеря в связи с этим работы и соответствующего положения в обществе. Не случайно практика назначения наказания судом иногда очень существенно «корректирует» установленные законодателем меры ответственности, назначая наказание условно за весьма серьезные преступления, а тем более неосторожные, или применяя различные виды освобождения от наказания и ответственности.

Тренд современного уголовного законодательства связан с расширением составов создания опасности в целях общей превенции, что обусловлено влиянием на соответствующие правоотношения быстро развивающихся направлений развития медицинской науки, гипнотических и иных приемов воздействия на человеческую психику, генетики, совершенствования биотехнологий, внедрения манипуляций, связанных с технологиями клонирования, фармацевтики, и даже контроля за использованием биологических видов оружия.

Законодателю целесообразно прислушаться к разумным практическим тенденциям использования наказаний, не связанных с лишением свободы, а правоприменителям не злоупотреблять возможностью привлечения к уголовной ответственности, когда при возбуждении уголовного дела игнорируются субъективные составляющие, связанные с обстоятельствами, исключающими преступность деяния, и с положительными мотивами и целями виновного. Специалисты называют это явление отрицательной латентностью, когда первоначально деяние рассматривается в качестве преступления, но потом оборачивается казусом, несчастным случаем, деянием, не представляющим общественной опасности [5, с. 201].

Количество ошибок и различный подход к разрешению аналогичных уголовных дел в судебной практике говорит о нарушении принципа законности в правосудии, что может быть устранено или уменьшено более тщательным подходом к конструированию уголовно-правового запрета неосторожных преступлений, практической обоснованностью санкций, более пристальным вниманием со стороны Пленума Верховного Суда Российской Федерации по толкованию норм УК РФ в рассматриваемой сфере.

* Такие преступления называются ятрогенными. В юридической и медицинской литературе также употребляются термины «медицинская ошибка», «врачебная халатность», «медицинский деликт», «дефект оказания медицинской помощи» и т.д.

Библиографический список

1. Ильюхов А. А. Обоснованный риск как обстоятельство, исключающее преступность деяния: дис. ... канд. юрид. наук. Екатеринбург, 2001. 175 с.
2. Monaghan, N. 2014, Criminal Law Directions, Oxford.
3. Иншаков С. М., Казакова В. А. Методологические подходы к наказуемости преступлений в ракурсе современной уголовной политики // Уголовное право. 2016. № 1. С. 84–92.
4. Tannenbaum, F. 1938, Crime and the community, Columbia University Press, New York, <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015003659664;view=1up;seq=1>.
5. Уголовное право. Общая часть. Преступление. Академический курс: в 10 т. / под ред. Н.А. Лопашенко. М., 2016. Т. 10: Обстоятельства, исключающие преступность деяния. 507 с.

ПРАВОВЫЕ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ХИРУРГИИ*

*В.П. Сажин, доктор медицинских наук, профессор
(Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова)
А.М. Карсанов, кандидат медицинских наук
(Северо-Осетинская государственная медицинская академия)
С.С. Маскин, доктор медицинских наук, профессор
(Волгоградский государственный медицинский университет)*

Введение

Современная система организации хирургической помощи чрезвычайно сложна, поскольку риск неблагоприятных исходов лечения детерминирован целым рядом причин. Кроме того, существуют объективные и субъективные обстоятельства, способствующие их проявлению и возникающие в процессе организации как неотложной, так и плановой хирургической помощи [1-3]. В современных условиях наряду с традиционными факторами повышенного операционного риска хирурги вынуждены учитывать степень «технологической прочности» используемых новых медицинских технологий [3-8].

Безопасность пациентов является краеугольным камнем высокого качества оказания медицинской помощи [9-12]. Обеспечение должного уровня безопасности хирургических пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи является проблемой, сложной в организационном плане и мультидисциплинарной по качеству прилагаемых усилий врачей разных специальностей [4, 5, 7, 9-12].

Очевидно, что в рамках традиционного подхода к оценке факторов риска предстоящей операции и схемы профилактики отдельных видов осложнений, основанных на узкоспецифических критериях какого-то определенного из них, современные технологии оказания высокoeffективной хирургической помощи уже функционировать не могут [1, 3, 5, 7, 8, 13-15].

Цель исследования — изучение уровня профессиональной самоидентификации хирургов, организаторов здравоохранения и врачей скорой помощи, акцентированное на вопросах этико-правового, коммуникационного и образовательно-мотивационного компонентов безопасности пациентов в хирургии.

Материал и методы

Ранее нами были опубликованы результаты социологического исследования, в котором участвовали 110 хирургов [11]. Поскольку различные риски и опасности, возникающие при оказании медицинской помощи хирургическим пациентам, не ограничиваются стационарным уровнем, а в значительной мере начинают закладываться уже на догоспитальном этапе, нами было спланировано и осуществлено популяционное исследование путем анкетирования врачей скорой медицинской помощи (ВСП) и организаторов здравоохранения (ОЗ). При этом мы руководствовались тем, что без исследования качества профессиональных компетенций и роли ОЗ и ВСП в решении общей задачи повышения защищенности хирургических пациентов и обеспечения высокого качества оказываемой медицинской помощи эта работа будет неполной.

В статье представлены сравнительные результаты анкетирования 110 хирургов, 42 ВСП и 25 ОЗ, осуществленного в Северо-Осетинской государственной медицинской академии. Основным лейтмотив анкет, состоящей из 23 вопросов, на которые отвечали две последние категории респондентов, заключался в оценке этико-правового, коммуникационного и образовательно-мотивационного компонентов безопасности пациентов в хирургии. Помимо этой цели, мы пытались на основании ответов врачей на весь набор вопросов оценить уровень общей профессиональной самоидентификации специалистов, участвующих в судьбе хирургического больного.

Сводные характеристики врачей трех специальностей, в той или иной степени участвующих в судьбе хирургического больного и привлеченных к анкетированию с целью оценки уровня общей профессиональной самоидентификации специалистов, представлены в табл. 1.

* Сажин В.П. Правовые и образовательные компоненты безопасности пациентов в хирургии / В.П. Сажин, А.М. Карсанов, С.С. Маскин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. - № 1. – С. 50-56

Таблица 1. Сводные характеристики участников исследования

Параметр	Хирурги	ВСП	ОЗ
Всего участвовали в них:	110	42	25
мужчины, $n/M \pm t$	88/80 \pm 3,8* *	11/26,2 \pm 6,8*	6/24 \pm 8,7*
женщины, $n/M \pm t$	22/20 \pm 3,8*	31/73,8 \pm 6,8	19/76 \pm 8,7
Заведующие подразделениями, $n/M \pm t$	8/7,3 \pm 2,5*	1/2,4 \pm 2,35*	16/64 \pm 9,8* *
Ординаторы, $n/M \pm t$	102/92,7 \pm 2,5	41/97,6 \pm 2,35	9/36 \pm 9,8*
Средний стаж, годы, $M \pm m\%$	16,1 \pm 3,4	17,6 \pm 3,0	14,7 \pm 4,2
Основное место работы, $n/M \pm t$:			
стационар	97/88,2 \pm 3,1*	—	17/68 \pm 9,5*
поликлиника	13/11,8 \pm 3,1	—	8/32 \pm 9,5
Основной вид деятельности, $n/M \pm t$			
плановая	52/47,3 \pm 4,8**	—	13/56 \pm 10,1**
экстренная	58/52,7 \pm 4,8	42/100	12/44 \pm 10,1

Примечание. * — $p < 0,05$ при сравнении с ниже расположенным однотипным показателем; ** — $p > 0,05$ при сравнении с ниже расположенным однотипным показателем; * — $p < 0,001$ при сравнении с другими однородными показателями разных групп респондентов.

При сравнении значимых исходных показателей в группах врачей разных специальностей выявлено, что средний стаж работы респондентов разных специальностей статистически не различался: у хирургов - 16,1 \pm 3,4 года, у ВСП - 17,6 \pm 3,0 года и у ОЗ - 14,7 \pm 4,2 года ($p > 0,05$). Полученные цифровые данные обрабатывали общепринятыми методами статистики. Статистический анализ был проведен на персональном компьютере с помощью программ Microsoft Access 7.0 и Microsoft Excel 7.0. Итоговые данные представлены в виде $M \pm t$, где M - средняя арифметическая выборочной совокупности, t - стандартная ошибка средней арифметической. При сравнении средних величин в различных группах использовали критерий Стьюдента или U -критерий Манна—Уитни в зависимости от характера распределения данных. При каждом сравнении определяли достоверность различий (p) по отношению к исходному либо отправному показателю. Различие в показателях считали статистически достоверным при $p < 0,05$ и ниже.

Результаты

С программой ВОЗ «О безопасности пациентов» были знакомы 17 (68,0 \pm 9,5%) ОЗ (табл. 2).

Таблица 2. Характеристики правового компонента профессиональной самоидентификации врачей ($n/M \pm m\%$)

Параметр	Хирурги	ВСП	ОЗ
Число знакомых с программой ВОЗ «О безопасности пациентов»	56/51,0 \pm 4,8	23/54,8 \pm 7,7	17/68,0 \pm 9,5
Степень знакомства с 323 ФЗ:			
знают	65/59,1 \pm 4,7	19/45,2 \pm 7,7	15/60,0 \pm 10,0
всегда имеют под рукой	2/1,8 \pm 1,3	1/2,4 \pm 2,3	4/16,0 \pm 7,5
не знают	22/20,0 \pm 3,8	13/31,0 \pm 7,1	0
узнали о нем из цикла обучения	21/19,1 \pm 3,8	9/21,4 \pm 6,3	6/24,0 \pm 8,7
Обязательность ДИС пациента:			
обязательно	—	33/78,6 \pm 6,3	22/88,0 \pm 6,6
не обязательно	—	4/9,5 \pm 4,5	2/8,0 \pm 5,5
по инициативе врача	—	5/11,9 \pm 5,0	1/4,0
Обязательность письменного ДИС пациента при оказании СМП:			
обязательно	—	27/64,3 \pm 7,4	10/40,0 \pm 10,0
не обязательно	—	2/4,7 \pm 3,3*	10/40,0 \pm 10,0
не могу ответить	—	13/31,0 \pm 7,1	5/20,0 \pm 8,2
Проблема СПП:			
актуальна	96/87,3 \pm 3,2*	41/97,6 \pm 2,3	25/100
не актуальна	14/12,7 \pm 3,2*	1/2,4 \pm 2,3	0
Проблема безопасности пациентов:			
актуальна	66/60,0 \pm 4,7*	41/97,6 \pm 2,3	25/100
не актуальна	44/12,7 \pm 3,2*	1/2,4 \pm 2,3	0
Всего	$n=110$	$n=42$	$n=25$

Примечание. ДИС — добровольное информированное согласие; СМП — скорая медицинская помощь; СПП — соблюдение прав пациентов; * — $p < 0,01$ при сравнении между однородными показателями разных групп респондентов; * — $p < 0,001$ при сравнении между однородными показателями разных групп респондентов.

Следующий вопрос был сформулирован так: «Знакомы ли Вы с основными положениями 323-го Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (323 Ф.З. При получении ответов выяснилось, что 19 (76,0 \pm 8,7%) ОЗ были с ним знакомы, из которых 4 (16 \pm 7,5%) врача всегда имеют его под рукой, а еще 6 (24 \pm 8,7%) узнали о нем из настоящего курса

обучения. По сравнению с хирургами статистически равное число ОЗ знали закон (среди хирургов таковых было $60,9 \pm 4,6\%$), всегда имеют его под рукой недостоверно большая часть (среди хирургов $1,8 \pm 1,3\%$; $p > 0,05$) и равное число узнали о нем из настоящего цикла обучения ($24,0 \pm 8,7$ и $19,1 \pm 3,8\%$; $p > 0,05$). Главный итог сравнения показателей между ответами ОЗ и хирургов состоит в том, что среди первых не было врачей, не знакомых с 323 ФЗ, а 20% хирургов подтвердили полное отсутствие знаний о сути важнейшего национального акта медицинского права.

Наименее информированную часть медицинского сообщества из числа участников исследования составили ВСП, среди которых знающих 323 ФЗ и всегда имеющих его под рукой было 20 ($47,6 \pm 7,7\%$), что оказалось достоверно меньше, чем ОЗ ($p < 0,05$). По сравнению с хирургами, среди которых высокий уровень информированности о законе продемонстрировали 67 респондентов, правовая информированность ВСП была на статистически равном, но столь же низком уровне ($p > 0,05$). Среди ВСП оказалась наибольшая доля специалистов, вообще не знакомых с 323 ФЗ, - $31,0 \pm 7,1\%$ ($n=13$), что недостоверно превосходило по этому пункту данные анкеты хирургов - $20,0 \pm 3,8\%$ ($p > 0,05$). Все ОЗ подтвердили факт информированности о ключевых положениях основного национального акта медицинского права.

Утвердительно ответили $88,0 \pm 6,6\%$ ОЗ ($n=22$) на вопрос: «*Обязательно ли в Вашем учреждении получение информированного добровольного согласия пациента при оказании медицинской помощи?*». Один врач (4%) осуществляет этот обязательный элемент по своей инициативе, а двое других ($8,0 \pm 5,5\%$) подтвердили, что информированное согласие в их медицинских организациях не является обязательным.

Сравнить полученные показатели возможно только с результатами анкетирования ВСП, согласно которым лишь $78,6 \pm 6,3\%$ опрошенных врачей ($n=33$) подтвердили, что ими во всех без исключения случаях реализуется право пациента на добровольное информированное согласие ($p > 0,05$). Суммарное число негативных, с юридической точки зрения, ответов в сравниваемых группах достоверно не различалось, хотя таковых было в 1,8 раза больше в ответах ВСП — $21,4 \pm 6,3\%$ ($n=9$), чем ОЗ - $12,0 \pm 6,6\%$ ($n=3$).

Включение следующего вопроса в анкету было по сути провокацией, поскольку только письменное оформление информированного согласия может считаться таковым юридически. Однако, имея значительный опыт работы в условиях ургентной помощи, мы подозревали, что респонденты не будут единодушны в ответах на этот пункт анкеты. Помимо этого, в предыдущем вопросе следовало изложить реальную, действующую ситуацию на рабочих местах респондентов, а в последнем вопросе - выразить свое мнение о должностующем оформлении информированного согласия. К сожалению, мы не ошиблись, и врачи не дифференцируют для себя эти вопросы в рамках современного медицинского права.

Когда мы попросили респондентов нехирургических профессий высказать мнение о том, необходимо ли обязательное оформление письменного информированного согласия пациентов в условиях оказания скорой медицинской помощи, оказалось, что только 40% врачей-ОЗ ($n=10$) считают, что такое право пациента необходимо реализовывать всегда. Отрицающих такую необходимость было также 40%, а оставшиеся 5 (20%) врачей не смогли ответить на этот вопрос.

При сравнении этого результата с итогом анкетирования ВСП получены статистически достоверные различия лишь среди тех, кто считает, что письменное согласие не требуется в неотложной ситуации. Среди ВСП таких оказалось крайне мало - $4,7 \pm 3,3\%$ ($n=2$), однако эта, казалось бы, относительная «профессиональная прогрессивность» ВСП по сравнению с ОЗ была ложной, если сравнить суммарное число юридически несостоятельных мнений респондентов.

Так, среди ОЗ и ВСП, не считающих обязательным письменное оформленное информированное согласия и не сформировавших свое мнение по этому вопросу, оказалось по 15 врачей, или 60 и $35,7 \pm 7,4\%$ соответственно ($p > 0,05$). В итоге среди специалистов нехирургического профиля, считающих, как этого требует современное российское медицинское право, что обязательно следует получить должным образом оформленное информированное согласие пациента на оказание скорой медицинской помощи, было 40% ОЗ и $64,3 \pm 7,4\%$ ВСП ($p > 0,05$). Хирургам такой вопрос не задавали ввиду очевидности их положительных ответов.

Хотя хирургам всегда преподавали правовые основы медицинской деятельности, в дальнейшем в программы обучения врачей любых иных специальностей по возможности мы включали основы биоэтики и медицинского права.

Завершал правовой блок вопросов анкеты вопрос: «*Считаете ли Вы проблему соблюдения прав пациента актуальной?*» Такую проблему считают актуальной, а значит, требующей концентрации внимания и усилий для ее решения все опрошенные ОЗ. Мнение ВСП практически

совпадает с мнением ОЗ, поскольку только по 1 (2,4±2,3%) отрицательному ответу было получено на эти два вопроса. В то же время 14 (12,7%) хирургов не считают соблюдение прав пациентов в современных условиях актуальным ($p < 0,01$ при сравнении с ВСП и ОЗ).

Поскольку при анкетировании хирургов вопрос об их отношении к актуальности проблемы безопасности пациентов не был сформулирован аналогично вопросу, обращенному к двум другим группам респондентов, мы сформировали интегральный показатель, который может отражать мнение хирургов по данному вопросу из среднего значения отдельных показателей по каждому пункту периоперационной безопасности пациентов. Он оказался равным 60,1% ($n=66$) ($p < 0,001$ при сравнении с ВСП и ОЗ).

Утвердительно ответили 17 (68,0±9,5%) ОЗ на вопрос: «*Пришлось ли Вам быть фигурантом конфликтной ситуации с пациентом?*». Для сравнения: среди хирургов в подобных ситуациях оказывался 61 (55,4±4,7%), среди ВСП - 10 (52,6±11,8%) специалистов ($p > 0,05$ для всех групп сравнения). Созвучным предыдущему был и следующий вопрос: «*Пришлось ли Вам быть фигурантом конфликтной ситуации в качестве пациента?*». В итоге среди ОЗ таких оказалось 9 (36±9,8%), среди ВСП - 11 (26,2±6,8%), среди хирургов - 40 (36,4±4,6%) врачей ($p > 0,05$ для всех).

Далее врачам был предложен вопрос: «*С какой периодичностью должны проводиться циклы теоретического обучения?*». ОЗ считают оптимальной частоту последипломного обучения в среднем через каждые 2,8±0,4 года, по мнению ВСП, этот параметр составил 3,8±0,2 года, хирургов устроило обучение через каждые 3,2±0,2 года. При этом различия в желательных сроках между циклами обучения, высказанных врачами из группы ОЗ и группы ВСП, как и между последними и хирургами, были статистически достоверны ($p < 0,05$), в то время как между ОЗ и хирургами достоверных отличий во мнениях не было выявлено ($p > 0,05$).

В целом со всей очевидностью прослеживалась тенденция, свидетельствующая о потребности в сокращении интервалов между проводимыми в данный момент циклами обязательного (сертификационного) обучения врачей всех специальностей. Наиболее нуждающимися в обучении в интервале 2,8 - 3,0 года являются хирурги и ОЗ. Немалое число респондентов в каждой из групп - 36% ОЗ, 38,9% ВСП и 46,7% хирургов — являются приверженцами действующей пока на территории Российской Федерации системы профессионального последипломного образования (1 раз в 5 лет).

Добровольно обучаются на «несертификационных» циклах 23 (92,0±5,5%) врача из группы ОЗ, что значительно превосходит число таких «сознательных» медицинских работников среди хирургов»: из 100 решивших ответить на вопрос таковых оказалось 67 (67,0±4,7%) человек ($p < 0,001$). Среди ВСП выявлено всего 22 (52,4±7,7%) «сознательных» ($p < 0,001$ по сравнению с ОЗ). Различий в ответах между хирургами и ВСП получено не было ($p > 0,05$).

Чрезвычайно разноречивые ответы были получены на один из наиболее показательных в плане отражения мотивационной заинтересованности респондентов в совершенствовании своих профессиональных навыков вопросов анкеты: «*Как Вы относитесь к практике непрерывного образования с ежегодным накоплением баллов?*». Среди ОЗ, полностью поддерживающих инициативы органов государственного управления системой здравоохранения России и всех без исключения национальных медицинских профессиональных объединений, оказалось 8 (32,0±9,5%) респондентов, что недостоверно меньше, чем среди хирургов — 42,1±4,9% ($n=43$ из 102 ответивших) и ВСП — 40,5±7,6% ($n=17$) ($p > 0,05$).

Решили ответить на этот вопрос отрицательно 4 (16,0±7,5%) ОЗ, 21 (20,6±4,0%) хирург и 3 (7,1±4,0%) ВСП ($p > 0,05$). Большинство ОЗ считают эту общегосударственную задачу невыполнимой ($n=10$ или 40±10,0%). Этой же точки зрения придерживаются 17 (16,7±3,7%) хирургов ($p < 0,05$ по сравнению с ОЗ) и 8 (19,0±6,1%) ВСП ($p > 0,05$ по сравнению с аналогичными ответами врачей двух других специальностей). Крайне удивительно, что 3 (12±6,6%) врача-ОЗ не знали на момент анкетирования (декабрь 2016 г.), в чем состоит суть важнейших национальных медицинских образовательных реформ. Однако еще более несведущими в национальной программе непрерывного медицинского образования оказались 21 (20,6±4,0%) и 14 (33,3±7,3%) ВСП, между которыми не было достоверных различий ($p > 0,05$), причем этот параметр последней когорты специалистов достоверно превосходил информированность ОХ ($p < 0,05$).

Для хирургов был по смыслу аналогичен вопрос о членстве в Российском обществе хирургов (РОХ) следующий вопрос анкеты: «*В каком врачебном общественном объединении Вы состоите?*». Из 110 хирургов, заполнивших анкеты, на этот вопрос решили ответить 99 (90%), из которых 24 (24,2±4,3%) специалиста на момент анкетирования состоят в РОХ, 14 (14,1±3,5%) врачей хотят вступить, но не знают, как это осуществить, а 61 (61,6±4,9%) хирург не является членом РОХ ($p < 0,001$ по сравнению с двумя другими категориями). Позволим себе предположить,

что те 11 хирургов, которые вовсе не заполнили графы анкеты, не состоят в РОХ и, возможно, не собираются в него вступать, а это $10,0 \pm 2,9\%$ всех участвующих в исследовании.

Среди 42 ВСП лишь 3 ($7,1 \pm 4,0\%$) респондентов ответили, что состоят во врачебном профессиональном объединении ($p < 0,001$ по сравнению с хирургами), а один оказался состоящим в профсоюзе медицинских работников. Врачи-ОЗ наиболее активно участвуют в профессиональных общественных объединениях, поскольку 16 ($66,0 \pm 9,8\%$) из них состоят в национальных, либо территориальных сообществах врачей, что значительно превосходит этот показатель у хирургов и ВСП ($p < 0,001$).

Следующий вопрос анкеты: «*Какими периодическими профессиональными печатными изданиями Вы регулярно пользуетесь?*» Отвечая на него, 22 ($88 \pm 6,6\%$) ОЗ указали хотя бы одно, а чаще несколько серьезных, в том числе и рецензируемых (из перечня Высшей аттестационной комиссии РФ), периодических печатных изданий. Для сравнения: среди хирургов таких оказалось 86 ($78,2 \pm 3,9\%$), среди ВСП - 11 ($26,2 \pm 6,8\%$) человек ($p < 0,001$ по сравнению с обеими категориями специалистов).

Большая информационно-образовательная активность ОЗ, как и хирургов, не требует интерпретации. Следует признать, что ВСП значительно менее активно используют в качестве источника профессиональной информации широко доступные, в том числе и электронные (что за редчайшим исключением является бесплатной опцией), российские, а тем более — международные научные издания.

В ответах хирургов наиболее часто упоминаемым из специальных периодических изданий оказался журнал «*Хирургия им. Н.И. Пирогова*» - $47,7 \pm 5,4\%$. «*Вестник хирургии им. И.И. Грекова*» отметили $29 \pm 4,9\%$ респондентов ($p < 0,05$ по сравнению с предыдущим журналом). По 5 ($5,8 \pm 2,5\%$) хирургов указали в качестве своих информационных приоритетов «*Анналы хирургии*» и «*Вестник хирургической гастроэнтерологии*» ($p < 0,001$ по сравнению с частотой упоминания двух предыдущих изданий). Упоминания об иных хирургических периодических изданиях были единичными.

Респонденты должны были сами заполнить пустую графу анкеты, отвечая на следующий вопрос: «*Каким источником профессиональной информации Вы отдаете предпочтение?*». Ответы 16 ($64,0 \pm 9,8\%$) ОЗ (остальные 36% отвечать не стали) были также разнообразны, как и их коллег - ВСП, среди которых отвечать стали только 23 ($54,8 \pm 7,7\%$) респондента. Среди хирургов на этот вопрос ответили 66 ($60,0 \pm 4,7\%$) респондентов из числа всех участвовавших в исследовании.

Сравнительный анализ ответов респондентов разных врачебных специальностей показал, что ни организаторы, ни хирурги не считают национальные клинические рекомендации основным источником профессиональной информации. А ведь только информация основанная на принципах доказательной медицины и представленная в консенсусной форме, является максимально объективной, если это вообще возможно применительно к медицине. Однако из всех наших подгрупп респондентов, никто не указал в качестве приоритетного для себя источника профессиональной информации Национальные (Федеральные) клинические рекомендации (Guidelines). Между тем применительно к хирургам в своей каждодневной педагогической деятельности мы первостепенное внимание уделяем анализу положений, трактовок тактики и принципам лечения, сосредоточенным в формате именно клинических рекомендаций, как национальных, так и международных. По-видимому, нам следует пересмотреть технологию подачи и усилить аргументы в учебном процессе.

Следующий вопрос анкеты сформулирован так: «*Реальна ли, на Ваш взгляд, проблема профессионального истощения (выгорания)?*». 21 ($84 \pm 7,5\%$) врач-ОЗ ответил на него утвердительно и только 4 ($16 \pm 7,5\%$) не считают правомочной именно такую постановку вопроса. Такой же вопрос в анкете содержался только для ВСП, ответы которых были схожи по качеству, поскольку считающих проблему актуальной было $73,7 \pm 10,4\%$ ($p > 0,05$).

Необходимость в собственном профессиональном росте признают 22 ($88,0 \pm 6,6\%$) ОЗ, остальные 3 не смогли ответить на этот, казалось бы, простой вопрос. При сопоставлении мнений всех трех сравниваемых категорий врачей о необходимости в собственном профессиональном росте достоверных различий не выявлено, поскольку в каждой из групп от 80 до 88% (ОЗ - 88%, ВСП - 84,2%, хирурги 80,0%) врачей испытывают потребность профессионально расти.

Заключал анкету вопрос: «*Выбрали бы Вы профессию врача, если бы выбор пришлось делать сейчас?*». Среди ОЗ 9 ($36 \pm 9,8\%$) специалистов подтвердили, что не сделали бы такой выбор сейчас. Среди ВСП такое мнение поддержали 14 ($33,3 \pm 7,3\%$) специалистов, среди хирургов

— 23 (20,9±3,9%) врача не стали бы сейчас повторять свой путь и связывать свою жизнь с медициной ($p>0,05$ для всех сравнений).

Обсуждение

Основным мотиватором для реализации концепции безопасности хирургических пациентов является имевшая место всегда повышенная ответственность хирургов, которая воспринимается коллегами в качестве адекватной реакции на многократно возросшие требования общества и государства к качеству профессиональной хирургической подготовки и практической деятельности [1, 5, 6, 15]. Именно в рамках такого отношения к профессии и следует формулировать концепцию «*Безопасность пациента в хирургии*».

В рамках российской национальной системы организации хирургической помощи пока нет четких ориентиров как для формирования доказательной научной основы развития комплексных мер безопасной хирургии, так и для преодоления традиционных, а порой формальных принципов практической реализации систем предотвращения отдельных видов осложнений, которые исчерпали, на наш взгляд, свой креативный потенциал вне рамок целостного, концептуального подхода к обеспечению периоперационной безопасности пациентов [4, 5, 7, 9, 10, 13, 14]. Примером этого является задача улучшения результатов лечения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями [2].

Очевидно, что хирурги, которым при осуществлении их профессиональных обязанностей приходится иметь дело с большим числом факторов риска неблагоприятных исходов лечения и чаще использовать разнообразные технологии лечения, обязаны быть более информированы о современной концепции безопасности в медицине. Это также относится и к ОЗ хотя бы на уровне структурных подразделений медицинских организаций. Однако в целом нельзя признать допустимым низкий уровень знаний современных специалистов-медиков — в пределах 50—70% должного максимума, что продемонстрировали результаты анкетирования врачей всех категорий. При этом следует не забывать, что это лишь мнение респондентов о своих знаниях. Если будет проведен реальный контроль знаний по данной проблеме, то действительность может оказаться гораздо более удручающей.

Низкая активность врачей-клиницистов в отношении участия в профессиональных объединениях согласуется с реальностью: в регионе, в котором проводилось исследование, на протяжении ряда лет констатирован низкий по сравнению с Российской Федерацией в целом процент медицинских работников, имеющих квалификационные категории.

Выявленные в результате социологического опроса закономерности позволяют с уверенностью утверждать, что основной резерв для развития высокого, а главное, объективного уровня профессиональной самоидентификации медицинских работников состоит в вовлечении врачей и среднего медицинского персонала в процесс непрерывного профессионального образования. Этот процесс невозможно эффективно реализовать без системного, научно организованного подхода к получению современной профессиональной информации и обмену такой информацией; это в свою очередь оптимально реализуется только в национальных и территориальных профессиональных объединениях специалистов. Именно в рамках такого восприятия сложившейся в отрасли действительности возможен прогрессивный рост профессионального уровня как отдельных врачей, так и всего медицинского сообщества в целом. Таким образом, открытость общемирового информационного медицинского пространства и вековые традиции российской хирургической врачебной школы не оставляют современным хирургам иного выхода, как только развивать национальную концепцию «*Безопасной хирургии*». В силу целого ряда объективных причин для российской хирургической школы должна оставаться возможность не для слепого копирования опыта наших зарубежных коллег, а для научно обоснованного развития своей национальной системы обеспечения безопасности как хирургических пациентов, так и самих медицинских работников.

Обеспечение лучшего доступа населения к хирургической помощи и высокий уровень ее безопасности имеют решающее значение для эффективности лечения. Многогранность проблемы безопасности пациентов требует от современных хирургов мультидисциплинарной подготовки не только в области знаний о ключевых факторах риска неблагоприятных исходов лечения, но и в области удовлетворения неклинических (немедицинских) ожиданий пациентов.

Список литературы

- Карсанов А.М., Маскин С.С., Слепушкин В.Д., Карсанова Ф.Д., Дербенцева Т.В., Худиева Э.М. Возможности повышения периоперационной безопасности пациентов при раке толстой кишки. *Вестник нац. мед.-хирург. центра им. Н.И. Пирогова*. 2015;10(3):43-47. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201724-9>
- Кубышкин В.А., Сажин В.П., Федоров А.В., Кривцов Г.А., Сажин И.В. Организация и результаты хирургической помощи при язвенном гастродуоденальном кровотечении в стационарах центрального федерального округа. *Хирургия*. 2017;2:4-9.
- McDonald KM, Bryce CL, Graber ML. The patient is in: patient involvement strategies for diagnostic error mitigation. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(2):33-39. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001623>
- Затевахин И.И., Пасечник И.Н., Губайдуллин Р.Р., Решетников Е.А., Березенко М.Н. Ускоренное восстановление после хирургических операций: мультидисциплинарная проблема (Часть I). *Хирургия*. 2015;9:4-8. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201594-8>
- Кубышкин В.А. Безопасная хирургия и клинические рекомендации. *Хирургия*. 2014;5:4-6.
- Федоров А.В., Хрипун А.П., Иванов А.А., Гуцин А.В., Таривердиев М.Л., Сажин А.В. Преимущества короткого интенсивного курса профессиональной подготовки в эндоскопической хирургии. *Хирургия*. 2013;11:69-71.
- Cima RR, Lackore KA, Nehring SA, et al. How best to measure surgical quality? comparison of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators (AHRQ-PSI) and the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program (ACS-NSQIP) postoperative adverse events at a single institution. *Surgery*. 2011;150(5):943-949. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2011.06.020>
- Fowler AJ. A Review of Recent Advances in Perioperative Patient Safety. *Ann Med Surg (bond)*. 2013;2(1):10-14. [https://doi.org/10.1016/S2049-0801\(13\)70020-7](https://doi.org/10.1016/S2049-0801(13)70020-7)
- Акопов А.Л., Бечвая Г.Т., Абрамян А.А., Лоцман Е.В. Хирургический опросник безопасности: от идеи к практическому применению. *Вестник хирургии*. 2016;4:84-88.
- Мурашко М.А. Качество медицинской помощи: пора меняться. *Вестник Росздравнадзора*. 2017;1:10-21.
- Сажин В.П., Маскин С.С., Карсанов А.М. Структурированный взгляд на проблему безопасности пациентов в хирургии. *Хирургия*. 2016;11:59-63. <https://doi.org/10.17116/hirurgia20161159-63>
- Fudickar A, Horle K, Wiltfang J, Bein B. The effect of the WHO Surgical Safety Checklist on complication rate and communication. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109(42):695-701. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0695>
- Remizov OV, Sazhin VP, Karsanov AM. On bioethical component of patient safety in surgery. *Bioethics*. 2017;19(1):44-48.
- Тимербулатов В.М., Тимербулатов М.В. Обеспечение безопасности в хирургии. *Вестник хирургии*. 2017;2:83-85.
- Карпов О.Э., Ветшев П.С., Даминов В.Д., Елифанов С.А., Зуев А.А., Кузьмин П.Д., Махнев Д.А. Цифровые технологии в клинической хирургии и реабилитации. *Хирургия*. 2017;1:4-14. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201714-14>

О НЕТРИВИАЛЬНОСТИ ПОНЯТИЯ «БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ХИРУРГИИ»*

А.М. Карсанов, кандидат медицинских наук

(Северо-Осетинская государственная медицинская академия)

Процесс оказания современной хирургической помощи отличается чрезвычайной сложностью в условиях многовекторного давления и быстро меняющейся обстановки, обусловленных необходимостью использования широкого спектра разнообразных технологий, ускоренного темпа принятия множества тактических решений.

Все это приходится осуществлять под пристальным вниманием административных, страховых, надзорных структур и не всегда в условиях достаточной комплаентности пациента [1-3]. Повсеместное внедрение в хирургию новых технических решений сопровождается параллельным распространением специфических техногенных особенностей и периоперационных осложнений [4-6].

Не следует забывать, что побочное действие лекарств и их сочетаний является декларированной производителем данностью [7, 8], а влияние человеческого фактора и скрытых системных недостатков невозможно преодолеть и в более технологически совершенных видах деятельности, чем медицина [2, 6, 8, 9]. Иногда непреднамеренный вред здоровью пациента причиняется в ходе технологической процедуры или в результате клинического решения [2, 3, 8, 10].

В таких обстоятельствах риск нежелательных, хотя порой высоковероятных по определению явлений, неблагоприятных исходов лечения и конфликтных ситуаций не просто возможен, но и неизбежен [2, 10, 11], а проблема предотвратимого вреда при оказании медицинской помощи — одна из шести проблем глобального здравоохранения [12]. Безусловным трендом современной хирургии следует признать постулат, что безопасность пациентов является основой для обеспечения качественной медицинской помощи [1, 5].

Безопасность пациентов (БП) — это раздел современной медицины и политики здравоохранения, занимающийся мониторингом и анализом негативных последствий, вызванных воздействием лечения или применением лекарственных средств и медицинских технологий, который поддерживается на глобальном уровне Всемирным альянсом за БП Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [1, 2, 4, 6, 8].

В современных исследованиях было установлено, что риск нежелательных явлений и побочных реакций со временем только возрастает, несмотря на развитие информационных и медицинских технологий. Это приводит к тому, что в развитых странах здоровью каждого десятого пациента причиняется вред во время его лечения в больнице [3, 8].

Так в США от 44 до 98 тыс. человек ежегодно умирают вследствие медицинских ошибок, что занимает 8-е ранговое место среди всех причин смерти, опережая такие важные из них, как рак молочной железы, СПИД и автомобильные катастрофы [13], а в целом по стране неблагоприятные события выявляются при каждой третьей госпитализации [14].

Одним из главных препятствий к решению проблемы БП является отсутствие корректной национальной и международной отчетности при развитии подобных событий и, следовательно, искаженное понимание эпидемиологии таких явлений в большинстве стран мира [15]. И здесь возможны перегибы в обе стороны, в том числе в сторону их избыточной регистрации. Подтверждением последнего явления может быть тот факт, что, согласно новейшим данным М. Makary и М. Daniel [16], в США в ряду причин госпитальной смертности медицинские ошибки занимают третье место.

Эксперты признают, что широко используемые методы отслеживания показателей БП по индикаторам «Агентства по исследованиям в области качества здравоохранения» США (Agency for Healthcare Research and Quality) основаны на результатах добровольной отчетности и допускают недоучет 90% неблагоприятных событий [14].

Нежелательные события вносят значительный вклад в возрастающее финансовое бремя общества. Только в одних США в 2008 г. общенациональные издержки, связанные с нежелательными событиями при оказании медицинской помощи, которые можно было предотвратить, включая недополученные доходы, выплаты по инвалидности и медицинские расходы, составили 17,1 млрд долл., или 0,72% от 2,39 трлн долл. годовых затрат на

* Карсанов А.М. О нетривиальности понятия «безопасность пациента в хирургии» / А.М. Карсанов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. - № 6. – С. 120-124

здравоохранение [13]. Среди причин дополнительных госпитальных затрат лидируют пролежни, инфекция области хирургического вмешательства и постламинэктомический синдром [13].

Критический взгляд на столь высокую частоту медицинских ошибок как причин смерти столь же правомочен при рассмотрении проблемы БП в нашей стране. Для системы здравоохранения Российской Федерации проблема БП, особенно в таких высокорисковых направлениях, как хирургия, интенсивная терапия и реанимация, представляет актуальную и требующую незамедлительного решения проблему, поскольку потребность в хирургической помощи населению постоянно растет [1, 11, 17, 18]. Если в зарубежных странах, первоначально в США, с начала 90-х годов прошлого века стала накапливаться фактическая доказательная база по данной проблеме [2, 8], то в условиях современного отечественного здравоохранения приходится исходить из необходимости более интенсивного научного поиска и скорейшей реализации его положительных результатов в клинической практике.

В отечественных актах медицинского права нет определения БП. К понятию «безопасность медицинской деятельности» наиболее близкой, законодательно определенной категорией является «Качество медицинской помощи» [1].

По сводным данным ВОЗ, на 100 млн ежегодно выполняемых хирургических вмешательств, у 7 млн пациентов развиваются послеоперационные осложнения и почти у четверти из них это приводит к длительному стационарному лечению и инвалидности. В развитых странах в результате проблем, связанных с безопасностью хирургических операций, возникает половина всех побочных эффектов [6, 19]. Практически повсеместно в мире показатели смертности после обширных операций достигают 0,4-10%, что эквивалентно 1 млн пациентов, умерших в периоперационном периоде [6].

Благодаря многолетней и систематизированной деятельности наших зарубежных коллег из развитых стран обеспечение БП в хирургии воспринимается ими как важнейшая составляющая часть национальной идеи в области здравоохранения [4-6, 20].

Многие национальные программы, направленные на повышение безопасности хирургического лечения, основаны на системе профилактики, структурированной по видам осложнений. Замечено, что при соблюдении определенных хирургических стандартов безопасности удается предотвратить половину всех осложнений и случаев смерти, ассоциированных с оперативным лечением [5, 21, 22].

С момента внедрения в 2009 г. рекомендаций ВОЗ «Безопасная хирургия спасает жизни», основу которых составил «Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности», в результате первого же многоцентрового анализа его эффективности было установлено, что уровень послеоперационных осложнений у пациентов старше 16 лет, оперированных по поводу заболеваний, не связанных с сердечно-сосудистой системой, снизился с 11 до 7% ($p=0,003$), а уровень больничной летальности - с 1,5 до 0,8% ($p<0,001$) [22].

Технология «хирургической безопасности» ВОЗ допускает использование адаптированного к условиям конкретного учреждения своего набора контрольных мер [5, 21, 23], главным условием является соблюдение принципа конструктивного взаимодействия персонала до, во время и после операции. Общий вывод исследователей обсуждаемой проблемы сводится к тому, что контрольный перечень мер ВОЗ по хирургической безопасности не является перечнем необходимых к исполнению мероприятий, но фактически служит главным инструментом улучшения медицинских коммуникаций, отражающим уровень периоперационной безопасности пациентов [21, 22].

Глобальное достижение ВОЗ по снижению хирургической смертности было весьма впечатляющим, особенно в системах здравоохранения развивающихся стран, где наблюдалось снижение госпитальной летальности до 50% исходной, до внедрения хирургических «чек-листов» [5, 18, 23].

Так, T. Weiser и соавт. [24] на примере работы в условиях экстренной хирургии показали, что после внедрения «чек-листа» было достигнуто снижение частоты послеоперационных осложнений с 18,7 до 11,7% (на 36%) и общей госпитальной летальности с 3,7 до 1,4% (на 62%). При ретроспективном анализе установлено, что соблюдение контрольного перечня мер ВОЗ позволило бы предотвратить от 14,9 до 21,1% всех ошибок, связанных с выполнением хирургического вмешательства [5, 18, 23, 24].

Воспроизводимость и степень реализации хирургического «чек-листа» в разных странах мира неодинакова. Так, в Великобритании только 2/3 клиник внедрили эту программу [25]. В Нидерландах этот показатель на уровне 71% [26].

Чаще всего причина избирательной реализации программы ВОЗ зависела от специализации клиники (в общехирургических она была ниже, чем в более специализированных), ее уровне (в территориальных стационарах она была ниже, чем в национальных и академических) и возраста больных (ниже при лечении более молодых пациентов).

Помимо этого, по данным французских авторов, несмотря на введение «чек-листа», его 100% заполняемости не наблюдалось почти ни в одном случае, в среднем было отражено около 70% элементов, а основную озабоченность контролеров вызвали пункты о периоперационной антибиотикопрофилактике и расходуемых материалах [27]. Мало того, в ретроспективных исследованиях было обнаружено, что частота выполнения списка ВОЗ снизилась с 88 до 76% в первый год использования, а 2,1% операций были начаты, несмотря на выявление настораживающих по безопасности операции признаков [14].

В.М. Тимербулатов и Ш.В. Тимербулатов [23] при внедрении в клинике «чек-листа» ВОЗ расширили перечень пунктов, добавив в него контроль над проведением профилактики венозных тромбозов и температурой воздуха в операционной. В итоге подобный подход к БП позволил добиться достоверного снижения частоты осложнений без влияния на частоту послеоперационных летальных исходов.

По данным Н.В. Кондратовой, опыт внедрения протокола безопасности хирургического вмешательства при выполнении 4242 оперативных вмешательств способствовал достоверному снижению послеоперационных осложнений с 0,73 до 0,1% [9]. Важным принципом повышения хирургической безопасности является соблюдение системности в рамках выбранной превентивной (применительно к потенциальным негативным последствиям) периоперационной стратегии [28—31].

Считается установленным, что основными причинами, ведущими к повышению риска операции, являются недостатки медицинских коммуникаций среди участников и их плохая работа в команде, отражающие низкий уровень понимания концепции безопасности пациентов в медицинском учреждении [9, 21, 31—33].

Существенным образом сказывается на качестве и безопасности медицинской помощи, а также на частоте возникновения конфликтных ситуаций между участниками лечебного процесса то, что медицинские работники испытывают серьезные эмоциональные, а в случае хирургов, акушеров-гинекологов и реаниматологов — еще и физические нагрузки [34].

Обеспечению безопасности хирургических пациентов уделяется повышенное внимание в последние годы, но акцент при этом делается в основном на эпидемиологию ошибок и нежелательных явлений, а также на совершенствование технического и тактического компонентов лечебного процесса [2, 4-6, 11, 26, 30, 31]. Немалая положительная роль в повышении безопасности хирургических пациентов принадлежит интегрированию медицинских учреждений в территориальные или общенациональные коммуникационные системы контроля, учета и профилактики послеоперационных осложнений с возможностью осуществления urgentной консультативной помощи [20].

Важнейшее значение имеет уровень профессионализма специалистов [35, 36]. Это особенно актуально в нашей стране в связи со сменой традиционных для нее форм профессионального становления молодых хирургов, что в конечном итоге значимо отражается на БП [37].

Вместе с тем пока нет оснований признать, что в рамках традиционного подхода к проблеме БП в хирургии достигнуты высокие показатели профилактики неблагоприятного исхода хирургического лечения [8, 11]. На сегодня пока нет достаточных оснований постулировать приоритетные модели обеспечения безопасности хирургических пациентов [13]. В рамках поиска оптимального решения этого стратегического вопроса ряд исследований были посвящены роли медицинских работников [3], другие — анализу организационно-структурных факторов [4, 6, 9].

При анализе национальных систем безопасности лечения хирургических пациентов выявились значительные различия в приоритетах организации мероприятий по направлениям [4, 13]. На уровне лечебных учреждений основные мероприятия по организации мер по БП в хирургии должны включать следующие:

- идентификацию личности пациента;
- совершенствование форм общения с пациентами;
- оптимизацию взаимодействия персонала;
- предупреждающую оценку риска опасных ситуаций;
- профилактику падений пациентов;
- профилактику пролежней;

- профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- профилактику венозных тромбозмболических осложнений;
- безопасность фармакотерапии;
- профилактику хирургических вмешательств ошибочной локализации;
- профилактику возгораний в операционных помещениях.

Из этого перечня видно, что большой диапазон предлагаемых в литературе мероприятий и различная логистика решения каждой из стоящих перед медицинскими работниками задач не позволяют успешно реализовать их в рамках одной лечебной стратегии, тем более без использования мультимодального подхода, основанного на структурированной по видам осложнений системе профилактики важнейших негативных последствий хирургического лечения [8, 11, 28-31, 38].

В качестве причин повышенного риска для пациента в равной степени важны как системные факторы, так и индивидуальные технические навыки медицинского персонала. Среди ряда основных критериев последилового профессионального обучения специалистов рост их квалификации в вопросах организации БП оказался наименее очевидным, что требует обязательного внедрения в систему подготовки врачей не только коротких курсов обучения, но и постоянного надзора группы контроля [12].

К. Моган и соавт. [39] выделяют в качестве эффективных способов формирования профессиональных компетенций по вопросам БП всего два принципа решения образовательных задач: использование для ориентиров только результаты, подтвержденные критериями доказательной медицины, и согласованную работу в мультидисциплинарной команде.

Примерами позитивного движения в направлении повышения безопасности хирургических пациентов в стране являются возрастающая организационная и методическая роль российских общенациональных и региональных профессиональных объединений хирургов в разработке стандартов (протоколов) оказания хирургической помощи [11, 30], совершенствование образовательных программ по хирургии [35, 36] и распространение технологий, способствующих сокращению частоты периоперационных осложнений и оптимизации общих расходов на лечение в самых различных областях хирургии. К одной из таковых следует отнести программу ускоренного восстановления/выздоровления после оперативного вмешательства [29-31].

Другим весьма перспективным направлением повышения БП в хирургии является внедрение инновационных и цифровых технологий в клиническую практику. Успешный опыт их воплощения можно наблюдать на примере Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова [38]. Использование такого подхода в ежедневной практике высокотехнологичного хирургического центра позволяет решать организационные, контрольно-административные, клинико-экспертные, научно-практические и образовательные задачи, что в комплексе способствует повышению правового обеспечения лечебного процесса и дает реальные рычаги управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.

С учетом всего перечисленного очевидно, что реально применяемых в национальной хирургической практике мер по повышению БП явно недостаточно. Назрела необходимость разработки универсального подхода к безопасности хирургических пациентов, основные элементы которого могли бы быть эффективно реализуемы в любом хирургическом отделении страны.

Одним из перспективных, а попросту - обязательных направлений работы следует признать совершенствование административно-организационной деятельности не только в каждой медицинской организации [1, 6, 9], но и смена парадигмы управления здравоохранением в целом и контрольной деятельности в частности [1]. Реализация приоритетных национальных проектов в здравоохранении и активное формирование новой идеологии экспертной и контрольно-надзорной работы, основанной на стандартизации процессов медицинской деятельности, информатизации всей системы и риск-ориентированном подходе к управлению качеством, позволяют надеяться на обеспечение максимальной безопасности при оказании хирургической помощи [1].

Таким образом, БП остается серьезной проблемой как глобального, так и российского здравоохранения. Реальные условия организации хирургической работы отдельных лечебных учреждений могут существенно отличаться друг от друга, а формирующаяся в Российской Федерации практика создания и широкого применения единых национальных клинических рекомендаций, базирующихся на принципах доказательной медицины, пока в большей части вынуждена основываться на зарубежном опыте. Многие ключевые вопросы обеспечения периоперационной БП не разработаны, а в целом проблема должного качества медицинской

помощи требует своего решения в рамках понимания, что это мультидисциплинарная задача. В связи с этим именно системному подходу к обеспечению безопасности хирургического лечения должно быть уделено повышенное внимание национального хирургического сообщества на данном этапе его развития.

Литература/References

1. Мурашко М.А. Качество медицинской помощи: пора меняться. *Вестник Росздравнадзора*. 2017;1;10-21.
2. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf*. 2013;22:809-815. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748>
3. McDonald KM, Bryce CL, Graber ML. The patient is in: patient involvement strategies for diagnostic error mitigation. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(2):33-39. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001623>
4. Ragusa PS, Bitterman A, Auerbach B, Healy WA. 3rd. Effectiveness of Surgical Safety Checklists in Improving Patient Safety. *Orthopedics*. 2016;39(2):307-310. <https://doi.org/10.3928/01477447-20160301-02>
5. Fowler AJ. A review of recent advances in perioperative patient safety. *Ann Med Surg (Lond)*. 2013; 2(1):10-14. [https://doi.org/10.1016/S2049-0801\(13\)70020-7](https://doi.org/10.1016/S2049-0801(13)70020-7)
6. Stahel PF, Mauffrey C, Butler N. Current challenges and future perspectives for patient safety in surgery. *Patient Saf Surg*. 2014;8:9. <https://doi.org/10.1186/1754-9493-8-9>
7. Иванов И.В., Астапенко Е.М. Обеспечение безопасности медицинских изделий в медицинской организации. *Вестник Росздравнадзора*. 2016;5:28-31.
8. Bouvy JC, De Bruin ML, Koopmanschap MA. Epidemiology of adverse drug reactions in Europe: a review of recent observational studies. *Drug Saf*. 2015;38(5):437-453. <https://doi.org/10.1007/s40264-015-0281-0>
9. Кондратова Н.В. Возможности уменьшения хирургических осложнений при применении протокола безопасности хирургического вмешательства. *Consilium medicum. Хирургия*. 2015;2:25-27.
10. Ragusa PS, Bitterman A, Auerbach B, Healy WA. 3rd. Effectiveness of Surgical Safety Checklists in Improving Patient Safety. *Orthopedics*. 2016;39(2):307-310. <https://doi.org/10.3928/01477447-20160301-02>
11. Кубышкин В.А. Безопасная хирургия и клинические рекомендации. *Хирургия*. 2014;5:4-6.
12. Walton M, Harrison R, Burgess A, Foster K. Workplace training for senior trainees: a systematic review and narrative synthesis of current approaches to promote patient safety. *Postgrad Med J*. 2015;91(1080):579-587. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2014-133130>
13. Medical errors in the USA: human or systemic? *The Lancet*. 2011;377(9774):1289. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60520-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60520-5)
14. Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, Whittington JC, Frankel A, Seger A, James BC. Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Affairs*. 2011;30(4):581-589. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0190>
15. Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. *Ann Intern Med*. 2013;158(5pt2):369-374. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>
16. Makary MA, Daniel M. Medical error — the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
17. Сажин В.П., Маскин С.С., Карсанов А.М. Структурированный взгляд на проблему безопасности пациентов в хирургии. *Хирургия*. 2016;11:59-63. <https://doi.org/10.17116/hirurgia20161159-63>
18. Акопов А.Л., Бечвая Г.Т., Абрамян А.А., Лоцман Е.В. Хирургический опросник безопасности: от идеи к практическому применению. *Вестник хирургии*. 2016;4:84-88.
19. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(30):216-223. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>
20. Cima RR, Lackore KA, Nehring SA, Cassivi SD, Donohue JH, Deschamps C, Vansuch M, Naessens JM. How best to measure surgical quality? comparison of the agency for healthcare research and quality patient safety indicators (AHRQ-PSI) and the american college of surgeons national surgical quality improvement program (ACS-NSQIP) postoperative adverse events at a single institution. *Surgery*. 2011;150(5):943-949. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2011.06.020>
21. Fudickar A, Horle K, Wiltfang J, Bein B. The effect of the WHO Surgical Safety Checklist on complication rate and communication. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109(42):695-701. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0695>
22. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*. 2009;360(5):491-499. <https://doi.org/10.1056/NEJMs0810119>
23. Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В. Обеспечение безопасности в хирургии. *Вестник хирургии*. 2017;2:83-85.
24. Weiser TG, Haynes AB, Dziekan G, Berry WR, Lipsitz SR, Gawande AA. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Ann Surg*. 2010;251(5):976-980. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181d970e3>

25. Hoffmann B, Rohe J. Patient safety and error management: what causes adverse events and how can they be prevented? *Dtsch Arztebl Int.* 2010;107(6):92-99. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0092>
26. van Schoten SM, Kop V, de Blok C, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP, Wagner C. Compliance with a time-out procedure intended to prevent wrong surgery in hospitals: results of a national patient safety programme in the Netherlands. *BMJ Open.* 2014;4(7):005075. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005075>
27. Bosk CL, Dixon-Woods M, Goeschel CA, Pronovost PJ. Reality check for checklists. *Lancet.* 2009;374(9688):444-445.
28. Царьков П.В., Никода В.В., Стамов В.И., Маркарьян Д.Р., Тулина И.А. Мультидисциплинарный подход в плановой хирургии колоректального рака у больных старческого возраста. *Хирургия.* 2012;2:4-13.
29. Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Лукашевич И.В. Оптимизация периоперационного процесса у пациентов, перенесших резекцию ободочной кишки. *Хирургия.* 2015;4:76-81. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2015476-81>
30. Затевахин И.И., Пасечник И.Н., Губайдуллин Р.Р., Решетников Е.А., Березенко М.Н. Ускоренное восстановление после хирургических операций: мультидисциплинарная проблема (Часть 1). *Хирургия.* 2015;9:4-8. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201594-8>
31. Карсанов А.М., Маскин С.С., Слепушкин В.Д., Карсанова Ф.Д., Дербенцева Т.В., Худиева Э.М. Возможности повышения периоперационной безопасности пациентов при раке толстой кишки. *Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова.* 2015;10(3):43-47
32. Маскин С.С., Карсанов А.М., Лопастейский Д.С., Кокаев И.П. Биоэтические основы безопасности пациентов в хирургии. *Биоэтика.* 2014;2(14):38-42.
33. Remizov OV, Sazhin VP, Karsanov AM. On bioethical component of patient safety in surgery. *Bioethics.* 2017;1(19):44-48.
34. Баулин А.А., Алакина Н.Г., Стешкина И.В., Баулин В.А. Профессиональное «выгорание» у врачей хирургического профиля. *Хирургия.* 2013;7:43-48.
35. Сажин А.В., Мирзоян А.Т., Климиашвили А.Д., Мосин С.В., Лайпанов В.К. Обучение лапароскопической аппендэктомии. *Российский медицинский журнал.* 2014;4:14-17.
36. Федоров А.В., Хрипун А.И., Иванов А.А., Гушин А.В., Таривердиев М.Л., Сажин А.В. Преимущества короткого интенсивного курса профессиональной подготовки в эндоскопической хирургии. *Хирургия.* 2013;11:69-71.
37. Быков А.В., Мяконький Р.В., Чеботарева О.А. Профессионализация на уровне крупного промышленного города (на модели профессии врач-хирург). *Социология города.* 2015;4:5-11.
38. Карпов О.Э., Ветшев П.С., Даминов В.Д., Елифанов С.А., Зуев А.А., Кузьмин П.Д., Махнев Д.А. Цифровые технологии в клинической хирургии и реабилитации. *Хирургия.* 2017;1:4-14. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201714-14>
39. Moran KM, Harris IB, Valenta AL. Competencies for patient safety and quality improvement: a synthesis of recommendations in influential position papers. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2016;42(4):162-169. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(16\)42020-9](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(16)42020-9)

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МОГУТ ОГРАДИТЬ ВРАЧЕЙ ОТ ОШИБОК*

Е. Буш, обозреватель «Медицинской газеты»

Инородное тело, забытое в организме пациента во время операции, к счастью, – редкий дефект оказания медицинской помощи, но тем не менее имеющий свою статистику. Такие события всегда становятся предметом наиболее резонансных публичных конфликтов и завершаются судебными исками пациентов к лечебным учреждениям. Причем в данных случаях пострадавшую сторону уж точно нельзя упрекнуть в «пациентском экстремизме»: вина медработников в таких ситуациях очевидна.

Снизить юридические риски

Как же избежать досадных ошибок? Ответ однозначный: строгой исполнительской дисциплиной каждого участника лечебного процесса в соответствии с четко прописанными регламентами. Один из вариантов такого регламента на днях представили в службу главного хирурга Минздрава России специалисты Красноярской краевой клинической больницы. Здесь разработали Методические рекомендации «Хирургическая безопасность. Порядок оказания медицинской помощи при оперативных вмешательствах».

– Тема хирургической безопасности всегда была актуальной, но сегодня с учетом пристального внимания Следственного комитета России к нашей специальности ее актуальность возросла кратно, – поясняет главный специалист хирург и эндоскопист Минздрава Красноярского края, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Черданцев. – В 2018 г. в Красноярском крае в пользу пациентов было удовлетворено несколько судебных исков на крупные суммы по ятрогенным инородным телам. Думаю, аналогичный негативный опыт есть и в других субъектах РФ. Для профилактики таких нарушений мы и внедрили технологию хирургической безопасности в краевой клинической больнице. Поскольку ничего сложного в ней нет, она может быть адаптирована к любому лечебному учреждению Российской Федерации. Мы даем хирургу организационный инструмент, который позволит ему не допустить ошибок и снизить собственные юридические риски.

Д. Черданцев напоминает, что результат любой операции обусловлен целым рядом исходных условий. Многое зависит от пациента: сложные заболевания, переменная анатомия. Несомненно, многое зависит от врача, а именно от его квалификации. Важным фактором является техническая и технологическая оснащенность больницы: чем современнее оборудование, тем меньше хирургические риски.

– Но есть условия, которые, по сути, являются организующими, и они должны быть одинаковыми в любом медицинском учреждении вне зависимости от его клинического уровня. Вот, собственно, почему и для чего мы решили четко прописать методические рекомендации, – уточняет главный специалист. Документ уже утвержден на уровне Минздрава Красноярского края и стал обязательным к исполнению в медицинских учреждениях региона. А теперь с ним может ознакомиться все российское хирургическое сообщество. После широкого обсуждения и возможной доработки методичку планируется передать на утверждение в Минздрав России для придания ей федерального статуса. Таким образом, отечественная хирургическая служба получит в свое распоряжение очень важный регламент обеспечения безопасности оперативных вмешательств.

Тайм-аут, или «Всем внимание!»

К работе над методичкой привлекли специалистов по системе менеджмента качества, в том числе из корпорации «Тойота». Многие организации, в основном промышленные, уже прошли путь внедрения системы менеджмента качества, тогда как медицина еще только становится на этот путь. Между тем принципы системы менеджмента качества можно считать универсальными для любой отрасли экономики. Вот почему руководство красноярской краевой больницы обратилось к тем, кто обладает наиболее серьезными знаниями в области системы менеджмента качества. Ведь мало хотеть обеспечивать высокое качество медицинской помощи, надо еще понимать, как именно этого добиться на каждом из этапов ее оказания, и главное – как правильно сформулировать все требования и правила, а это – целая наука.

* Буш Е. Один раз отрежь, семь раз пересчитай. Принципы хирургической безопасности могут оградить врачей от ошибок / Е. Буш // Медицинская газета. – 2019. – 10 апр. – № 14. – С. 6

В итоге получился компактный по объему, предельно ясный текст, в котором четко прописаны не только последовательность действий, которые должен совершать каждый из сотрудников отделения и оперблока, но даже мысли, которые должны приходиться в их головы на каждом из этапов оказания медицинской помощи хирургическому пациенту.

Начинается брошюра с раздела «Порядок обеспечения планового оперативного вмешательства в круглосуточном стационаре (накануне оперативного вмешательства)». Это фактически пошаговая инструкция: что должны делать, в каком порядке и в течение какого времени все сотрудники отделения – от заведующего до постовой медсестры – с момента поступления пациента в отделение и заполнения медицинской документации до оформления заявок в оперблок и параклинические службы на медикаменты, трансфузионные среды, компоненты крови и т.д.

Следующий раздел – «Порядок подготовки пациента к оперативному вмешательству в круглосуточном стационаре (в день оперативного вмешательства)», в котором появляется термин «Чек-лист». Что же это такое?

– Ятрогенные причины плохих результатов хирургического лечения – это стопроцентно не что иное как нарушение технологий. К таким результатам относятся, в частности, ампутация здоровой конечности вместо больной; оставление в организме пациента инородного тела – зажима, перевязочного материала; не выполненная антибиотикопрофилактика; не проведенная профилактика тромбоэмболии легочной артерии. Необходимо, чтобы медицинский персонал постоянно помнил о возможности осложнений и знал, какие действия для их предотвращения необходимо совершать. Также должен быть механизм, позволяющий контролировать выполнение медперсоналом каждого из этих действий.

С этой целью нами были разработаны СТОП-лист и чек-лист. Чек-лист – это таблица готовности самого пациента к операции, где в каждом окошечке должна стоять «галочка». А СТОП-лист – аналогичная таблица, но уже о готовности всех служб больницы – хирургической, анестезиологической, сестринской – к выполнению операции данному пациенту. Заполнение таблицы – документальное подтверждение выполнения медперсоналом того или иного необходимого действия, – объясняет Д. Черданцев.

Итак, в день оперативного вмешательства медицинская сестра профильного отделения заполняет чек-лист и передает его лечащему врачу. Хирург анализирует полученную информацию, затем подтверждает возможность проведения операции, подписав СТОП-лист. После этого пациента транспортируют в шлюз операционного отделения до так называемой красной черты, и здесь необходима пауза.

В разделе «Порядок подготовки операционной при оперативных вмешательствах» также пошагово описан весь процесс. Если после проверки не обнаружено несоответствий, в СТОП-листе ставится отметка, каталка с пациентом пересекает «красную черту» и оказывается внутри операционного отделения.

Очередной раздел тоже называется «Порядок подготовки операционной при оперативных вмешательствах», но здесь речь идет о действиях медперсонала, когда пациент уже находится на операционном столе. Именно в данном разделе впервые встречается термин «тайм-аут» – понятие из системы менеджмента качества «Тойоты» и других успешных предприятий.

По словам Д. Черданцева, любая клиника, выполняющая большое количество хирургических вмешательств, – это, по сути, завод с операционным конвейером. При столь высокой нагрузке не ровен час что-то важное упустить, чего-то не заметить. Когда у человека перед глазами что-то постоянно мелькает, он теряет бдительность и настороженность – «глаз замыливается». Так вот, тайм-аут – это момент, когда вся операционная бригада отвлеклась от текущей работы и подтвердила, что на данном этапе выполнены все необходимые требования безопасности хирургического вмешательства. После этого медики работают дальше.

Всего тайм-аутов должно быть три. Первый из них анестезиолог, хирург и стерильная медицинская сестра проводят после того, как пациента расположили на операционном столе. Проверка готовности – и можно начинать выполнять анестезию, обрабатывать операционное поле.

После введения наркоза и ограничения операционного поля проводится второй тайм-аут. Еще раз убедившись в том, что все готово, бригада начинает операцию и выполняет ее до ушивания операционной раны.

Здесь опять делается пауза: анестезиолог-реаниматолог, хирург и операционная сестра проводят третий тайм-аут. До объявления третьего тайм-аута операционная сестра уже должна

пересчитать перевязочный материал и хирургический инструментарий. Наконец, проведя третий тайм-аут, бригада завершает оперативное вмешательство.

Далее в методичке прописаны отдельными параграфами порядок входа и выхода персонала из операционного отделения; оборот стерильного инструментария и расходных материалов; проведение уборки в операционном отделении. А в приложении даны все те документы, которые медперсоналу необходимо заполнять на разных этапах хирургического лечения: СТОП-лист, чек-лист предоперационной подготовки пациента, чек-лист безопасности пациента при проведении хирургических операций, инструкция по подсчету перевязочного материала во время проведения оперативного вмешательства в операционных; лист ознакомления.

* * *

Сейчас сложно предсказать, как воспримут предложение красноярских специалистов их коллеги из других регионов. Но было бы странным, если бы кто-то стал отрицать саму идею – необходимость профилактики ятрогенных хирургических дефектов. Ведь пока готовился данный материал, в СМИ появилась информация об очередном случае оставления инородного тела в организме пациента, на этот раз в одном из крупнейших федеральных медицинских центров Новосибирска. Это событие в очередной раз доказывает, что внедрение системы менеджмента качества в работу хирургических стационаров крайне необходимо.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ВРАЧЕЙ-ХИРУРГОВ: АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ ВЗГЛЯДОВ УЧЕНЫХ*

Ю.И. Кектеева

(Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова)

Выбор профессии в современной жизни строится на основе принятых решений, взвешенных и обдуманых. Выбор профессии хирурга — шаг тройне осознанный, несущий долгую перспективу и преданность своему делу. Врачи-хирурги не только преданы своему делу, но в большей степени погружены всецело в процесс, часто не могут абстрагироваться от него в повседневной жизни [6]. Профессиональная деформация заключается в изменении качества жизни врача, которая проявляется в результате многолетней профессиональной деятельности. На плечах медицинского персонала, в особенности хирурга лежит колоссальная ответственность за жизнь пациентов. Зачастую через усилия и профессионализм хирурга удается спасти пациента на грани гибели. Такие факторы, как страдание, боль, тревога пациентов накладывают отпечаток на психологическом состоянии врача, и, как следствие, происходит деформация личности [1].

Как показывает практика, с момента начала деятельности, молодой врач-хирург старается как можно больше сопереживать пациентам в их проблемах. Он берет на себя повышенную ответственность за свои действия, так как еще не до конца уверен в собственном профессионализме [7]. Далее под влиянием тех или иных качеств личности хирурга начинают проявляться различные деформации. Например, врач может чрезмерно погружаться в проблему пациента, либо наоборот относиться к больному как материалу. При излишнем заикливании на заболевании, специалист может пропустить ухудшение эмоционального состояния больного. Все это приводит к нередким врачебным ошибкам. Безусловно, врач должен выработать в процессе профессиональной деятельности определенную сопротивляемость к проблемам пациентов, но он также не должен терять качества, характерные для эмпатичного человека и профессионала [8].

Для профессии хирурга зачастую характерно состояние авторитарности, которое выражается в излишнем высокомерии, неприятие критики, прямолинейности.

Синдром профессионального выгорания может проявляться в виде эмоционального истощения, снижении самооценки, занижении своих профессиональных качеств. Вследствие этого меняется отношение к пациентам, они воспринимаются как источник повышенного стресса, виновники всех проблем [6]. Выгорание может также проявляться в виде циничных высказываниях в сторону пациентов, иногда это может быть враждебность, в итоге начинает теряться профессиональная связь врач-пациент, пропадает гуманность к больному [2].

Многие авторы в своих работах делают акцент на то, что профессиональная деформация проявляется не сразу, иногда она протекает скрыто, латентно десятилетиями, поэтому выявить ее сразу не так просто. Проблема влияния профессионального стресса на состояние работающих врачей-хирургов на протяжении последних десятилетий находится в центре внимания специалистов различных медицинских специальностей [8].

Для более детального понимания картины профессионального выгорания хирургов необходимо разобраться в причинах кратковременного и долгосрочного стресса. Так, принято считать, что проявление профессионального стресса характеризуется влиянием на врача факторов, которые связаны с условиями профессиональной деятельности. Многие авторы уточняют, что деформация может появиться тогда, когда внешняя обстановка воспринимается специалистом как возникновение требования, которое может нести угрозу его способностям и ресурсам [9].

Когда воздействия на человека кратковременны, ярко проявляются различные симптомы стресса. Краткосрочный стресс — это резкое использование «поверхностных» адаптационных сил, однако вместе с этим происходит мобилизация более глубоких. В случае, когда «поверхностных» резервов слишком мало для адекватного ответа на внешние раздражители, а скорости мобилизации «глубоких» слишком мало, чтобы восполнить резервы, то человек не выдержит и погибнет, а внутренние резервы так и останутся не израсходованы [10]. Непрерывный стресс обуславливается мобилизацией и истощением «поверхностных», а также «глубоких» резервов организма. Специфика различных состояний стресса, находится в зависимости не только от внешнего влияния, но и от цели деятельности, оценки ситуации, в которой он находится. Многие ученые сходятся во мнении, что более полной и характерной сегодняшнему этапу понимания механизмов стресса является классификация, которую предлагает Медведев В.И. В ней довольно четко отражены внешние стрессорные факторы, которые

* Кектеева Ю.И. Эмоциональные изменения у врачей-хирургов: анализ и обобщение взглядов ученых / Ю.И. Кектеева // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание. - 2019. - № 5. - С. 56-58

оцениваются как первичные источники напряжения и перенапряжения, а также внутренние личные факторы, которые опосредуют влияние первых и определяют особенности психологического отражения и оценки ситуации [1].

По характеристике Медведева В.И., экстремальные раздражители являются крайними значениями тех факторов ситуации, которые формируют оптимальный фон для деятельности или во всяком случае не вызывают ощущения дискомфорта. Однако оценка (ощущение) того предела, при котором эти элементы при их сдвигах в крайние значения становятся «предельными», является сугубо субъективной, индивидуальной величиной [2].

Стоит подчеркнуть, что в работе хирурга, факторы появления стресса взаимосвязаны с экстремальными влияниями самого рабочего процесса и организационных, социальных, экологических и технических особенностей профессиональной деятельности. Таким образом, возникновение стресса у хирурга непременно связано не только с его рабочим процессом, но и с событиями из его личной жизни, с разными сферами его общения. В связи с этим, исследования причин появления деформирующего стресса следует проводить с учетом разных событий, не только профессиональных [5]. В 1978 году Т. А. Beehr и J. S. Newman выявили 37 рабочих или организационных факторов, которые могут оказаться различными стрессорами. Они были разделены на четыре категории:

- а) рабочие требования и факторы решаемых задач;
- б) требования либо ожидания;
- в) организационные требования или ожидания;
- г) внешние требования или факторы.

Следовательно, сегодня общепринятым многими авторами остается понятие профессионального стресса, как комплексного феномена, который выражается в психосоматических реакциях на различные ситуации в профессиональной сфере хирурга [7].

В данном случае, при профессиональном стрессе нарушения психофизиологической адаптации выражаются в снижении эффективности рабочего процесса, разладом личностных контактов на работе и дома. В 80-х годах 20 века, когда разные научные подходы к вопросу профессионального выгорания стали разбавляться научными моделями ее исследования, возник новый этап изучения феномена профессионального стресса. Создание методик для выявления выгорания, в особенности разработанной С. Maslach и Jackson (1981) методики «Maslach Burnout Inventory» (МВИ), дали возможность ученым выявить более принципиальные понятия о сути этого феномена. Исследования авторов последних лет не только утвердили более широкое представление синдрома выгорания, но и дали возможность значительно увеличить сферу его проявления, не ограничивая исследования только лишь социальной средой [10].

Психическое выгорание теперь осознается как профессиональный и индивидуальный кризис, который связан с мощными нагрузками на работе в целом, а не только с личными отношениями.

Литература

1. Абрамова Г. С. Психология в медицине / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдич. - Кафедра-М, 2016. -334 с.
2. Бобков Ю.Г., Виноградов В. М. Фармакологическая коррекция умственной и физической работоспособности // Фармакологическая регуляция процессов утомления / Под ред. Ю.Г. Бобкова. М.: Изд-во НИИ фармакологии АМН СССР, 2012. С. 7–33.
3. Бобровицкая С.В. Некоторые особенности мотивации поступления в педагогический вуз / С.В. Бобровицкая // Психологическая служба образования. - СПб. - 2017. - с. 48–53
4. Гриншпун С.С. Интересы и склонности при выборе профессии / С. С. Гришпун // Школа и производство. - № 6. - 2014.
5. Кулагин Б.В. Основы профессиональной психодиагностики / Б. В. Кулагин. - Л.: Медицина, 1984. - 216 с.
6. Ларцева Л.И. Профессиональный стресс врачей и методы его коррекции: Автореф. дисс. докт.мед.наук. - М., 2018. -43 с.
7. Леонова А.Б. Комплексная методология анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции // Психологический журнал. 2014. № 2. С. 76–85.
8. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей в 3-х томах / Под ред. академика РАМН В.М. Боголюбова. - Пермь: Звезда, 2017. - 1950 с.
9. Пешиков О.В. Выбор будущей специальности. Осознанный выбор или случайный факт? / О.В. Пешиков, О. Г. Максимова // Материалы IV всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Профессионально компетентная личность в мировом образовательном пространстве». - Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ. - 25–26.05.2016. - с. 154–156.
10. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская. - Медицина, 2015. - с. 256.

Часть II

Материалы социологического опроса

≡ **МЕДВЕСТИК** ПОРТАЛ РОССИЙСКОГО ВРАЧА

ПОЛОВИНА РОССИЯН – ПРОТИВ ВВЕДЕНИЯ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ*

Половина россиян, принявших участие в опросе «Защита прав медицинских работников», высказались против введения уголовной ответственности за врачебные ошибки. Опрос проведен ОНФ, Национальной медицинской палатой (НМП) и телепрограммой «Здоровье». В нем приняли участие 5 тыс. врачей и более 3 тыс. граждан, не связанных с медицинской профессией, сообщает НМП.

На «круглом столе» «Защита жизни и здоровья пациентов и медицинских работников» член Центрального штаба ОНФ, ведущая телепрограмм о здоровье на «Первом канале», инициатор опроса Елена Малышева сообщила, в частности: более 56% респондентов считают введение уголовной ответственности для врачей недопустимым, так как врачебные ошибки возможны в целом ряде сложных случаев течения болезни.

Угроза уголовного наказания за ошибки приведет к отказу врачей от ведения сложных пациентов, убеждены 15% опрошенных, а 17% считают, что родственники пациентов начнут спекулировать на трудных случаях диагностики и лечения.

Большинство респондентов (65%) считают, что врач не должен нести никакой ответственности в случае неумышленного совершения ошибки при сложной диагностике заболевания и/или отсутствия современного оборудования и лечения. Но 14% высказалась за то, чтобы врачей, допустивших ошибку, лишали права заниматься медицинской деятельностью сроком на 1–3 года. По мнению россиян, факт врачебной ошибки должна засвидетельствовать независимая группа экспертов, состоящая из врачей (66% опрошенных).

Отметим, эксперты ОНФ выступают сейчас за создание механизмов профессиональной ответственности врачей, а также их защиты. Так, в Госдуму будут направлены предложения по ужесточению наказания за нападения на медицинских работников.

НМП предлагает законодательно урегулировать страхование риска профессиональной ответственности, исключить из официального употребления термин «ятрогенные преступления» и не «модернизировать» под них УК РФ.

С целью отстаивания интересов врачей палата инициировала сотрудничество со Следственным комитетом России. Президент НМП Леонид Рощаль считает, что лучше договариваться, чем не договариваться, особенно в том, что касается таких сложных вопросов как ответственность медицинских работников. «Главным результатом нашей совместной работы со Следственным комитетом станет такая статья в УК, где будет написано, что за неумышленные осложнения врач не будет сидеть в тюрьме. Это принципиальный вопрос. В своем желании оградить врачей, прежде всего, от тюрьмы мы всегда будем стоять на стороне врачебного сообщества. Сейчас мы настаиваем на рассмотрении иных форм наказания, кроме материального и тюремного, вплоть до лишения виновного врача права заниматься медицинской деятельностью». И результаты опроса ОНФ подтвердили, что наша позиция поддерживается обществом», – подчеркнул он.

В конце января 2019 г. председатель Следственного комитета РФ Александр Бастрыкин передал ряд уголовных дел в новое специализированное подразделение ГСУ СК России по расследованию преступлений в медицинской сфере. Он поручил провести все необходимые исследования, чтобы установить объективную картину произошедшего.

* Портал российского врача «Медвестник», 13 февраля 2019 г. – <https://medvestnik.ru> (дата обращения: 27.08.19)

Часть III

Библиографический список книг, материалов парламентских мероприятий, публикаций в журналах, газетах и интернет-ресурсах

2018 - 2019 гг.

Аксенова Н. По какой статье судить врачей. Следственный комитет отказался от использования термина «ятрогения» / Н. Аксенова, Л. Айдарова // Независимая газета. - 2018. - 12 сент. - № 193. - С. 8

Бастрыкин А.И. Предложения СК России по совершенствованию законодательства по вопросам расследования преступлений, связанных с врачебными ошибками // Блог Председателя Следственного комитета Российской Федерации А.И. Бастрыкина, 28 сентября 2018 г. - <https://sledcom.ru/blog> (дата обращения: 15.08.2019)

Батюкова В.Е. Об ответственности врачей за допущенные ошибки / В.Е. Батюкова // Государственная служба и кадры. – 2019. - № 1. - С. 108-110

Бессонов А.А. Криминалистическая характеристика преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и медицинских услуг / А.А. Бессонов, Н.В. Маланина // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. - 2018. - № 4. - С. 150-157

Божченко А.П. О возможном консенсусе в вопросе соотношения понятий «врачебная ошибка», «дефект медицинской помощи» и «ятрогения» / А.П. Божченко // Медицинское право. - 2018. - № 3. - С. 7-12

Буш Е. Один раз отрежь, семь раз пересчитай. Принципы хирургической безопасности могут оградить врачей от ошибок / Е. Буш // Медицинская газета. – 2019. - 10 апр. - № 14. – С. 6

Быкова Е.Г. Ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей как обязательный признак объективной стороны ятрогенного преступления / Е.Г. Быкова // Актуальные проблемы медицины и биологии. - 2018. - № 2. - С. 20-22

Быкова Е.Г. О возможности правовой оценки некачественного оказания медицинских услуг, повлекшего смерть пациента, по ст. 238 УК РФ / Е.Г. Быкова, С.А. Яшков // Вестник Московского университета. Серия 11. Право. – 2018. - № 6. - С. 80-95

Васильев Ф.П. Некоторые аспекты предупреждения преступлений в сфере здравоохранения Следственным комитетом Российской Федерации / Ф.П. Васильев // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. - 2019. - № 1. - С. 72-74

Власов В. Врач в ответе за правильность своих действий, а не за результат / В. Власов // Независимая газета. - 2018. - 5 сент. - №187. - С. 8

Воробьев П. Почему профессия врача становится опасной? Глава Следственного комитета РФ Александр Бастрыкин призвал «жалеть врачей», констатируя, что растет количество жалоб на них самих и на их работу / П. Воробьев // Аргументы и факты. – 2018. - 18 апр. - №16. - С. 4

Галюкова М.И. Ятрогения как основание уголовной ответственности / М.И. Галюкова // Закон и право. - 2018. - № 2. - С. 74-76

Галиев Б.Б. Актуальные вопросы юридической оценки деяний, связанных с осуществлением медицинской деятельности / Б.Б. Галиев // Актуальные проблемы медицины и биологии. - 2018. - № 2. - С. 38-42

Гирько С.И. Принципиальные проблемы организации досудебного производства по уголовным делам о профессиональных преступлениях, совершаемых медицинскими работниками / С.И. Гирько // Российский следователь. - 2018. - № 7. - С. 15-19

Дуйсембаева Д.А. Медицинский работник как субъект преступлений против жизни и здоровья: проблемы определения / Д.А. Дуйсембаева, Е.В. Савощикова // Российский судья. - 2019. - № 6. - С. 46-48

Замалева С.В. К вопросу о квалификации ятрогенных преступлений по статье 238 Уголовного кодекса РФ / С.В. Замалева // Медицинское право. - 2019. - № 1. - С. 46-49

Замалева С.В. Уголовная ответственность за ятрогенные преступления / С.В. Замалева; Дальневост. юрид. ин-т МВД Рос. Федерации. - Хабаровск, 2018. - 50 с.

Зубков Д.С. Зачем хирургу читать инструкцию по применению лекарственного препарата / Д.С. Зубков // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. – 2018. - № 1-2. – С. 6-7

Казакова В.А. Проблемы уголовной политики по противодействию нарушениям специальных правил и требований безопасности / В.А. Казакова, С.Ю. Кораблева // Журнал российского права. - 2019. - № 6. - С. 87-96

Казакова В.А. Уголовно-правовое противодействие причинению вреда жизни и здоровью по профессиональной неосторожности / В.А. Казакова // Уголовно-исполнительное право. - 2019. - Т. 14, № 1. - С. 73-78

Казачкова З.М. Право и медицина: в поисках оптимального баланса / З.М. Казачкова, В.А. Казачков // Социальное и пенсионное право. - 2019. - № 1. - С. 32-37

Каплун В.А. Терминологическая неопределенность как одна из проблем расследования медицинских преступлений / В.А. Каплун // Актуальные проблемы медицины и биологии. - 2018. - № 2. - С. 49-51

Карсанов А.М. О нетривиальности понятия «безопасность пациента в хирургии» / А.М. Карсанов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. - № 6. – С. 120-124

Кектеева Ю.И. Эмоциональные изменения у врачей-хирургов: анализ и обобщение взглядов ученых / Ю.И. Кектеева // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание. - 2019. - № 5. - С. 56-58

Клинические рекомендации и протоколы лечения в современной медицинской практике [Электронный ресурс]: библиодосье к «круглому столу», 9 июля 2018 года / Управление библиотечных фондов (Парламентская библиотека), Комитет Государственной Думы по охране здоровья. – М., 2018. - 26 с.

Клинические рекомендации и протоколы лечения в современной медицинской практике [Электронный ресурс]: материалы «круглого стола» / Комитет Государственной Думы по охране здоровья. - М., 2018.

Кондратова Н. Как клинике снизить число ятрогенных преступлений. Опыт АО «Медицина» / Н. Кондратова // Правовые вопросы в здравоохранении. - 2019. - № 4. - С. 110 - 111

Кузнецов С.В. Ятрогенные преступления, совершаемые в сфере здравоохранения, и особый подход к судебно-медицинским экспертным исследованиям / С.В. Кузнецов // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. - 2018. - Т. 13, вып. 4. - С. 419–429

Левкович А. Следственный комитет и Национальная медицинская палата предлагают ввести в УК отдельные статьи о врачебных ошибках / А. Левкович // Сайт делового журнала об индустрии здравоохранения Vademecum [иди со мной], 13 июля 2018 г. - <https://vademec.ru> (дата обращения: 19.08.2019)

Маркин А.А. Судебно-медицинская оценка причинения вреда здоровью пациенту при выполнении хирургического вмешательства / А.А. Маркин, К.Х. Касимова, Ю.П. Панчук // Известия Российской Военно-медицинской академии. - 2019. - Т. 3, № 1. - С. 37-40

Махамбетчин М.М. О врачебных ошибках / М.М. Махамбетчин // Здравоохранение Российской Федерации. – 2018. - № 6. – С. 323-330

Медицина и право. Врач и пациент [Электронный ресурс]: библиодосье к «круглому столу», 18 февраля 2019 года / Управление библиотечных фондов (Парламентская библиотека), Комитет Государственной Думы по охране здоровья. – М., 2019. - 50 с.

Медицина и право. Врач и пациент [Электронный ресурс]: материалы «круглого стола» / Комитет Государственной Думы по охране здоровья. – М., 2019.

Морозов Д.А. За врачебную ошибку наказывать нельзя: [беседа с председателем Комитета Государственной Думы по охране здоровья Д.А. Морозовым] / Д.А. Морозов; записала О. Шульга // Российская Федерация сегодня. - 2018. - № 6. - С. 74-76

Морозов Д.А. Нам нужен врач-лидер. Какое значение для медицины имеют правильные законы, четкие регламенты и уважение пациентов?: [беседа с председателем Комитета Государственной Думы по охране здоровья Д.А. Морозовым] / Д.А. Морозов; беседовала Е. Буш // Медицинская газета. – 2019. – 24 июля. - № 28. – С. 6-7

Морозов Д.А. Наша цель – достижение согласия между медицинским сообществом и социумом/ Д.А. Морозов // Официальный сайт Государственной Думы, 14 июня 2019 г. - <http://duma.gov.ru> (дата обращения: 15.08.2019)

Некоторые актуальные вопросы организации проведения судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» на примере Ростовской области/ И.А. Подрублина [и др.] // Медицинское право. - 2018. - № 3. - С. 40-44

Огнерубов Н.А. Уголовная ответственность медицинских работников за причинение вреда жизни и здоровью пациентов: теория и практика / Н.А. Огнерубов. - Тамбов, 2018. - 318 с.

Пахомов А. СК выяснит, что россияне думают об уголовной ответственности за врачебные ошибки / А. Пахомов // Сайт делового журнала об индустрии здравоохранения Vademecum [иди со мной], 21 марта 2019 г. - <https://vademec.ru> (дата обращения: 19.08.2019)

Пономарев Н.С. Медицинская работа и гражданско-правовые средства защиты прав пациентов при ненадлежащем выполнении работы/ Н.С. Пономарев // Медицинское право. - 2019. - № 2. - С. 28-35

Пономарев Н.С. Реформа здравоохранения в контексте защиты прав пациентов / Н.С.Пономарев // Медицинское право. - 2018. - № 6. - С. 30-35

Савощикова Е.В. Дефекты оказания медицинской помощи: правовые последствия профессиональной некомпетентности / Е.В. Савощикова, И.В. Воронина, Д.А. Саблин // Российский журнал правовых исследований. - 2018. - № 4. - С. 64-68

Сажин В.П. Правовые и образовательные компоненты безопасности пациентов в хирургии / В.П. Сажин, А.М. Карсанов, С.С. Маскин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. - № 1. – С. 50-56

Ситникова А.И. Ятрогенные преступления: уголовно-правовой и процессуальный аспекты / А.И. Ситникова // Медицинское право. - 2018. - № 2. - С. 41-44

Соктоев З.Б. Причинность, осложненная ненадлежащим врачебным вмешательством / З.Б. Соктоев // Уголовное право. - 2018.- № 1. С. - 95-102

Старчиков М.Ю. К вопросу о правах и обязанностях медицинского работника: законодательство и судебная практика / М.Ю. Старчиков // Гражданин и право. - 2019. - № 3. - С. 72-77

Тимофеев И.В. Дефект медицинской помощи: проблемы и пути правовой формализации понятия / И.В. Тимофеев // Медицинское право. - 2018. - № 6. - С. 8-15

Фарбер Е.В. Анализ судебной практики по делам о дефектах оказания медицинской помощи в гражданском судопроизводстве/ Е.В. Фарбер // Медицинское право. - 2018. - № 4. - С. 46-49

Хромова Н.М. Уголовная ответственность в сфере медицинской деятельности: правовая практика и тенденции законодательства/ Н.М. Хромова // Журнал российского права. - 2019. - № 6. - С. 97-110

Чернышева Ю.А. Возбуждение уголовных дел о ятрогенных преступлениях / Ю.А. Чернышева // Закон и право. -2018. - № 7. - С. 110 - 111

Чурляева И.В. О криминализации врачебной ошибки в уголовном законодательстве Российской Федерации / И.В. Чурляева // Юрист - Правоведъ. - 2018. - № 4. - С. 147-151

Шубина Д. Ятрогении и злодеяния: СК и медики – о врачебных ошибках / Д. Шубина // Сайт делового журнала об индустрии здравоохранения Vademecum [иди со мной], 19 апреля 2019 г. - <https://vademec.ru> (дата обращения: 19.08.2019)

Щеглов М. Половина респондентов ОНФ против введения уголовной ответственности за врачебные ошибки / М. Щеглов // Сайт делового журнала об индустрии здравоохранения Vademecum [иди со мной], 13 февраля 2019 г. - <https://vademec.ru> (дата обращения: 19.08.2019)

Яковлев С.Т. Вопрос мнимой виновности врачей в причинах патологий пациентов и мероприятия по ее устранению / С.Т. Яковлев // Экономист лечебного учреждения. - 2018. - № 1-2. - С. 61-66

Янина И.Ю. Неосторожное причинение при оказании медицинских услуг / И.Ю. Янина // Медицинское право. - 2019. - № 3. - С. 50-55