

МАТЕРИАЛЫ

УЧАСТНИКОВ ЗАСЕДАНИЯ

«КРУГЛОГО СТОЛА»

«ХИРУРГИЯ – ЗОНА

ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО

И ЮРИДИЧЕСКОГО РИСКА»

Предложения

I. Предложения Министерства здравоохранения Саратовской области

1. Рассмотреть возможность решения вопроса о включении времени обучения врача-хирурга в ординатуре в общий стаж работы по специальности «хирургия».

2. Рассмотреть возможность решения вопроса о прохождении (в обязательном порядке) каждым молодым врачом-хирургом курса тематического усовершенствования с использованием симуляционных технологий - ежегодно» в течение первых 5 лет после окончания ординатуры по специальности хирургия».

3. Рассмотреть возможность создания в каждом субъекте Российской Федерации системы «кураторства» специалистами медицинских ВУЗов и ведущих медицинских организаций субъекта Российской Федерации над врачами-хирургами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также врачами-хирургами межрайонных хирургических центров.

4. Рассмотреть возможность решения вопроса интеграции каждого врача-хирурга (в обязательном порядке) в профессиональное сообщество (Российское общество хирургов), после окончания врачом ординатуры по специальности «хирургия».

5. Рассмотреть возможность закрепления на законодательном уровне права Российского общества хирургов осуществлять юридическую поддержку и юридическое сопровождение профессиональной деятельности каждого врача-хирурга.

II. Предложения Министерства здравоохранения Магаданской области.

1. Страхование ответственности врача-хирурга работодателем (наработки в этом вопросе имеет Российское общество хирургов). Если проблема защиты пациента страховыми механизмами уже обсуждается и правительством, и страховым сообществом, то вопрос создания системы страховой защиты медицинских работников до сих пор ни в одной из лидирующих на рынке России страховых компаний активно не прорабатывается. Нет ни одной федеральной программы, которая бы регулировала страховые отношения «врач-пациент».

2. Внедрение в широкую практику врача-хирурга шкал стратификаций рисков неблагоприятного исхода и учет этих шкал при экспертизе качества оказанной помощи. Утверждение их в «Национальных клинических рекомендациях». Если риск смертельного исхода высок изначально, нет повода искать причину смерти в действиях (бездействиях) врача.

3. Упразднение (уменьшение) контроля со стороны страховых компаний. Вопрос очень широкий. Страховые компании, не участвуя в процессе лечения пациента, выступают посредником оплаты медицинских услуг. Не имея достаточных оснований, применяются штрафные санкции ввиду их прямой заинтересованности. Часть федеральных денег,

направленных на здравоохранение, уходит на получение материальных выгод страховыми компаниями. Врачами-экспертами должны выступать специалисты с достаточным опытом практической лечебной работы по профилю проводимых экспертиз, степень их вознаграждения не должна зависеть от степени применяемых санкций и должна быть фиксированной.

III. Предложения ГБУЗ Московской области «Московский областной онкологический диспансер».

1. Рассмотреть вопрос о Государственном страховании ответственности медицинских работников перед третьими лицами. Внести изменения в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Прекратить практику уголовного преследования медицинских работников за профессиональные ошибки.

3. Пересмотреть порядок финансирования ГБУЗов. Оплата за предоставленные медицинские услуги должна быть не «усредненная» по КСГ, а вполне конкретная по перечню оказанных услуг.

4. Пересмотреть порядок выделения объемов оказания медицинской помощи Территориальными фондами ОМС для ГБУЗов. Исходить из необходимости первоочередного распределения этих объемов среди ГБУЗов, а оставшиеся объемы предоставлять коммерческим медицинским организациям на конкурсной основе.

IV. Предложения ГБУЗ Московской области «Московский областной центр охраны материнства и детства»

Законодательно закрепить специальность «детская комбустиология» и включить в перечень врачебных специальностей специальность «детский хирург-комбустиолог» или «детский комбустиолог» с отнесением ее к перечню специальностей хирургического профиля.

V. Предложения Главного хирурга УМО ДТ МВД России В.Ф.Зубрицого.

1. Установить способна ли существующая команда региональных медицинских менеджеров к решению задач поставленных руководством ведомства.

2. Внедрение какого рода образовательных программ позволит повысить уровень принятия управленческих решений по каждому пункту плана пилотного проекта;

3. Привлечение каких профильных специалистов требуется для повышения качества работы временной творческой группы.

4. Использование каких предметов контроля качества и безопасности медицинской деятельности является приоритетным при оценке эффективности мероприятий проводимых в ходе реализации данного пилотного проекта и каков механизм их идентификации.

**VI. Предложения Главного внештатного специалиста-хирурга
Министерства здравоохранения Республики Дагестан
М.К.Абдулжалилова.**

1. Дипломы необходимо выдавать только подготовленным грамотным врачам. Диплом врача не должен быть свидетельством об окончании, а должен быть свидетельством об уровне профессиональной подготовки специалиста. Или должно быть 2 вида диплома: диплом об окончании и диплом о профессиональном образовании. Диплом об окончании будет давать возможность заниматься неклиническими дисциплинами, а диплом о профессии - работать с пациентами. Образовательное учреждение должно отвечать за допуск врача к профессиональной деятельности, его подготовку и переподготовку.

2. Заработная плата хирурга должна зависеть не только от числа отработанных рабочих дней, но и от хирургической активности, новых разработок, внедрений, публикационной активности, научной деятельности и т.д.

3. Страховые представители должны оценивать работу хирургов по исходу лечения, связанного с качеством оказания хирургической помощи.

4. Национальные клинические рекомендации, если они рассчитаны для практических хирургов, должны быть краткими, конкретными и лаконичными.

5. Хирургам необходимо всегда помнить о том, что абсолютное большинство претензий к профессиональной деятельности со стороны пациентов и их родственников связаны с нарушением деонтологических принципов. С момента госпитализации или контакта с пациентом необходимо быть рядом с ним и его родственниками, профессионально проявить чисто человеческое сочувствие к его ситуации. Этот период можно назвать предмедиационной подготовкой в работе врача, что имеет важное значение для предупреждения судебных разбирательств.

**VII. Предложения Главного внештатного специалиста – хирурга
Министерства здравоохранения Рязанской области В.А.Юдина**

Нерешенные проблемы хирургической службы	Что мешает достичь оптимального результата качественного оказания медицинской помощи
Отсутствие мониторинга целесообразности функционирования существующих ЛПУ и рационального использования коек круглосуточного стационара, с целью рентабельности, целесообразности дублирования служб, отсутствия других служб, при их потребности.	Койки дневного стационара не приемлемы для районных больниц. Жители сел не могут этой формой мед помощи пользоваться из-за отсутствия транспорта, плохих дорог, удаленности.

<p>Существенно увеличить долю производства расходных материалов с учетом импортозамещения. Преодоление сырьевой зависимости от зарубежных производителей по жизненно важным медикаментозным средствам.</p>	<p>Отсутствие дешевых расходных материалов. Использование малоэффективных дженериков.</p>
<p>Сохранить право специалистов выбирать систему повышения квалификации, не снижая качества переподготовки, с учетом особенностей кадрового замещения в ЛПУ при отрыве специалиста на обучение.</p>	<p>Малое количество специалистов в ЦРБ. Отрыв от производства одного влечет за собой резкое снижение качества оказания медпомощи. Система аккредитации специалиста может привести к кадровому дефициту.</p>
<p>Формирование системы защиты прав медицинских работников от необоснованных жалоб и клеветнических информации.</p>	<p>Нужен закон, защищающий права медицинского работника и ответственность пациентов за несоблюдения режима диспансерного наблюдения и причинения вреда здоровью умышленно.</p>
<p>Отсутствие единой доктрины создания и определения круга полномочий профессиональных ассоциаций, как НКО в сфере здравоохранения.</p>	<p>Множество существующих НКО, дублирующих цели задачи, но неэффективно работающие. Одна из проблем непомерная финансовая отчетность НКО, при отсутствии финансовой деятельности.</p>
<p>Требуется разрешения вопросы организации детской хирургии. Необходимо пересмотреть возрастной предел для перехода детей в сферу взрослой хирургии после 14 лет. Решить вопрос о разрешении хирургам районных больниц оказывать экстренную хирургическую помощь после прохождения специализации по экстренной хирургии.</p>	<p>Имеет место, в настоящее время правовой беспредел – оперировать нельзя, не оперировать по жизненным показаниям нельзя. Ряд «детей» поступающих в отделение детской хирургии состоят в браке, имеют собственных детей. Нахождение таких пациентов в детских отделениях проблематично.</p>
<p>Отсутствие закона об обязательном отработывании молодыми специалистами, закончивших вуз на бюджетной основе, 3-5 лет в районах регионов создаёт хронический дефицит кадров.</p>	<p>Непрестижность работы в районах регионов из-за некачественного жилья, малого объема хирургической активности.</p>

Отсутствие системы внутреннего аудита профессиональной деятельности.	Шаблонное экспертное изучение клинических случаев. Соккрытие дефектов ведения.
Система внештатных специалистов мало эффективна.	Отсутствие должностных обязанностей, так как специалист вне штата. Необходимость ведения основной работы по специальности.
Ущербность монопрофильных больниц.	На монопрофильную больницу работают по вызову специалисты, которые включаются в работу по вызову. Следовательно, это влечет расход денежных средств на оплату и удлиняет время своевременной медицинской помощи.
Активизация службы санитарной авиации.	Достаточно оборудование площадки (вертодрома) при областной больнице, имеющей статус травм центра первого уровня. Адекватная маршрутизации хирургических пациентов, которая должна строиться на основе критериев транспортной доступности ЛПУ, необходимости оказания экстренной помощи и сложности патологии.
Проблемы взаимодействия со страховыми компаниями.	Ограничить в количество запрашиваемых историй на экспертизу. Разработать общие критерии отбора историй на экспертизу. Не вводить штрафы при своевременном выявлении и устранении осложнений. Установить бальную оценку удовлетворенности пациента и при положительной оценке, проверку первичной документации страховыми компаниями не производить.

VIII. Предложения Заведующего отделением плановой хирургии Детской городской клинической больницы № 9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы А.В.Трусова

1. Для студентов медицинских ВУЗов, пожелавших стать хирургами, кроме стандартных экзаменационных испытаний необходимо проводить и обязательное комплексное тестирование на профессиональную пригодность.

2. За время учебы врач-ординатор должен освоить и самостоятельно выполнить определенное количество хирургических манипуляций,

оперативных вмешательств, практическая деятельность - основа формирования личного опыта клинициста. Однако, «сертификата специалиста» он еще не имеет, а правовой основы, регламентирующей и защищающей его в данной ситуации нет. Ответственность за качество и результат проведенного лечения (в том числе и уголовную) несет куратор. Нередко, это является веской причиной того, что врачи-ординаторы не в полном объеме осваивают необходимый объем практических знаний.

3. После окончания ординатуры хирург не совсем готов к полной самостоятельной работе. Кроме вышеперечисленного, 2 года - не значительный срок для накопления достаточного опыта, развития клинического мышления, отработки технических навыков. Продолжительное время (несколько лет) молодой врач должен работать под наблюдением опытного куратора - наставника. Это позволит поэтапно допускать врача к лечению все более сложных пациентов и минимизировать возникновения осложнений, ошибок и фатальных исходов.

4. Важна постоянная работа на хирургических симуляторах и тренажерах. Возможность ежедневно проводить «виртуальные вмешательства» по самым различным нозологиям с разным уровнем сложности, индивидуальными анатомическими особенностями - повысят готовность молодых врачей к лечению пациентов.

5. Для снижения неверных решений необходимо создавать оптимальный профессиональный состав дежурной бригады, достаточное количество специалистов, наличие врачей ультразвуковой и лучевой диагностики. Для консультаций, консилиума, экстренной очной помощи желательна поддержка врача-эксперта, осуществляющего «интерактивное дежурство».

6. Несовершенство правовых норм, отсутствие ответственности родителей за здоровье своих детей могут привести к заблуждению доктора, ошибке, фатальным последствиям. К сожалению, Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» позволяет родителям отказываться от медицинской помощи своему ребенку даже в экстренных случаях. Специалистом известно, что у нерешенных хирургических проблем грозные последствия для здоровья и жизни маленького пациента. Нередко затем отказы от госпитализации и лечения родителей ставятся в вину докторам.

7. Формирование отделений дифференциальной диагностики, в которых пациент находится под круглосуточным наблюдением хирурга и педиатра-инфекциониста играет важную роль в сокращении сроков постановки диагноза и снижают риск врачебной ошибки.

8. Жесткий «внутренний» порядок в хирургических клиниках может значительно снизить количество врачебных ошибок. Формирование «хирургических школ», воспитание молодых хирургов, строгое выполнение клинических рекомендаций, академичное отношение к своей работе - то к чему нужно стремиться для минимизации врачебных ошибок в хирургии.

IX. Предложения руководителя отделения торакальной хирургии Сеченовского университета В.Д.Паршина

1. Возвращение к одноканальному финансированию
2. Запретить любую коммерческую деятельность на территории любых медицинских организаций с государственным подчинением. Коммерческие медицинские организации на современном этапе должны быть вне системы ОМС и вне бюджета, существовать за счет собственных средств.
3. Возврат системы вертикального управления.
4. Резкое сокращение отчетной документации.
5. Система подготовки специалистов и, прежде всего, хирургов должна быть адаптирована к сегодняшнему дню, к работе на местах. При этом во многом следует вернуться к системе советского медицинского образования, к подготовке к практической работе с пациентами. Подготовка высокоспециализированных кадров, касающихся самых современных направлений должно осуществляться не масштабно, а индивидуально, отбирая самую талантливую молодёжь.
6. Отсутствие в настоящее время системы юридической защиты врача вынуждает обратиться за политическим решением - упразднение групп сотрудников следственных органов наркоконтроля, специализирующихся на «медицинских делах».
7. Работа со средствами массовой информации по созданию объективного образа отечественного врача и медицинского учреждения в целом.

X. Предложения Адвоката Российского общества хирургов Н.Н.Григорьева

1. Декриминализация статей Уголовного кодекса Российской Федерации.
2. Создание условий для состязательности в уголовном процессе.
3. Возвращение функции общественного защитника в уголовный процесс.
4. Создание института уполномоченного по правам медицинских работников при Президенте Российской Федерации с функцией третейского суда.

XI. Предложения Заместителя председателя Уставного суда Санкт-Петербурга И.В.Тимофеева

1. Обязательное периодическое повышение правовой грамотности хирургов, особенно в период аккредитации, по вопросам, включающим юридические подходы к оценке рисков.
2. Подготовка документов, регулирующих хирургическую деятельность как регламентированных показанных действий, так и бездействия.
3. Придание клиническим рекомендациям, регулирующим хирургическую деятельность, статуса обязательных к надлежащему

исполнению документам, что потребует устранение из определения понятия «рекомендация».

4. Наделение некоммерческих медицинских организаций публичными функциями, возлагая на них решение конкретной задачи, например организацию проведения внесудебной независимой экспертизы качества медицинской помощи.

5. Введение в законодательство понятий «риск медицинского вмешательства (невмешательства)», «дефект медицинской помощи», «ятрогения».

ХII. Предложения Заведующего кафедрой фтизиопульмонологии и торакальной хирургии имени М.И. Перельмана Сеченовского университета Д.Б.Гиллера

1. Для оценки обоснованности тех или иных отклонений от стандартов лечения в первую очередь требуется оценка не правоохранительных органов или органов управления здравоохранением, а мнение Независимых Профессиональных Объединений врачей, которые в большинстве стран с высокоразвитой медициной имеют широчайшие полномочия как в создании стандартов лечения, так и в контроле за их исполнением, а помимо этого в профессиональном образовании, сертификации специалистов, разборе врачебных ошибок и деонтологических нарушений.

2. В Российской Федерации в сравнении с многими странами очень слаба юридическая и профсоюзная защита врачей-хирургов. Существующая в большинстве стран страховка врача от суда с пациентами отсутствует и при уровне врачебной заработной платы хирурга не смогут ее себе позволить.

3. Сокращение случаев нарушения норм деонтологии.

ХIII. Предложения Генерального директора ООО «Факультет медицинского Права» П.Г.Габай

1. Правительству Российской Федерации:

рассмотреть вопрос об исключении из Перечня работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291, позиций «хирургии (абдоминальной)», «хирургии (комбустиологии)».

2. Министерству здравоохранения Российской Федерации:

- рассмотреть вопрос о дополнении нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения дефиницией термина «хирургические заболевания» (в частности, Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Хирургия», утвержденного Приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 года № 922н и Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Детская хирургия», утвержденного Приказом Минздрава России от 31 октября 2012 года № 562н);

- разработать Порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «Нейрохирургия» и Порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «Торакальная хирургия»;

- внести в Порядок оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития России от 2 апреля 2010 года № 206н, изменения и дополнения, регулирующие вопросы оказания медицинской помощи соответствующего профиля детям;

- выделить из Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденного Приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 года № 918н, отдельный Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» (размежевав в нем сосудистую хирургию и вмешательства на сосудах в рамках общей хирургии);

- инициировать подготовку писем и иных разъяснений, касающихся размежевания компетенций по вопросам лечения заболеваний, предполагающих как хирургические, так и консервативные методы лечения; разъяснить критерии отнесения конкретных заболеваний к категории «хирургических»;

- инициировать подготовку методических рекомендаций и иных разъяснений по вопросам возможности оказания медицинской помощи нехирургического профиля в случае консервативного лечения хирургических заболеваний.

3. Министерству здравоохранения Российской Федерации и Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации совместно с медицинскими профессиональными некоммерческими организациями:

организовать взаимодействие при разработке медицинскими профессиональными НКО изменений в профессиональные стандарты «Врач-хирург», «Врач-сердечно-сосудистый-хирург». «Врач-детский-хирург», «Врач-травматолог-ортопед» (в части конкретизации трудовых действий и их разграничения с компетенциями иных медицинских специалистов).

4. Министерству здравоохранения Российской Федерации, Министерству экономического развития Российской Федерации и Федеральной службе по надзору в здравоохранении:

проанализировать возможность внесения в законодательство изменений, направленных на упрощение лицензионных требований к медицинской деятельности в сфере «малой хирургии» (хирургическая обработка ран, хирургическое лечение гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, грыжесечения по поводу наружных неущемленных грыж, несложные хирургические вмешательства по обеспечению сосудистого доступа, удаление вросшего ногтя и т.д.).».

Справка
о работе хирургической службы в Курганской области за 2016-2018гг.
Отдельные показатели деятельности хирургической службы

1. Общие сведения. Экстренная и плановая хирургическая помощь населению Курганской области 842000 человек осуществляется в 35 медицинских организациях в виде первичной медико-санитарной специализированной хирургической, специализированной хирургической и высокотехнологической хирургической помощи. В соответствии с географическими и демографическими особенностями Курганской области хирургическая помощь организована по принципу 3-х уровневой системы, для чего нормативно сформированы межрайонные специализированные и травматологические центры (г. Курган, г. Шадринск, г. Шумиха, г. Макушино).

Для целей организации экстренной консультативной и хирургической помощи на местах действует областной центр медицины катастроф

Материальная база (основные фонды), предназначенная для оказания амбулаторной и стационарной хирургической помощи, по своим функциональным характеристикам не отвечает современным требованиям, более чем на 75% морально или физически устарели.

Дефицит хирургического оборудования по отдельным позициям наблюдается в более чем в 60 % медицинских организациях.

Имеет место острый дефицит современного анестезиологического и реанимационного оборудования, эндоскопической техники, современных рентгенологических, УЗИ аппаратов, что резко снижает уровень лечебно-диагностического процесса при оказании хирургической помощи и повышает профессиональные риски в хирургии.

При наличии хронического дефицита соответствующих кадров, использование имеющихся ресурсов становится неэффективным.

2. Хирургические кадры

№	Показатель	2016г.	2017г.	2018г.	Тенденция
1.	Число штатных должностей	228	237	221,25	Сниж.
2.	Число занятых штатных должностей	210,75	217,25	195,5	Сниж.
3.	Количество вакантных должностей хирургов в стационаре	7,25	7,25	1,0	Сниж.
4.	Количество вакантных должностей хирургов в поликлинике	10,0	11,25	14,25	Увел.
5.	Количество физических лиц	112	116	107	Сниж.

	хирургов (ст./пол.)				
6.	Укомплектованность хирургическими кадрами (к штат.%)	49,1	48,9	48,3%	Сокр.
7.	Коэффициент совместительства специалистов хирургов	2,0	2,0	1,8	Сниж..

В Курганской области на начало 2019 г. сохраняется дефицит хирургических кадров, который имеет место преимущественно на 1 и 2 уровне медицинской помощи. Общая обеспеченность хирургами в Курганской области на 01.01. 2019 г. составляет 1,2 на 10 тыс. населения (в РФ - Несмотря на то, что на сегодняшний день все районы Курганской области «закрыты» хирургами (главным образом за счет эмигрантов из ближнего зарубежья), кадровая обстановка остается крайне нестабильной. Острая потребность в специалистах хирургах Курганской области составляет 25 человек.

Одновременно с дефицитом хирургических кадров имеет место еще более острый дефицит кадров специалистов анестезиологов-реаниматологов. Нет специалистов данного профиля в 6 районах области

3. Деятельность хирургического круглосуточного стационара

№	Показатель	2016г.	2017г.	2018г.	Тенденция
1.	Число коек	467	484	475	Сокр.
2.	Число выписанных больных	18935	18557	18743	Стаб.
3.	Работа койки в году (дни)	359	344,9	341,3	Стаб.
4.	Средние сроки пребывания на койке (дни)	8,9	9,05	8,6	Сокр.
5.	Оборот койки	41,2	38,11	47,5	Увелич.
6.	Оперативная активность (%)	65,9	67,3	69,8	Увел.
7.	Общая летальность (%)	2,5	2,78	1,9	Стаб.
8.	Послеоперационная летальность (%)	0,8	0,72	0,91	Стаб.
9.	Послеоперационные осложнения (%)	0,8	0,86	0,7	Стаб.
10	Поздняя госпитализация экстренных больных (%)	31,9	31,2	32,3	Сокр.

Круглосуточная стационарная хирургическая помощь осуществляется достаточно стабильно с достаточно высокой эффективностью, обеспечивая как экстренную, так и плановую хирургическую помощь

4. Деятельность хирургической службы в поликлинике

№	Показатель	2016 г.	2017г.	2018 г.	Тенденция
1.	Число посещений к хирургу	320750	317854	316850	Сокр.
2.	Функция врачебной должности	5727	5805	7201	Рост.
3.	Число посещений детей к хирургу	43046	37865	35849	Сокр.
4.	Число амбулаторных операций	26898	25995	23894	Сокр.

Наблюдается тенденция к сокращению посещений к хирургу, что может быть связано с уменьшением численности населения Курганской области и усилением миграционных тенденций.

5. Деятельность хирургических дневных стационаров в стационарных условиях (вт.ч. для гнойных больных)

№	Показатель	2016г.	2017г.	2018г.	Тенденция
1.	Число койко-мест	136	125	122	Сокр.
2.	Число выписанных больных	3284	2456	2028	Сниж
3.	Число операций	нд	нд	нд	

6. Деятельность хирургических дневных стационаров в амбулаторных условиях

№	Показатель	2016г.	2017г.	2018г.	Тенденция
1.	Число койко-мест	12	12	13	Стаб.
2.	Число выписанных больных	406	504	725	Рост.
3.	Число операций	586	1027	2201	Рост

Рост хирургической активности в дневных стационарах связан с положительной тенденцией специалистов осваивать «хирургию одного дня».

Отдельные показатели хирургической помощи по «Дорожной карте»

Госпитализация населения при ДТП в 2018г. – 627чел. (в 2017г. – 789 чел. ,в 2016г. - 635,), пострадавших в ДТП, умерло на 100 тыс. нас. Госпитальная летальность от ДТП составила – 42 чел, госпитальная летальность – 6,69% (в 2017 г. - 6,08% , в 2016 г. - 7,5%). Причины роста

госпитальной травмы при ДТП – утяжеление дорожной травмы, повышение активности скорой помощи и стационаров медицинских организаций.

Работа хирургической койки в 2018 г. – 341 дня (в 2017 г. – 344 дня, в 2016 г. – 359 дней).

Длительность пребывания больного на хирургической койке – 8,6 дня (в 2017 г. – 9,0, в 2016 – 8,9, 2015 г. – 9,6 дня). Достигнут запланированный индикаторный показатель – 9,0 дней.

Открыто и действует межрайонное хирургическое отделение 2-го уровня в Макушинской ЦРБ в рамках Программы модернизации здравоохранения (ДТП).

Опыт внедрения инноваций в 2018 г.

№	Наименование инновации	Уровень внедрения	Степень внедрения	Перспективность
1	Имплантационные технологии при лечении грыж живота (6)	Медицинские организации 1,2,3 уровня	1-й ур. – 43% 2-й ур. – 100% 3-й ур. – 100%	Совершенствование и дальнейшее внедрение
2	Имплантационные технологии при межкишечных анастомозах (4)	Медицинские организации 3 уровня	3-й ур. – 100%	Совершенствование и дальнейшее внедрение
3	Миниинвазивные вмешательства на органах брюшной полости (4 типа)	Медицинские организации 1,2,3 уровня	1-й ур. – 53% 2-й ур. – 100% 3-й ур. – 100%	Совершенствование и дальнейшее внедрение
4	Видеоассистированные лапароскопические технологии на органах брюшной полости (8)	Медицинские организации 2,3 уровня	2-й ур. – 50% 3-й ур. – 100%	Совершенствование и дальнейшее внедрение
5	Транслюминарные эндовидеоскопические технологии (11)	Медицинские организации 2,3	2-й ур. – 50% 3-й ур. – 100%	Совершенствование и дальнейшее внедрение

		уровня		
6	Навигационные технологии в абдоминальной хирургии (5)	Медицинские организации 2,3 уровня	3-й ур. – 100%	Совершенствование и дальнейшее внедрение
7	NOTES технологии в хирургии (8)	Медицинские организации 3 уровня	3-й ур. – 10%	Экспериментальный этап
8	Современные технологии с использованием «хирургических» энергий (5)	Медицинские организации 2,3 уровня	2-й ур. – 50%, 3-й ур. – 100%	Совершенствование и дальнейшее внедрение

Основные итоги деятельности хирургической службы в 2018г.

1. Наметилась положительная тенденция в развитии трехуровневой системы хирургической службы Курганской области.

2. Выполнены основные индикаторные показатели, поставленные перед хирургической и травматологической службами Курганской области.

Госпитализация населения при ДТП в 2018г. – 627 чел. (в 2017г. – 789 чел., в 2016г. – 635), пострадавших в ДТП, умерло на 100 тыс. нас. Госпитальная летальность от ДТП составила – 42 чел., или 6,69% (в 2017 г. – 6,08% , в 2016 г. – 7,5%). Причины роста госпитальной травмы при ДТП – утяжеление дорожной травмы, повышение активности скорой помощи и стационаров медицинских организаций.

Работа хирургической койки в 2018г. – 341 дня (в 2017 г. – 344 дня, в 2016 г. – 359 дней).

Длительность пребывания больного на хирургической койке – 8,6 дня (в 2017 г. – 9,0, в 2016 – 8,9, 2015 г. – 9,6 дня). Достигнут запланированный индикаторный показатель – 9,0 дней.

Открыто и действует межрайонное хирургическое отделение 2-го уровня в Макушинской ЦРБ в рамках Программы модернизации здравоохранения (ДТП).

3. Обеспечено выполнение плановых заданий по объемам хирургической помощи населению Курганской области.

4. Продолжает сохраняться дефицит хирургических и анестезиологических кадров здравоохранения Курганской области.

5. Улучшились показатели использования хирургического коечного фонда.

6. Повысилась хирургическая активность (в целом) стационарной и амбулаторной хирургической помощи.

7. Продолжено внедрение современных хирургических технологий в практическом здравоохранении Курганской области.

8. Началось внедрение новых форм последипломного образования врачей – хирургов под эгидой РОХ, УРФО, ОХТ, АМРКО

Основные выводы.

1. Хирургическая помощь населению Курганской области в 2016 - 2018 гг. осуществлялась в полном объеме, безотказно, в соответствии с действующими медицинскими стандартами и территориальной Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.
2. Материальная база и оснащение ЛПУ позволяет сохранять необходимый уровень первичной медико-санитарной и специализированной хирургической помощи, однако требует дальнейшего укрепления, значительного обновления и модернизации.
3. Первостепенное значение имеет решение проблемы обеспечения системы Курганского здравоохранения хирургическими и анестезиологическими кадрами, их закрепление и повышение профессионального уровня.

Основные проблемы хирургической службы Курганской области в 2018 г.

1. Неукомплектованность хирургическими и анестезиологическими кадрами в гг. Кургане и Шадринске и ряде районов области.
2. Недостаточно высокий уровень профессиональной подготовки хирургов районного звена.
3. Низкая эффективность работы дневных стационаров при ЛПУ.
4. Несовершенство нормативной базы по профилю «хирургия» и «детская хирургия».
5. Низкая обеспеченность медицинских организаций современным диагностическим и лечебным оборудованием.
6. Дискриминационный характер тарифов на медицинские хирургические услуги для медицинских организаций 1 и 2го уровня.

ПЛАН РАБОТЫ НА 2019г. (основные разделы)

План работы и предложения по улучшению организации хирургической помощи населению Курганской области

1. Продолжить формирование 3-уровневой системы хирургической помощи с открытием межрайонных отделений 2-го уровня в Макушинской и Шумихинской ЦРБ.
2. Продолжить практику дополнительной профессиональной подготовки специалистов районного уровня в виде стажировки на рабочем месте в

областных и федеральных ЛПУ по вопросам сосудистой детской хирургии, травматологии и др. хирургических специальностей.

3. Продолжить внедрение систему непрерывного медицинского образования кредитов в форме сертификатов для участников научно—практических конференций, дней специалистов, слушателей семинаров, при стажировках для последующей аккредитации и аттестации специалистов – хирургического профиля.

4. Продолжить практику аттестации специалистов с учетом уровня дополнительного медицинского образования специалистов хирургического профиля.

5. Продолжить организационную работу по мониторингу индикаторных показателей и внедрение утвержденных Порядков оказания хирургической и травматологической помощи.

6В целях повышения эффективности использования мест дневного пребывания рассмотреть вопрос о режиме работы и оплате труда в дневных стационарах при ЛПУ в выходные и праздничные дни (совместно с ТФОМС).

7. Изучить вопрос об увеличении числа коек дневного пребывания при АПУ и объемов данного вида хирургической помощи населению в гг. Кургане и Шадринске.

8. Продолжить внедрение федеральных стандартов и рекомендованных протоколов оказания хирургической помощи.

9. Улучшить сроки раннего обращения при острых хирургических заболеваниях. Повысить уровень массовой санитарно – просветительской работы за счет стимуляции этого раздела медицинской деятельности через образовательные кредитные сертификаты.

11. Активизировать работу по выявлению, диспансеризации и плановому оздоровлению детей, в том числе подростков 15-17 лет, с хирургическими заболеваниями.

12. Провести стажировку хирургов ЦРБ на рабочем месте в ОКБ по вопросам хирургии варикозного расширения вен нижних конечностей.

13. Продолжить участие в разработке и реализации совместных образовательных программ на базе ФГУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» по вопросам травматологии и ортопедии

14. Организовать проведение совместных Дней специалистов хирургов и других специальностей (травматология, детская хирургия, эндоскопия, анестезиология и др.).

15. Продолжить разработку и внедрение инновационных медицинских технологий в хирургических разделах здравоохранения Курганской области.

16. Продолжить освоение элементов симуляционного обучения, на живых моделях и тренинг специалистов в области эндовидеоскопической хирургии.

17. Инициировать вопрос о выравнивании тарифов на оказание медицинских хирургических услуг для медицинских организаций 1 и 2 уровня.

18. Подготовить предложения по оптимизации региональной дорожной карты оказания медицинской помощи детям подросткового возраста по профилю «хирургия» и «детская хирургия».

19. Составить реестр наставников – специалистов хирургического профиля.

Предложения по формированию Концепции развития хирургической помощи в Российской Федерации (дополнения).

Организационные и профессиональные проблемы хирургической помощи в Российской Федерации

- Сложившаяся система медицинской помощи не обеспечивает доступность первичной специализированной медицинской помощи по профилю хирургия и другим смежным специальностям вне областных центров и крупных городов РФ

- Нормативная база здравоохранения, в том числе в разделах хирургического профиля, построенная по принципу жесткой централизации и регламентации, не соответствует запросам значительной части населения РФ

- Законодательство и система финансирования в сфере здравоохранения не в полной мере отражает реальные социально - экономические условия различных регионов РФ, их неконкурентность на рынке медицинских услуг

- Нормативно не закреплена трехуровневая система медицинской, в том числе хирургической, помощи в РФ

- Сложившаяся система лицензирования, Порядков, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций искусственно ограничивает профессиональную деятельность хирурга и тем самым неоправданно сокращает первичную медицинскую хирургическую помощь населению РФ, особенно в сельских и отдаленных территориях РФ

- Нормативная база хирургической помощи в РФ не отражает реальные социально-экономические условия значительной части населения и, прежде всего, сельского населения, РФ

- Нет обоснованного нормирования хирургического труда, что повышает профессиональные риски медицинской деятельности хирурга

- Материальная база хирургической службы в РФ нуждается в дальнейшем развитии, в продолжении Программы модернизации здравоохранения

- Здравоохранение РФ испытывает огромный дефицит хирургических и узкопрофильных хирургических кадров, усугубляя проблему доступности медицинской помощи по основным, наиболее востребованным видам хирургической помощи.

- Продолжается отток из здравоохранения средних медицинских работников, необходимых для амбулаторной и стационарной хирургической помощи

- Практическая хирургия на всех уровнях, в том числе на первичном, все более утрачивает позиции общей хирургии и универсальности. Исчезает профессиональное понятие «общая хирургия».

- Из профессиональной квалификационной характеристики исчезли многие навыки, умения и операции, соответствующие общехирургическим понятиям

- Хирурги, ограниченные в своей практической работе многочисленными регламентами, теряют полученные в процессе обучения общехирургические профессиональные кондиции при оказании экстренной и плановой медицинской помощи, как при хирургических заболеваниях, так и в смежных областях

- Хирургическая помощь избыточно сконцентрирована в стационарах. Амбулаторная хирургическая помощь слабо развита. Недостаточно развитая, плохо обеспеченная кадрами и материально сеть дневных хирургических стационаров не обеспечивает население РФ соответствующим видом медицинской помощи и не компенсирует сокращение круглосуточного коечного фонда для хирургических больных

- Методические клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи в области амбулаторной хирургической помощи не разработаны как нормативные документы

- Происходит обюрокращивание хирургического труда. Неактуальная медицинская и немедицинская документация, сокращение времени на непосредственное лечение хирургических больных стали нормой повседневной хирургической работы.

- Система отчетности, внутреннего, ведомственного и вневедомственного контроля в медицине, в том числе в хирургии, достигла невиданного размаха и приобретает все более уродливые формы.

- Заработная плата хирургов и смежных специалистов, тарифы на медицинские хирургические услуги не отражают трудозатраты и риски хирургической работы, заставляя хирургов работать с избыточной нагрузкой в ущерб своему здоровью и качеству труда.

- Действующая система обязательного медицинского страхования с ее контролем качества медицинской помощи частными коммерческими страховыми организациями не способствует объективной оценке результатов хирургического труда.

- В обществе, в правоохранительных органах не без поддержки средств массовой информации все более тиражируется негативное отношение к отечественной медицине и к хирургии

- Среди молодых специалистов хирургическая специальность утрачивает свой особый менталитет и популярность, наставничество становится обузой для опытных специалистов

Предложения (дополнения) в Концепцию развития хирургической помощи в РФ

1. Подготовить и дать предложения по совершенствованию нормативной базы хирургической деятельности в РФ.
2. Разработать Положение об общей хирургии, как отдельной медицинской специальности.
3. Разработать квалификационные требования, соответствующие специальности «общая хирургия» и ввести аккредитацию по данной специальности.
4. Внести поправки в действующие Порядки оказания медицинской помощи по профилю хирургия и других специальностей с целью повышения доступности населению РФ первичной специализированной общехирургической медицинской помощи.
5. Выйти с законодательной инициативой о введении трехуровневой системе медицинской помощи в РФ.
6. Продолжить разработку методических рекомендаций (протоколов лечения) по амбулаторной хирургии и для дневных стационаров хирургического профиля.
7. Провести ревизию тарификации медицинских услуг хирургического профиля. Вычленив из тарифов оперативные и инвазивные хирургические услуги, как самостоятельные виды оплачиваемой медицинской помощи.
8. Ликвидировать диспаритет в оплате за оказание идентичных видов хирургических услуг на разных уровнях медицинской помощи.
9. Сохранить преемственность лучших отечественных хирургических традиций, обеспечить подготовку молодых специалистов хирургов на уровне мировых стандартов.

Обоснование предложений по реформированию здравоохранения в РФ (Ассоциация медицинских работников Курганской области - Материалы к 7 съезду НМП 7-8 октября 2019 г.)

1. Внесение поправок в ФЗ от 11.11.2013 г. № 323 –ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
 - 1.1. **Ввести понятие 3-х уровневой системы организации медицинской помощи населению в основные законы и подзаконные акты в сфере здравоохранения РФ.**
Обоснование. В настоящее время оказание всех основных видов и профилей медицинской помощи по факту строится по принципу 3-х уровней, что не отражено во многих нормативных документах РФ в сфере здравоохранения.

2. МЗ РФ - разработать, утвердить и ввести в практику отдельное Положение о 3-уровневой системе организации медицинской помощи.

Обоснование. Необходимость упорядочения терминологии, структуры, полномочий, функций, системы управления и подчиненности различных уровней оказания медицинской помощи в РФ.

3. МЗ РФ – устранить разночтение и противоречия в нормативных документах, регулирующих вопросы организации параллельно действующих иных уровней медицинской помощи (районный, городской, областной, клинический уровень, медицинский округ и т.д.)

Обоснование. Нечетко и противоречиво обозначенная структура медицинской помощи в РФ является одной из основных причин неэффективного планирования медицинской деятельности, управления кадрами, материальными ресурсами и объемами медицинской помощи.

Избыточная централизация управления системой медицинской помощи ограничивает мобильность системы в условиях быстротекущей реформы здравоохранения в РФ (отражается на доступности, прежде всего, первичной специализированной, медицинской помощи).

4. Внести поправки в действующий закон ФЗ от 29.11.2010г. №326 –ФЗ «О медицинском страховании граждан в РФ». А именно:

- ввести обязательную прямую материальную страховую ответственность медицинской страховой организации перед застрахованным лицом;

- передать функцию контроля качества медицинской помощи застрахованным лицам в государственных медицинских организациях в полном объеме от медицинских страховых организаций – на уровень территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Обоснование. Сложившаяся, без радикального реформирования, система обязательного медицинского страхования стала одним из главных препятствий развития здравоохранения в РФ.

В настоящее время частные коммерческие страховые медицинские организации по-прежнему осуществляют страховую деятельность (обязательное медицинское страхование граждан РФ) исключительно за счет государственных ресурсов, не отвечая перед застрахованным лицом своими активами. При таких условиях финансирования Программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи - частные медицинские страховые организации являются только финансовыми посредниками, извлекающими прибыль из своих посреднических функций, что противоречит принципам страхования вообще. Их влияние на организацию и качество медицинской помощи в РФ ничтожно.

То есть, сложившаяся в РФ система обязательного медицинского страхования является системой квазистрахования.

Безответственность коммерческих медицинских страховых организаций перед застрахованным лицом, а с ними и всей системы обязательного страхования здоровья в РФ за социальные и материальные последствия своей страховой деятельности, все это изначально имеет очевидные признаки конфликта интересов и коррупционности.

Точно так же - за действующей системой контроля качества оказания медицинской помощи в государственных медицинских организациях и штрафными санкциями напрямую стоит частный коммерческий интерес страховых организаций.

В последние годы ошибки и неадекватная экспертиза качества медицинской помощи со стороны страховых организаций провоцирует волну расследований в сфере здравоохранения со стороны правоохранительных органов и судебных исков.

5. Минтруда, Минобр. и МЗ РФ.

Подлежат пересмотру профессиональные стандарты специалистов с учетом требований доступности первичной специализированной помощи и 3-х уровневой системы организации медицинской помощи, действующей в РФ.

Как вариант (предложение) - разработка профессиональных стандартов по 3 уровням медицинской помощи в системе здравоохранения.

С учетом первичной и вторичной аккредитации специалистов и как дополнение к профстандартам в медицине, - **введение понятия компетенций специалиста, подтвержденных соответствующими образовательными узкопрофессиональными сертификатами.**

Соответственно подлежит пересмотру система лицензирования медицинской деятельности в РФ.

Обоснование. Большинство утвержденных профстандартов специалистов в сфере здравоохранения резко ограничивает доступность плановой и экстренной **первичной специализированной** медицинской помощи на 1 и 2-м уровне системы здравоохранения и искусственно сокращает объемы медицинской помощи для населения РФ, в первую очередь сельского населения страны.

Действующая система лицензирования медицинской деятельности неоправданно жестко ограничивает оказание **первичной специализированной** медицинской помощи без учета реальных потребностей населения, особенно в сельской местности, без учета реальных компетенций медицинских специалистов.

В условиях острого дефицита кадров врачей и средних медицинских кадров доступность для населения РФ первичной специализированной медицинской помощи и ее отдельных видов

вне крупных городов и мегаполисов может быть обеспечена только за счет расширения, а не ограничения функции врача и среднего медицинского работника.

Несоответствие образовательного стандарта (широкого профиля) и профессионального стандартов (предельно узкого профиля) без учета реальной компетенции специалиста – одна из причин кадрового дефицита в первичном звене здравоохранения РФ.

6. МЗ РФ.

С учетом острого дефицита медицинских кадров и ограничения доступности первичной медицинской помощи в РФ - подлежат пересмотру Порядки и стандарты оказания медицинской помощи по большинству профилей медицинских специальностей. Необходимо привести их в соответствие с реальными социальными и демографическими условиями РФ, в первую очередь, вне крупных городов и мегаполисов.

Обоснование. Многие виды медицинских услуг недоступны или ограничены для населения в первичном звене здравоохранения не только из-за дефицита кадров специалистов, но и вследствие запретительного характера указанных нормативных актов.

Вместо ожидаемого повышения качества медицинской помощи, вследствие внедрения действующих Порядков и стандартов, по многим профилям медицинской помощи в первичном звене она просто прекратилась из-за отсутствия профильных специалистов и соответствующих лицензий на медицинскую деятельность (напр. детская хирургия, урология и др.). Потери видов и объемов специализированной медицинской помощи в первичном звене отразились в первую очередь на сельском населении РФ.

7. МЗ РФ. Отдельные проблемы кадровой политики в здравоохранении РФ.

Следует остановить дробление медицинских специальностей, которое усугубляет тем самым кадровый дефицит.

В ходе реформирования и введения аккредитации в здравоохранении РФ необходимо пересмотреть номенклатуру медицинских специальностей в сторону их сокращения и расширения профессиональных компетенций по отдельным специальностям (сертификация специалистов по узкопрофессиональным направлениям).

Обоснование. Располагая по численности едва ли не самым мощным в мире кадровым потенциалом, медицинский рынок труда в РФ испытывает острейший дефицит врачебных и средних медицинских специалистов.

При дальнейшем наращивании социальных обязательств, реализации нацпроектов в сфере первичной и специализированной

медицинской помощи в РФ системные кадровые проблемы будут еще более усугубляться, поскольку для их реализации потребуется, по меньшей мере, в 2 раза больше специалистов, чем в настоящее время.

Кадровый кризис в здравоохранении РФ имеет не только известные социальные причины, но и внутренние проблемы организации здравоохранения РФ.

Действующая система организации здравоохранения в РФ, карающая система учета, контроля и надзора ограничивают и сдерживают профессиональный рост специалистов первичного звена, что неизбежно приводит к дефициту кадров.

Начиная с первых шагов в первичном звене здравоохранения, современный специалист - врач испытывает настолько мощные запретительные барьеры правового, административного, нормативного, надзорного характера, что вскоре утрачивает свой образовательный потенциал, большинство профессиональных навыков и, что еще хуже, - гуманитарную мотивацию своего врачебного дела. «Исход» медицинских специалистов из села в город, из городов поменьше – в города мегаполисы, а дальше в Москву или к крупным деньгам или на выгодное место – все это реальная картина здравоохранения в РФ.

8. МЗ РФ.

Ввести «принцип гильотины» на пути бюрократизации здравоохранения в РФ.

Ввести санитарно-гигиенические нормативы для информационного поля в сфере здравоохранения

Установить антирейтинг полезности информации и распоряжений в сфере здравоохранения.

Обоснование. Действующая в здравоохранении РФ система тотального учета, безудержного внутреннего, ведомственного и вневедомственного контроля, бесполезного мониторинга и надзора, административная и уголовная ответственность медицинского работника уже давно преобладают над лечебно-диагностическим процессом в отечественной медицине. Чиновник и бюрократ давно стали главным действующими лицами в нашем здравоохранении. Это укоренившееся мнение медицинской общественности.

Поток бумаг, нужной и ненужной информации, отчетности, переписки, канцелярщины не иссякает и заполнил до краев время, необходимое для собственно лечебно-диагностического труда.

Обещанная в ходе реформы информатизации экономия рабочего времени врача к настоящему времени привела к обратному результату, ввиду преобладающего избытка информационного потока, не рассчитанного на график рабочего времени медицинского работника и гуманитарную специфику медицинского труда.

Вопреки всякой логике, гуманизация медицинского труда и выделение времени для выполнения собственно трудовых обязанностей медицинского работника стала первоочередной практической задачей здравоохранения России.

В конечном итоге, обремененный бюрократическими условиями труд медицинского работника утрачивает свою гуманитарную привлекательность, что способствует оттоку кадров специалистов из отрасли.

Таким образом, «метод гильотины» с целью дебиюкратизации медицины - вполне уместный и необходимый способ сохранить жизнеспособность системы здравоохранения в РФ.

**Главный хирург Курганской области,
Председатель Ассоциации медицинских
работников Курганской области, засл. врач РФ**

В.Ф.Чернов

Григович И.Н.

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ НЕИЗБЕЖНЫ?

Петрозаводский государственный университет, кафедра детской хирургии

Grigovich I.N.

MEDICAL MISTAKES ARE AN UNAVOIDABLE?

Department of Pediatrics and Pediatric Surgery, Petrozavodsk State University

Резюме

Врачебные ошибки – неизбежная часть профессиональной деятельности врача: они были, есть и будут, какие бы технологические достижения не внедрялись в медицину. Стремление к уменьшению их количества – реальная цель, требующая серьезных усилий со стороны как врачебного сообщества, так и правительственных институтов, отвечающих за здравоохранение страны.

Ключевые слова: врачебные ошибки, медицинская экспертиза, профессиональная этика

Abstract

Medical mistakes are an unavoidable part of professional activity of the doctor, they were, are and will be, whatever technological achievements not implemented in medicine. Pursuit a decrease in their number is a goal that requires serious efforts both on the parties of the medical community and governmental institutions responsible for the health of country.

Key words: medical mistakes, medical evaluation, professional ethics

Наступило время серьезно поговорить о врачебных ошибках, о которых сегодня пишут, говорят и показывают по ТВ абсолютно все, независимо от профессиональной принадлежности, тем более что в последнее время вновь стали появляться знакомые словосочетания «врачи-убийцы и «врачи-плачи».

Для начала дадим определение врачебной ошибки. В медицинской литературе приводится много определений, но все они в той или иной степени являются вариантами тезиса, опубликованного в 1941 г. известным ученым-медиком Ипполитом Васильевичем Давыдовским: «**Врачебная ошибка – это добросовестное заблуждение врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества**». Врачи склонны облегчать свою вину, называя ошибками любые свои неправильные действия, которые нанесли вред здоровью больного. Возможно, называть ошибкой любое неправильное врачебное действие выгодно. Ведь термина «врачебная ошибка» нет в законодательных актах, а это значит, что «ошибка не является проступком, правонарушением или преступлением». Так считает профессор Т.К. Фомина, заведующая кафедрой Волгоградского медицинского университета. Получается, что за ошибку врача

судить нельзя, а если она допущена в результате халатности? И кто это должен решать? А что такое небрежность, профессиональное невежество?

Оценка врачебных действий – это не только функция коллег, социальными субъектами оценки правонарушений в медицине являются правоохранительные органы, а также сами пациенты, их родственники, общественные организации, такие как многочисленные объединения по защите прав пациентов и др.

В юридической практике вообще отсутствует понятие «врачебная ошибка». Любое действие или бездействие медицинского работника, которое привело к нарушению состояния здоровья пациента, расценивается как проступок или преступление, совершенное умышленно (очень редко) или по неосторожности.

Очень часто рупором немедицинских организаций и отдельных лиц являются средства массовой информации. Широкое обсуждение каждого факта ошибочных действий врача, как правило, сопровождается высказыванием противоположных точек зрения, далеко не всегда в доброжелательном тоне, и это порождает очень серьезные конфликты между врачебным сообществом и населением. Такое противоборство не способствует улучшению

врачебной деятельности и уменьшению количества врачебных ошибок.

Часто ли в практике врача допускаются неправильные действия, отражающиеся на состоянии здоровья пациента? Сразу огорчу читателя – часто. Американский терапевт Ричард Ригельман в своей книге «Как избежать врачебных ошибок?» по этому поводу написал следующее: «Если вы никогда не совершали ошибок, повлекших за собой осложнения и смерть больного, значит, вы занимаетесь медициной недавно». Получается, что ошибки сопровождают работу врача всю его жизнь, начало им было положено с момента зарождения врачевания и не зависело от опыта и известности допустившего их врача. В своей практической деятельности мы редко пользуемся понятием «врачебная ошибка», чаще называем результат: неправильный диагноз, осложнение, плохой исход. Но игра в слова не самое главное. В этой проблеме главное – причины, которые привели к ошибочному диагнозу, осложнению, неблагоприятному исходу, а также отношение к ним тех, кто их совершил, и окружающего врачебного сообщества.

Предшественники современных врачей оставили нам письменные свидетельства отношения к своим ошибкам. Они считали своим долгом рассказывать о своих ошибках не только в кругу профессионалов, но и писали об этом в журналах, учебниках, монографиях. Их не волновало, что будет поколеблен авторитет – они беспокоились, чтобы их коллеги, встретившись со сложными больными, были предупреждены о возможных неприятностях и не повторили те неправильные действия, которые допустили они, будь то диагностика или методы лечения.

Особенно этим отличались врачи хирургических специальностей, так как ошибки в хирургии чреваты наиболее драматическими последствиями. Так, великий русский хирург Н.И. Пирогов был одним из первых, кто считал предание гласности своих ошибок профессиональным долгом. Известны крылатые выражения по этому поводу многих классиков мировой хирургии. Один из крупнейших немецких хирургов XIX в. Теодор Бильрот оставил в наследство потомкам следующее высказывание: «Только слабые духом, хвастливые болтуны и утомленные жизнью боятся открыто высказаться о своих ошибках». А еще в XVIII в. французский хирург

Жан Луис Пти писал: «Ошибки являются только ошибками, когда у тебя есть мужество их обнаружить, но они становятся преступлением, когда гордыня тебя побуждает их скрыть». Один из основоположников российской онкологии Н.Н. Петров уже в XX в. резко выразил свое отношение к сокрытию ошибок: «Ничто так не способствует врачебной спеси, как игнорирование или забвение собственных ошибок».

Такое отношение к врачебным ошибкам сохранялось достаточно долго еще у моего поколения – тех, кто начал работать в медицине в 1950-х гг. Издавались монографии об ошибках в хирургии, акушерстве и гинекологии, в педиатрии. Во всех профессиональных журналах обязательно присутствовал раздел «Ошибки и опасности». Это было очень полезно для коллег, которые могли попасть в такое же трудное положение, но, ознакомившись с публикацией, уже знали, как можно выйти из него с максимальной пользой или минимальными потерями для больного. Однако постепенно перестали печататься монографии по этой проблеме, исчезли соответствующие разделы в журналах. Может быть, ошибок стало меньше, и проблема потеряла свою актуальность? Отнюдь, ошибок меньше не стало, стало меньше профессиональных публикаций. Причины? Думаю, что многим моим коллегам, как и мне, они понятны: появился страх использования этих публикаций для преследования авторов.

Казалось бы, стремительное развитие современных медицинских технологий, значительно облегчающий нелегкий врачебный труд, и медицинской науки должны привести к пропорциональному уменьшению неправильных врачебных действий. К сожалению, такой зависимости не наблюдается. Для этого имеются многочисленные объективные и субъективные причины. Попытаюсь назвать основные.

1. Необычайная сложность врачебной профессии. Десятки тысяч заболеваний, помноженные на сотни миллионов больных, причем почти каждый из них имеет свои индивидуальные особенности даже в анатомическом строении тела, не говоря о возрастных, половых вариантах одной и той же болезни, не могут не привести врача к ложному заключению.

2. Современная медицина стала узкоспециализированной. Глубокие знания врача в одной специ-

альности не оставляют ему возможностей для получения знаний в других разделах медицины.

3. Излишнее доверие к современным технологиям, используемым врачами для установления правильного диагноза, привело к пренебрежительному отношению к информации, получаемой врачом от самого пациента при собеседовании.

4. Человеческий фактор. Врач – тоже человек со всеми своими достоинствами и недостатками. Можно возразить: врач – это особая профессия, и, выбирая ее, человек должен понимать, на что идет. Вчерашние школьники очень поверхностно относятся к выбору профессии: проучившись 2–3 года и убедившись, что не за то дело взялись, не уходят, а получают диплом и работают врачами без любви к своему делу. На медицинский факультет, как, впрочем, и другие факультеты, принимают всех, кто набрал необходимую сумму баллов по общеобразовательным предметам или по ЕГЭ. Не проверяют характерологические и нравственные качества будущих врачей человеческих тел и душ. Студента-медика можно научить всем полагающимся дисциплинам, но нельзя научить совестливому, добросердечному отношению к больному человеку, а это самое главное в нашем деле. Как уже было сказано выше, ошибки допускают все, но настоящий врач переживает случившееся порой более тяжело, чем пострадавший от его рук пациент. И в этом есть гарантия того, что в следующий раз врач подобную ошибку не допустит.

О переживаниях хороших врачей и о людях, случайно попавших в нашу профессию, писал А.П. Чехов своему издателю А.С. Суворину. «У врачей бывают отвратительные дни и часы, не дай бог никому такого... Среди врачей, правда, не редкость невежды и хамы, как и среди писателей, инженеров, вообще людей, но те отвратительные часы и дни, о которых я говорю, бывают только у врачей».

Известный отечественный хирург Михаил Михайлович Дитерихс в своей книге «Душа хирурга» (1925) писал по этому поводу: «Суд людской однократен, скор и милостив; суд совести бесконечно повторяем, почти непрерывен и совершенно беспощаден». Причем беспощаден настолько, что известно немало случаев, когда врачи, потеряв больного в результате ошибочного лечения, кончали жизнь самоубийством. Речь идет о тех ошибках, которые произошли при искреннем старании врача

помочь своему пациенту – врач старался, но у него по каким-то причинам не получилось. Диагноз был труден, возможности учреждения ограничены, болезнь запущена и т. п.

Таких случаев много, но самому больному и его близким трудно понять, что произошло, их мало интересует, почему врач ошибся, поэтому они всегда считают врача виновным в том, что произошло. Врачебные переживания их мало волнуют. В результате возникшего конфликта больные и родственники обращаются с жалобами в вышестоящие инстанции или в суд. Анализ подобных обращений провел известный американский кардиолог Барнард Лоун. Автор приводит три основные причины предъявления судебного иска к врачам, допустившим неправильные действия у своих пациентов:

- альтруизм: чтобы другие больные не попадали в подобные ситуации;
- желание получить правдивые объяснения тому, что произошло;
- получение денежной компенсации за принесенные страдания.

Если внимательно вникнуть в суть перечисленных причин, можно предположить, что их объединяет главное – отсутствие душевного контакта между участниками лечебного процесса. Об этом говорят и пишут многие опытные врачи. Если между лечащим врачом, больным и его близкими в процессе общения установились теплые, доверительные отношения, то известны случаи, когда даже при печальном исходе врача благодарят «за те старания, которые были предприняты, но оказались тщетными». Таким же естественным движением души настоящего врача в ответ на благодарность родственников за предпринятые неэффективные усилия должны быть извинения со стороны врача. В своей блестящей книге «Утерянное искусство врачевания» Б. Лоун написал по этому поводу: «Я не знаю ни одного случая, когда судебный иск был предъявлен после того, как врач принес пациенту свои извинения, но я могу вспомнить множество случаев, когда открытое признание врачебных ошибок способствовало установлению доверительных и дружеских отношений с пациентом».

Допустив ошибку, врач должен не только принести свои извинения, но и правильно действовать. В тех странах, которые тщательно изучают врачебные ошибки, анализируют их и тем самым уменьшают количество судебных разбирательств, были

выработаны правила поведения врача при допущении ошибки. Ричард Ригельман приводит варианты неправильного и правильного поведения врача в подобных ситуациях.

Какие действия врача, допустившего ошибку, следует считать неверными:

- *отрицание* того, что он допустил ошибку;
- *оправдание* того, что произошло путем перекладывания вины на обстоятельства или других участников медицинской команды;
- *отстранение* от сделанной ошибки и оправдание ее допущения необычным течением болезни, бессилием медицины и т. п.

Модель правильного врачебного поведения выглядит следующим образом:

- *признание ошибки, как бы тяжела она ни была по последствиям;*
- *исправление того, что можно исправить;*
- *разрешение ситуации: извинение за то, что можно простить, и стремление не повторить ошибку.*

Предложенная модель кажется достаточно простой, но, как показывает практика, ее исполнение требует от врача человеческой и профессиональной зрелости, воспитания в себе чувства личной ответственности за здоровье и жизнь каждого пациента. К сожалению, эти качества далеко не каждому по плечу. В нашей стране чаще сценарий развивается по неправильному пути: врач, совершивший ошибку, даже не удосуживается побеседовать о происшедшем ни с пациентом, ни с родственниками. Администрация лечебного учреждения, в котором произошло несчастье, пытается неумело защищаться, все отрицая или объявляя врачу выговор, не проведя серьезного объективного расследования с участием специалистов. В большинстве случаев этого не происходит: пострадавшие, не имея четкой правдивой информации, подозревают врачей в преступлении, продолжают жаловаться в вышестоящие медицинские инстанции или обращаются в прокуратуру. Начинается долгая тяжба с проведением многочисленных медицинских экспертиз, судов, в которых принимают участие пострадавшие, врачи, следователи, адвокаты. Большинство участников конфликта не являются профессионалами, им трудно разобраться в психологических деталях случившегося, поэтому, по их представлению, врач почти всегда виновен и должен быть наказан. Различные врачебные комиссии, которым поручается

прояснить ситуацию, склонны найти смягчающие обстоятельства в неправильных действиях своего коллеги. Они пытаются в своих решениях уберечь врача от судебного разбирательства и рекомендуют администрации направить виновника ошибки на профессиональную учебу в одну из центральных клиник. Конфликт углубляется. К нему подключаются средства массовой информации. С этого момента врачебная ошибка становится предметом обсуждения многотысячной, а часто многомиллионной аудитории непрофессионалов. В газетных статьях и телевизионных передачах журналисты не щадят ни врачей, ни пострадавших пациентов и их родственников. Первых клеймят «палачами» и «убийцами», у вторых переворачивают душу, повторяя всю историю их горя с самыми страшными подробностями. Такие материалы публикуют на первых полосах газет и показывают в самое дорогое время, тем самым повышая тиражи и рейтинги своих изданий и передач.

Обвинительные мотивы в адрес врачей, к сожалению, характерны не только в материалах молодых журналистов, делающих свое имя подобными публикациями и передачами. Необоснованные оскорбительные высказывания о врачах случались и в прошлом и принадлежали даже великим писателям, которым, будучи инженерами человеческих душ, вроде бы не полагается делать скоропалительных заключений. Ярким примером этому может служить высказывание большого русского писателя В.В. Набокова, который в 1944 г. в книге, посвященной Гоголю, решил, между прочим, высказаться и о лечении раненого Пушкина. В этой статье он написал следующее: «Лет за 15 до этого (лечения Гоголя) медики лечили Пушкина, раненного в живот, как ребенка, страдающего запорами. В эту пору еще верховодили посредственные немецкие и французские лекари, а замечательная школа великих русских лекарей только зарождалась». Вот так, походя, Набоков облил грязью весь цвет отечественной медицины того времени, в том числе Николая Федоровича Арндта, Ивана Тимофеевича Спасского, Владимира Ивановича Дая, Христиана Христиановича Саломона, Илью Васильевича Бульского.

Позволю привести еще один пример из этого ряда. Известно, что Л.Н. Толстой плохо относился к врачам и позволял резкие высказывания в их адрес. Антон Павлович Чехов, безмерно почи-

тавший Льва Николаевича, преклонявшийся перед его талантом, не мог простить великому писателю такое отношение к своим коллегам. В письме издателю А. Суворину, часть из которого цитировалась выше, Антон Павлович писал: «Толстой трактует о том, чего он не знает и чего из упрямства не хочет понять, – его суждения о медицине прямо изобличают человека невежественного». И это говорится о писателе, в чьих произведениях приводятся описания болезней так достоверно, что по ним могут обучаться медицине профессионалы-медики. Видимо, чтобы судить о врачебной деятельности мало обладать талантом писателя и человеческой мудростью, необходимо глубоко знать нашу профессию изнутри, понимать специфику врачебного дела.

Постоянный прессинг со стороны средств массовой информации, многочисленных общественных организаций по защите пациентов не может не отразиться на психологическом состоянии врача, который, кстати, должен ежедневно продолжать заниматься диагностикой и лечением своих больных. Массовые кампании в СМИ по преследованию врачей, допустивших неправильные действия в отношении своих больных, стали столь частыми и агрессивными, что обратили на себя внимание психологов и специалистов по биоэтике. Так, доктор социологических наук профессор Т.К. Фомина, провела исследование 100 неотобранных публикаций в СМИ, посвященных юридически незавершенным наблюдениям врачебных ошибок (2008). И вот к какому заключению она пришла: «Подобные (отрицательные) публикации формируют фобии у самих медицинских работников, способствуют их психологической дестабилизации и, следовательно, провоцируют новые ошибки: человек чаще всего ошибается именно тогда, когда больше всего боится ошибиться».

Нет, это вовсе не значит, что врачи должны находиться вне критики и наказаний, но разбор и анализ ошибки – дело высококвалифицированных авторитетных специалистов в данном разделе медицины. Это они должны докопаться до сути того, что произошло. Это они, эксперты, должны выбрать меру наказания врача за допущенную ошибку: подвергнуть штрафу, лишить лицензии на работу по данной специальности или диплома врача, передать дело в прокуратуру, если в действиях врача имеются признаки уголовного преступления. И наконец эксперты обязаны взять на себя

труд провести беседу с пострадавшим больным и /или его родственниками и подробно объяснить, что произошло и почему. На протяжении всего разбора СМИ не должны вмешиваться и устраивать травлю врача, вина которого еще не установлена.

Известный детский хирург, депутат Государственной Думы профессор М.Р. Рокицкий в своей книге «Ошибки и опасности в детской хирургии» писал следующее: «Мы убеждены, что несколько возвышенное, особое отношение к врачу, врачеванию более нужно пациентам, больным, а не нам, медикам. Принижение, приземление роли врача принижает или сводит на нет один из важнейших факторов врачевания – фактор психологический, фактор веры, доверия к врачу. В мире не существует вида деятельности человека, в которой не совершались бы ошибки, все дело в их тяжести и последствиях. В последнее время приходится читать и слышать о многочисленных транспортных авариях, технических катастрофах с большим количеством человеческих жертв. Среди разбираемых причин почти всегда упоминаются «отказ техники», «устаревшая техника», «человеческий фактор» и др. Вот потерпел аварию большой пассажирский самолет, погибли сотни людей. Разбился автобус с сотней пассажиров, комиссия выяснила, что шофер уснул за рулем, так как вынужден был выехать повторно из-за болезни напарника. В обоих случаях виноват этот самый человеческий фактор. Но ни в газетных статьях, ни в ТВ-сюжетах, ни журналистами, ни пострадавшими не употребляются термины «палачи», «убийцы». В то же время практически всегда при широком обсуждении врачебной ошибки, особенно если эта ошибка была допущена специалистами хирургического профиля, о человеческом факторе даже не упоминается – убийца и никаких оправданий!»

Вынужден еще раз огорчить читателей: врачебные ошибки – неизбежная часть профессиональной деятельности врача. Они были, есть и будут, какие бы технологические достижения не внедрялись в медицину XXI в., поэтому любые требования о полной ликвидации врачебных ошибок являются не более чем досужими рассуждениями людей, плохо представляющими существо проблемы. В то же время стремление к уменьшению их количества – цель вполне реальная, требующая очень серьезных усилий как со стороны врачебного сообщества, так и со стороны правительственных институтов, отве-

чающих за здравоохранения нашей страны. Что же касается проблемы врачебных ошибок, в первую очередь должна быть разработана официальная подробная система их регистрации. Такой банк данных позволил бы выявить частоту, специальности, причины совершаемых ошибок и на основании анализа проводить действия по предупреждению и борьбе с наиболее частыми причинами ошибочных врачебных действий. В каждом регионе должны существовать независимые экспертные комиссии, состоящие из авторитетных специалистов, которые будут проводить тщательный разбор всех тяжелых и кон-

фликтных случаев врачебных действий, повлекших неблагоприятные исходы или тяжелые последствия при диагностике и лечении больных.

Что касается широкого обсуждения ошибок в СМИ, то оно должно происходить после завершения анализа и вынесения решения – судебной или административной инстанции. Сам процесс обсуждения требует от его участников соблюдения профессиональной этики и правил приличия. Только такой цивилизованный подход поможет нам всем и в первую очередь больным и тем, кто их лечит.

Список литературы

1. Бильрот Т. Цит.: по Эльштейну Н.В.
2. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Советская медицина. 1941. №3. С. 3–6.
3. Дитерихс М.М. Душа хирурга. – Л.: Практическая медицина, 1925. – 60 с.
4. Лоун Б. Утерянное искусство врачевания. – М.: Крон-Пресс, 1998. – 367 с.
5. Набоков В.В. Николай Гоголь. – СПб., 1997. Т. 1. – 522 с.
6. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии (о должном в хирургии). – Л.: ГИДУВ, 1948. – 84 с.
7. Пирогов Н.И. Собрание сочинений. – М.: Медгиз, 1961. Т. 5. – 640 с.
8. Пти Ж.Л. Цит.: по Эльштейну Н.В.
9. Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. – М.: Практика, 1994. – 208 с.
10. Рокицкий М.Р. Ошибки и опасности в детской хирургии. – Л.: Медицина, 1986. – 280 с.
11. Фомина Т.К. Отношение к проблеме врачебной ошибки средств массовой информации // Биоэтика. 2008. №1. С. 39–41.
12. Чехов А.П. Собрание сочинений.
13. Эльштейн Н.В. Медицина и время. – Таллин: Валгус, 1990. – 352 с.

Авторы

КОНТАКТНОЕ лицо:
ГРИГОВИЧ
Игорь Николаевич

Заведующий кафедрой педиатрии и детской хирургии Петрозаводского государственного университета. 185000, г. Петрозаводск, ул. Куйбышева, д. 9, кв. 13.
Тел.: 8 (814-2) 76-45-15 (дом.), 75-04-69 (раб.). E-mail: igrigovich@yandex.ru.

Понкин И.В., Понкина А.А. Право врача на принятие рискованного решения в сложной клинической ситуации ¹

1. Абрис проблемы

Тема профессиональных прав врачей является одной из наиболее сложных для объяснения и наименее исследованных тем в медицинском праве (а равно в конституционном праве).

В докладе Всемирной организации здравоохранения «Качество медицинской помощи: безопасность пациентов» 2002 года отмечалось, что «медицинские вмешательства направлены на пользу пациентам, но они также могут причинить вред. Сложное сочетание процессов, технологий и человеческого взаимодействия в современной системе медицинского обслуживания может принести существенные выгоды, но

¹ Понкин Игорь Владиславович – доктор юридических наук, профессор Московского государственного юридического университета им. О.Е. Кутафина (МГЮА), профессор, член Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации.

Понкина Александра Александровна – кандидат юридических наук, зам. председателя правления Института государственно-конфессиональных отношений и права.

Настоящая статья посвящена исследованию содержания, онтологии, значения и гарантий права врача на принятие рискованного решения в сложной клинической ситуации. Кроме того, настоящая статья посвящена исследованию разработанного и получившего своё развитие в практике английских и американских судебных органов концепта, называемого «стандарт поведения разумного человека». Стандарт поведения разумного человека предполагает сравнение поведения реального лица с поведением гипотетического человека, действующего разумно. В статье рассмотрены подходы к пониманию и применению данного стандарта, изучены и проанализированы способы определения того, что именно входит в концепт разумного человека. Обозначены основные преимущества, а также недостатки данного концепта.

Ключевые слова: право врача на принятие рискованного решения в сложной клинической ситуации, медицинское право, стандарт поведения разумного человека, правило разумного человека, судопроизводство, судебское усмотрение.

Ponkin I.V., Ponkina A.A. Physician's right to take a risky decision in a difficult clinical case.

This article is devoted to the study of the content, ontology, value and guarantees of a physician's right to take a risky decision in a difficult clinical case. And article is devoted to the research of judicial concept, called «reasonable man standard», developed by British and American courts. Reasonable man standard involves comparing the behavior of a real person with the behavior of a hypothetical person, acting reasonably. Approaches to understanding and application of this standard are studied and analyzed in this article, as well as ways of defining what exactly must be included in the concept of the reasonable person: whether it should be a hypothetical ideal person that meets the high standards of modern society, or a normal average person, endowed with the usual shortcomings. Main advantages as well as the shortcomings of this concept are defined.

Keywords: physician's right to take a risky decision in a difficult clinical case, medical law, reasonable person, reasonable man standard, reasonable person test, court proceedings, judicial discretion.

вместе с тем, оно также включает неизбежный риск неблагоприятных событий, которые могут (и довольно часто) случаться»².

Любое медицинское вмешательство всегда сопряжено с рисками.

Диагностические, терапевтические и другие риски присутствуют и в иных (менее критичных) ситуациях, даже тогда, когда врач, обладая высокой квалификацией и добросовестностью, соблюдает все необходимые требования, все правила врачебной деятельности, все установленные процедуры.

Однако в особо сложной и вдобавок характеризующейся неопределённостью диагностической и / или терапевтической ситуации риски возрастают во много раз, ставя врача в положение, если можно так образно сравнить, сапера на особо хитро-обустроенном минном поле.

Тем более, риски очень высоки, когда речь идёт о медицинском вмешательстве в отношении инкурабельного больного в терминальной стадии заболевания³, в отношении больного с орфанным заболеванием, в принципе, в любой сложной и неоднозначной клинической (диагностической и / или терапевтической) ситуации.

Сегодняшняя тенденция бездумного задействования «маховика карательной машины» работает не столько на обеспечение безопасности пациентов, сколько, опосредованно, во вред им. Врачи весьма нередко сегодня просто уже опасаются (выражают опасения) идти даже на вполне оправданный риск и браться за сложные случаи. (Понятно, что мы говорим здесь о нормальных, добросовестных врачах-профессионалах).

Приход в сферу медицины поколения, «деформированного ЕГЭ» – натасканного на слепое следование шаблонам, ещё более усугубляет ситуацию.

Корень проблемы – в отсутствии надлежащего артикулированного признания государством права врача на принятие обоснованного рискованного решения в сложной клинической (диагностической и / или терапевтической) ситуации, должных правового гарантирования, правовой охраны и защиты этого права.

² Quality of care: patient safety [Качество медицинской помощи: безопасность пациентов] / Report by the Secretariat / World Health Organization, Fifty-fifth World health assembly A55/13, 23.03.2002 // <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf>.

³ См.: Понкина А.А., Понкин И.В. Правовое регулирование паллиативной медицинской помощи. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 176 с. Понкина А.А., Понкин И.В. Паллиативная медицинская помощь: Понятие и правовые основы. – М.: Изд. ред. журнала «ГлавВрач», 2014. – 75 с. (Приложение к журналу «ГлавВрач» № 1/2014).

2. Содержание и онтология исследуемого права. Его источники и гарантии

Право на совершение определённых обоснованных рискованных действий, обусловленных сложностью клинической (диагностической и / или терапевтической) ситуации, угрожающей гибелью пациента или непоправимыми последствиями для его здоровья, и реализуемых в интересах пациента, – является одним из важнейших профессиональных прав врача⁴.

Недооценка, игнорирование, лишение врача этого права ведёт к падению общего качества врачебной помощи (не как «средняя температура по больнице», но в некой интегральной онтологии), лишает врача возможностей разумной инициативы, возможностей разумного поиска наилучшего врачебного решения.

Неслучайно Комитет Государственной Думы по охране здоровья (при поддержке научной и профессиональной общественности) в 2019 году рекомендовал Министерству здравоохранения Российской Федерации рассмотреть вопрос о разработке проекта федерального закона о внесении изменений в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в части «дополнения новой статьёй 98.1 “Ответственность за дефект медицинской помощи”, в том числе закрепить норму о праве врача на осуществление рискованных действий в сложных клинических случаях сообразно своей внутренней профессиональной убеждённости при соблюдении “стандарта разумного поведения ответственного человека”»⁵. То есть во врачебном сообществе указанное право врача оценивается как очень и очень важное, требующее надлежащего гарантирования.

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁶ не гарантирует такого права напрямую и в исчерпывающе чётко сформулированном, детализированно описанном (если не через содержание, то хотя бы через приведение линейки гарантий), что является очевидным правовым дефектом этого Федерального закона, – это одновременно и правовой пробел, и детерминант дисбаланса правового регулирования.

Впрочем, из указанного Федерального закона косвенно можно вывести исследуемое право врача как производное некоторых гарантий и условий, всё же закрепляемых (пусть, и поверхностно, фрагментарно,

⁴ Понкина А.А., Понкин И.В. Права врачей. Издание 2-е, дополн. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 192 с. – С. 67.

⁵ Врач и пациент. 2019 // <<http://komitet2-2.km.duma.gov.ru/Prezent/Hronika/item/19071795/>>. – 05.06.2019.

⁶ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 28.11.2011. – № 48. – Ст. 6724. В ред. от 29.05.2019 – СПС «Консультант Плюс».

неявно) этим Федеральным законом (что никак не отменяет необходимости надлежащего законодательного закрепления этого права в будущем):

1. Аттрактивным значением в природе и онтологии исследуемого права обладает понятие «риск». И названный Федеральный закон признаёт наличие таких рисков, связанных с оказанием медицинской помощи, с медицинским вмешательством.

Так, часть 1 статьи 20 указанного Федерального закона презюмирует наличие (возможность наличия) риска оказания медицинской помощи и, конкретно, медицинского вмешательства, допускает наличие такого риска, о чём предписано уведомлять пациента, а сам пациент (или его законный представитель) должен давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Часть 1 статьи 22 названного Федерального закона устанавливает право каждого на получение информации об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске.

Таким образом, Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закладывает в онтологию и процесс взаимодействия врача и пациента риски негативных последствий, в том числе детерминированные совсем иными обстоятельствами, мало связанными с врачом.

Например, часть 2 статьи 38 названного Федерального закона предусматривает деление медицинских изделий на классы в зависимости от потенциального риска их применения.

2. Названный Федеральный закон конкретно профессиональной деятельности врача атрибутирует наличие имманентно связанного с нею риска, именно поэтому, полагаем, к числу прав медицинского работника этим актом отнесено право на страхование риска своей профессиональной ответственности (пункт 7 части 1 статьи 72).

3. Названный Федеральный закон презюмирует, что существуют сложные методы лечения (статья 34) и что, в принципе, сложна профессиональная деятельность врача (пункт 5 части 1 статьи 72).

4. Названный Федеральный закон презюмирует, что могут иметь место сложные и конфликтные (даже «наиболее сложные и конфликтные») случаи в профилактике, диагностике, лечении и медицинской реабилитации (часть 2 статьи 48).

Полагаем, что право на сознательное целенаправленное совершение определённых рискованных действий, обусловленных сложностью клинической ситуации, угрожающей гибелью пациента или непоправимыми последствиями для его здоровья, и реализуемых в интересах пациента, выступает производным от следующих

профессиональных прав врача (находящихся в онтологически сложных и динамических интерреляциях)⁷:

– право на собственное врачебное мнение (в отношении диагностики и терапии) и на свободное его выражение, включая право на своё независимое медицинское заключение;

– право спасти жизнь, возвращать (восстанавливать) или в определённой мере компенсировать частично утраченное или нарушенное здоровье человека;

– право самостоятельно и свободно назначать и /или осуществлять специальные, а равно отменять диагностические исследования, медицинские действия, принимать необходимые меры в интересах пациента и исходя из его состояния в течение всего времени оказания ему помощи, назначать любые показанные (в пределах обоснованной необходимости) и разрешённые к применению лекарственные средства, осуществлять контроль их действия;

– право на реализацию медицинского вмешательства без получения предварительного согласия пациента на это в чрезвычайных ситуациях, когда задержка в оказании медицинской помощи может привести к необратимым последствиям для здоровья пациента или к его гибели, а также когда тяжесть физического или психического состояния не позволяет пациенту принять осознанное решение или когда пациент является источником опасности для окружающих;

– право быть услышанным пациентом и, в случае необходимости или несовершеннолетия пациента, его законными представителями, а равно членами семьи;

– право осуществлять свою профессиональную деятельность свободно в рамках законодательства и без давления какого-либо рода со стороны каких бы то ни было лиц, в том числе без избыточной регламентации и /или чрезмерной связанности протоколами и проверочными вмешательствами;

– право на невмешательство в свою профессиональную деятельность со стороны других врачей, кроме как в исключительных обстоятельствах;

– право не отягощать пациента объективно излишними медицинскими вмешательствами, сопряжёнными с сильной непереносимой болью и другими тягостными для пациента факторами или влекущими таковые;

– право на уважительное отношение и уважительное обращение при осуществлении профессиональной деятельности и (соответственно и сообразно статусу и значимости социальной роли врача) в связи с профессиональной деятельностью;

– право на объективную оценку своих профессиональных врачебных действий.

⁷ Указанные права подробно описаны и объяснены или обозначены в: *Понкина А.А., Понкин И.В. Права врачей. Издание 2-е, дополн. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 192 с.*

3. Связанность права врача на принятие рискованного решения в сложной клинической ситуации определёнными пределами

Уровень риска негативных последствий медицинского вмешательства находится в зависимости от меры действительного профессионализма и добросовестности врача, от соблюдения им принципов медицинской деонтологии, с другой стороны – от разумной рациональности и в целом адекватности врача (отсутствия избыточного и неуместного оригинальничания и т.д.).

То есть отстаивая исследуемое право и пытаясь предложить пути его законодательного закрепления, мы должны это право всё же хотя бы чем-то связать. Потому что речь совершенно не идёт о разработке универсальной «индальгенции» для любого халтурщика, «купившего диплом», либо профессионально выгоревшего и деградировавшего.

Компетентный и добросовестный лечащий врач всегда обладает бóльшим пониманием данной конкретной клинической ситуации, чем не только, понятно, врачебно-пользуемый им пациент, но и чем его коллеги-врачи, которые в спорной ситуации стали бы оценивать этого врача. Тем не менее, мы должны определить какую-то точку отсчёта в его оценивании.

В медицине могут быть разные подходы на этот счёт, но в юриспруденции, призванной оценивать поведение врача, устоялся подход, именуемый как «стандарт поведения разумного человека».

К сожалению, в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не содержится не только отсылки к такого рода стандарту, но даже не содержится слова «разумный» (в какой-либо форме).

Но это вовсе не праздный вопрос, а вопрос меры и реальных перспектив правовой защищённости добросовестного врача в уголовном процессе после случая (и в связи с таким случаем) негативного исхода медицинского вмешательства в сложной ситуации.

4. Стандарт поведения разумного человека: суть концепта, особенности и проблемы его применения зарубежными судами

Одним из важных и, в то же время, дискуссионных стандартов, широко применяемых судебными органами в некоторых государствах англосаксонской правовой системы (в частности в США и в Великобритании), является так называемый стандарт поведения разумного человека (стандарт разумного человека, принцип разумного человека; англ. – «*reasonable person standard*», «*reasonable man test*»; франц. – «*standard de la personne raisonnable*»).

4.1. Понятие стандарта поведения разумного человека

Наиболее важную роль стандарт поведения разумного человека играет при разрешении дел, связанных с совершением правонарушений по небрежности⁸. Например, при рассмотрении содержания и последствий дефектов медицинской помощи⁹, а также, подчеркнём, применительно к исследуемому праву.

В этом случае стандарт поведения разумного человека предполагает использование в качестве стандарта поведение гипотетического лица для определения того, действовало ли реальное лицо с небрежностью. Этот стандарт служит в качестве отправной точки для определения ответственности посредством применения объективного теста, в рамках которого поведение обвиняемого сравнивается с поведением гипотетического разумного человека при аналогичных обстоятельствах¹⁰.

Алан Миллер и Ронен Перри отмечают, что концепт поведения разумного человека является традиционным при определении того, насколько лицо выполняло свою обязанность соблюдать осторожность. Согласно такому концепту, небрежность имеет место в том случае, если были совершены действия, которые разумный человек (на той же должностной позиции и с той же квалификацией) не совершил бы при тех же обстоятельствах¹¹.

В настоящее время стандарт поведения разумного человека является достаточно широко используемым: от рассмотрения дел в области уголовного права до рассмотрения дел в сфере гражданского, договорного права¹². Суды зачастую обращаются к стандарту разумного человека, когда необходимо оценить личные качества тяжущейся стороны, либо проанализировать объективное содержание правовой

⁸ *Moran M.* The reasonable person: A conceptual biography in comparative perspective // *Lewis & Clark Law Review*. – 2010. – Vol. 14. – № 4. – P. 1233–1283. – P. 1239.

⁹ См.: *Понкина А.А.* Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / МИГСУ РАНХиГС при Президенте РФ. – М., 2012. – 199 с. *Понкина А.А.* Право на безопасную медицинскую помощь: конституционно-правовое исследование: Дис. канд. юрид. наук: 12.00.02 – Конституционное право; конституционный судебный процесс; муниципальное право / Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ. – М., 2013. – 211 с. *Понкина А.А.* Врачебная ошибка и право на безопасную медицинскую помощь. – М.: Изд. ред. журнала «ГлавВрач», 2013. – 80 с. (Приложение к журналу «ГлавВрач» № 4/2013).

¹⁰ Reasonable Man Theory Law and Legal Definition / US Legal // <<https://definitions.uslegal.com/r/reasonable-man-theory/>>.

¹¹ *Miller A.D., Perry R.* The reasonable person // *New York University Law Review*. – 2012, May. – Vol. 87. – № 2. – P. 323–392. – P. 325.

¹² *Ingram A.* Parsing the Reasonable Person: The Case of Self-Defense // *American Journal of Criminal Law*. – 2012. – Vol. 39. – № 3. – P. 101–120. – P. 103.

нормы¹³. Стандарт разумного человека также может применяться и к судьям, осуществляющим рассмотрение дел¹⁴.

Американскими судами иногда стандарт поведения разумного человека используется в качестве косвенного доказательства, например, когда исследуется вопрос о том, счёл ли бы разумный человек свидетельские показания точными и честными, как, к примеру, в решении Федерального окружного суда Южного округа Флориды по делу «Агирре против города Майами» от 12.09.2007¹⁵.

В решении по данному делу Федеральный окружной суд Южного округа Флориды поставил косвенные доказательства, которые «могут привести разумного человека к выводу о том, что показания были неточными», – по своей значимости выше других косвенных доказательств¹⁶.

Стандарт поведения разумного человека позволяет адаптировать норму права к обстоятельствам каждого конкретного дела, и, так как невозможно с абсолютной точностью заранее предсказать, какое именно поведение может быть допустимым, заявляется, что оправданным является поведение разумного человека¹⁷.

Поведение «разумного человека» нередко понимается и интерпретируется как мерило ответственности в рамках определённой правовой системы, позволяющее определять допустимость тех или иных действий.

Стандарт разумного поведения направлен также на отражение актуального состояния общественной нравственности и ограничение возможной необъективности судей¹⁸.

Данный концепт был разработан и получил своё развитие в прецедентном праве английских и американских судебных органов. Одним из первых судебных решений, в которых, как считается, был применён стандарт поведения разумного человека, было решение Английского Суда общей скамьи от 1837 года по делу «Воган v. Мэнлов»¹⁹, где данный судебный орган отметил, что «...мы должны, скорее, придерживаться правила, которое во всех случаях требует такую

¹³ *Moran M.* The reasonable person: A conceptual biography in comparative perspective // *Lewis & Clark Law Review*. – 2010. – Vol. 14. – № 4. – P. 1233–1283. – P. 1233, 1234.

¹⁴ См.: *Geyh C.G.* *Judicial Disqualification: An Analysis of Federal Law*. Second Edition. – Washington (DC, USA): Federal Judicial Center, 2010. – ix; 129 p.

¹⁵ *Mandiberg S.F.* Reasonable officers vs. reasonable lay persons in the Supreme Court's *Miranda* and Fourth amendment cases // *Lewis & Clark Law Review*. – 2010. – Vol. 14. – № 4. – P. 1481–1536. – P. 1484.

¹⁶ Case «*Aguirre v. City of Miami*» / Decision of the U.S. District Court for the Southern District of Florida of September 12, 2007 // <http://www.adasoutheast.org/ada/publications/legal/Aguirre_v_City_of_Miami.doc>.

¹⁷ *Ingram A.* Parsing the Reasonable Person: The Case of Self-Defense // *American Journal of Criminal Law*. – 2012. – Vol. 39. – № 3. – P. 101–120. – P. 117.

¹⁸ *Skelding A.* The Elusive Standard of Reasonableness? // *UK Law Student Review*. – 2015. – Vol. 3. – № 1. – P. 72–86. – P. 74.

¹⁹ *Vaughan v. Menlove* // <<http://www.casebriefs.com/blog/law/torts/torts-keyed-to-prosser/negligence/vaughan-v-menlove-2/>>.

осмотрительность, которой человек обычного благоразумия будет придерживаться»²⁰.

Сюзан Мэндиберг выделяет два основных способа применения судами стандарта поведения разумного человека: 1) в качестве способа выразить своё собственное мнение по соответствующим вопросам; 2) в целях моделирования ситуации с гипотетическим разумным человеком, уровень которого, как правило, будет выше уровня среднестатистического человека²¹.

4.2. Понятие разумного человека

В том числе, по той причине, что стандарт поведения разумного человека применяется, как уже указывалось выше, при рассмотрении дел в самых разных областях и к различным участникам процесса, в том числе, и к самим судьям, ожидаемо, что не существует общего универсального подхода к определению содержания данного стандарта.

По мнению Алана Миллера и Ронена Перри, стандарт поведения разумного человека – это правовой концепт, наполняемый различным содержанием²².

Имеют место дискуссии относительно того, необходимо ли определять стандарт поведения разумного человека в соответствии с нравственными принципами, либо же в соответствии с наблюдаемой практикой или восприятием²³.

Некоторыми исследователями отмечается, что общий характер, спецификации и пределы понятия разумного человека в принципе вытекают из основополагающих этических обязательств²⁴.

Однако где находятся пределы такой «разумности»?

Как отмечает Эрик Колвин, ни один человек не может соответствовать стандарту идеализированного разумного человека всё время, во всех аспектах своего поведения²⁵.

Эндрю Ингрэм выделяет следующие выработанные судами подходы к определению разумного человека: 1) определение в качестве разумного человека гипотетического среднестатистического человека; 2) определение в качестве разумного человека общественного идеала

²⁰ Skelding A. The Elusive Standard of Reasonableness? // UK Law Student Review. – 2015. – Vol. 3. – № 1. – P. 72–86. – P. 73.

²¹ Mandiberg S.F. Reasonable officers vs. reasonable lay persons in the Supreme Court's *Miranda* and Fourth amendment cases // Lewis & Clark Law Review. – 2010. – Vol. 14. – № 4. – P. 1481–1536. – P. 1485–1486.

²² Miller A.D., Perry R. The reasonable person // New York University Law Review. – 2012, May. – Vol. 87. – № 2. – P. 323–392. – P. 325.

²³ Skelding A. The Elusive Standard of Reasonableness? // UK Law Student Review. – 2015. – Vol. 3. – № 1. – P. 72–86. – P. 76.

²⁴ Miller A.D., Perry R. The reasonable person // New York University Law Review. – 2012, May. – Vol. 87. – № 2. – P. 323–392. – P. 327.

²⁵ Colvin E. Ordinary and reasonable people: The design of objective tests of criminal responsibility // <<https://core.ac.uk/download/pdf/46937853.pdf>>. – 24 p. – P. 5.

человека (и его поведения); 3) воплощение в поведении разумного человека объективного этического стандарта, то есть, этических принципов, не зависящих от общественного мнения²⁶.

По мнению Сюзан Мэндиберг, концепт разумного человека может использоваться тремя основными способами: в качестве косвенного доказательства фактического психического состояния человека; в качестве стандарта, отражающего то, как среднестатистический человек ведёт себя или смотрит на мир; или в качестве стандарта, который отражает тип поведения, которого немногие люди могут достичь²⁷.

В пользу подхода, в рамках которого под разумным человеком предполагается среднестатистический, не «идеальный» человек, говорит следующее.

В решении по делу «Штат Флорида против Бостика» от 20.06.1991 Верховным судом США было отмечено, что «разумный человек» предполагает невиновного человека²⁸.

Соответственно, в том случае, если речь идёт о среднестатистическом человеке, в тех ситуациях, когда среднестатистический человек будет слаб, смущён или слишком эмоционален, то и соответствующей тяжущейся стороне также будет позволено быть слабой или эмоциональной, в отличие от ситуации, когда в понятие поведения разумного человека закладывается иное²⁹.

Как указывает Эрик Колвин, в соответствии с принципом пропорциональности, при рассмотрении дел, связанных с совершением серьёзных правонарушений, не должны применяться идеалистические или сложные стандарты поведения, а лишь объективные и которые могут быть адаптированы к любым особенностям и обстоятельствам обвиняемого³⁰.

4.3. Поведение разумного человека

Одним из наиболее известных определений разумного поведения является определение, сформулированное с учётом определяемых затрат и выгод в результате такого поведения, и такое определение предполагает, что лицо действует неразумно, если делает меньше, чем предусматривает социально оптимальный уровень

²⁶ *Ingram A.* Parsing the Reasonable Person: The Case of Self-Defense // *American Journal of Criminal Law.* – 2012. – Vol. 39. – № 3. – P. 101–120.

²⁷ *Mandiberg S.F.* Reasonable officers vs. reasonable lay persons in the Supreme Court's *Miranda* and Fourth amendment cases // *Lewis & Clark Law Review.* – 2010. – Vol. 14. – № 4. – P. 1481–1536. – P. 1536.

²⁸ Case «Florida v. Bostick» / Decision of the Supreme Court of the United States of June 20, 1991 // <<https://www.law.cornell.edu/supremecourt/text/501/429>>.

²⁹ *Mandiberg S.F.* Reasonable officers vs. reasonable lay persons in the Supreme Court's *Miranda* and Fourth amendment cases // *Lewis & Clark Law Review.* – 2010. – Vol. 14. – № 4. – P. 1481–1536. – P. 1486.

³⁰ *Colvin E.* Ordinary and reasonable people: The design of objective tests of criminal responsibility // <<https://core.ac.uk/download/pdf/46937853.pdf>>. – 24 p. – P. 1.

осторожности. Целью применения такого стандарта судами является предотвращение неэффективного поведения со стороны потенциальных правонарушителей³¹.

Представляет также интерес, что при рассмотрении некоторых уголовных дел стандарт разумного человека, являющийся достаточно объективным, бывает дополнен субъективным элементом, что приводит к применению гибридного критерия: к примеру, в делах о превышении необходимой самообороны необходимо учитывать, во-первых, то, в чём был убеждён обвиняемый, совершая соответствующие действия, а, во-вторых, то, насколько его отношение к своим действиям соотносится с отношением, которое в такой ситуации возникло бы у разумного человека³².

4.4. Проблемы и трудности, связанные с применением стандарта поведения разумного человека

Широта применения рассматриваемого стандарта, а также отсутствие общепринятого определения поведения разумного человека неминуемо приводит к возникновению определённых трудностей, связанных с его применением. Так, например, критики применения данного концепта отмечают, что стандарт поведения разумного человека зачастую используется в качестве средства реализации судейского усмотрения, облечённого в несколько иную форму, и в качестве даже средства толкования правовой нормы дискриминационным образом (в силу невозможности выработки абсолютно универсального стандарта поведения разумного человека)³³.

Хуан Пабло Перес-Леон Асеведо отмечает, что, несмотря на то что данный стандарт является одним из наиболее важных концептов в американском уголовном праве, он всё же является достаточно абстрактным, поскольку не предусматривает точных или справедливых критериев оценки человеческого поведения³⁴.

По мнению Эндрю Ингрэма, одним из недостатков данного стандарта является его широта и абстрактность, которые оставляют слишком много свободы усмотрения суду³⁵.

Применение стандарта поведения разумного человека сопряжено с рядом трудностей, связанных также с тем, что, например, при определённых обстоятельствах судам приходится снижать этот

³¹ Miller A.D., Perry R. The reasonable person // *New York University Law Review*. – 2012, May. – Vol. 87. – № 2. – P. 323–392. – P. 328.

³² Pérez-León Acevedo J.P. The inconvenience of the reasonable person standard in criminal law // *Derecho PUCP*. – 2014. – № 73. – P. 505–509. – P. 507.

³³ Moran M. The reasonable person: A conceptual biography in comparative perspective // *Lewis & Clark Law Review*. – 2010. – Vol. 14. – № 4. – P. 1233–1283. – P. 1233, 1234.

³⁴ Pérez-León Acevedo J.P. The inconvenience of the reasonable person standard in criminal law // *Derecho PUCP*. – 2014. – № 73. – P. 505–509. – P. 506.

³⁵ Ingram A. Parsing the Reasonable Person: The Case of Self-Defense // *American Journal of Criminal Law*. – 2012. – Vol. 39. – № 3. – P. 101–120. – P. 117.

стандарт для того, чтобы избежать несправедливости. Например, если речь идёт о несовершеннолетнем, либо о лицах с ограниченными физическими или психическими возможностями³⁶.

Например, в решении по делу «Дж. Д.Б. против штата Северная Каролина» от 16.06.2011 Верховный суд США отметил, что даже если в деле, котором одной из сторон является ребёнок, к его действиям применяется стандарт поведения разумного человека, необходимо понимать, что «дети – это не взрослые», и это является важным обстоятельством, которое необходимо учитывать³⁷.

При этом Верховный суд штата Нью-Джерси в решении по делу «“Stuyvesant Associates” против Джона Доу» от 05.10.1987 № 534 A.2d 448, в котором подсудимый с шизофренией без уважительной причины сознательно пропустил назначенную ему очередную инъекцию лекарственного препарата, в результате чего в приступе психоза нанёс ущерб имуществу, отметил, что от разумного человека при тех же обстоятельствах можно было бы ожидать, что он будет получать инъекции в соответствии с графиком³⁸.

Известна и критика стандарта поведения разумного человека по поводу того, что, как правило, под таким человеком понимается человек определённой половой и расовой принадлежности, а также определённой социальной группы³⁹, что не позволяет ему быть действительно универсальным.

5. Заключение

Концепт стандарта поведения разумного человека, действительно, позволяет (несмотря на определённые его недостатки) более точно учитывать обстоятельства конкретного дела, если применимые нормы права сформулированы недостаточно конкретно, однако обладает рядом недостатков, связанных, главным образом, с отсутствием универсальных критериев разумности, а также консенсуса по поводу того, что именно входит в понятие «разумного человека». Но нет непреодолимых препятствий для того, что омологировать и адаптировать этот концепт под обсуждаемые условия.

Право на совершение определённых рискованных действий, обусловленных сложностью клинической ситуации, угрожающей гибелью пациента или непоправимыми последствиями для его здоровья, и

³⁶ Moran M. The reasonable person: A conceptual biography in comparative perspective // Lewis & Clark Law Review. – 2010. – Vol. 14. – № 4. – P. 1233–1283. – P. 1241–1242.

³⁷ Case «J. D. B. v. North Carolina» / Decision of the Supreme Court of the United States of June 16, 2011 // <<https://www.law.cornell.edu/supct/html/9-11121.ZO.html>>.

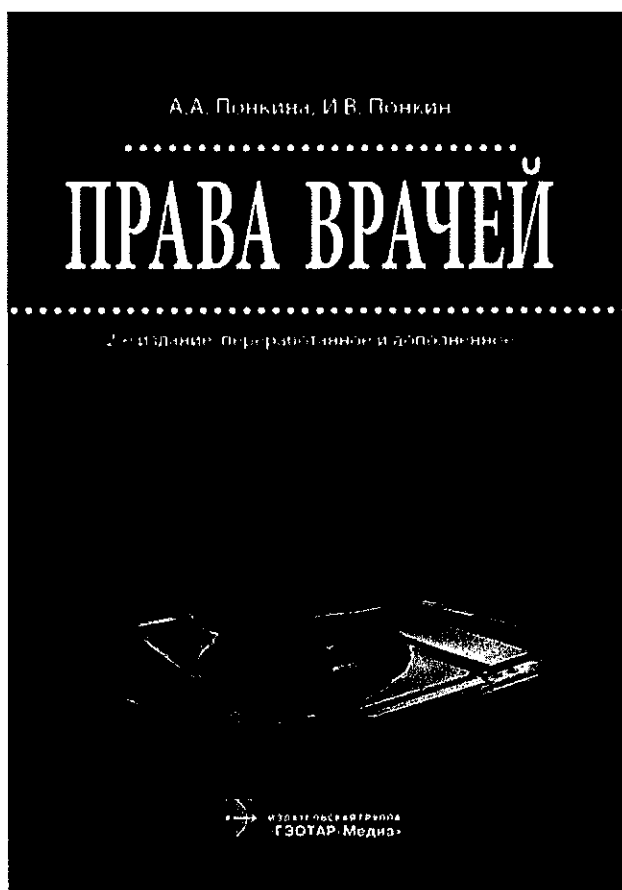
³⁸ Case «Stuyvesant Associates v. John Doe» / Decision of the Superior Court of New Jersey, Law Division Essex County, Special Civil Part of October 5, 1987 № 534 A.2d 448 // <<http://law.justia.com/cases/new-jersey/appellate-division-published/1987/221-n-j-super-340-0.html>>.

³⁹ См., например: Sperino S.F. Retaliation and the Reasonable Person // Florida Law Review. – 2015. – Vol. 67. – P. 2031–2080.

реализуемых в интересах пациента, должно быть чётко закреплено в законодательстве, но при этом право может быть и должно быть связано омологированным и законодательно разъяснённым стандартом поведения разумного человека.

Но прежде всего, все эти вопросы требуют серьёзного экспертного обсуждения, на стимулирование чего и направлена настоящая статья.

* * * * *



Увидело свет издание, посвящённое правам врачей:

Понкина А.А., Понкин И.В.
Права врачей. Издание 2-е, дополн. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 192 с. ISBN 978-5-9704-5082-6.

Издание посвящено важнейшему для сферы здравоохранения вопросу – правам врачей, на сегодня явно недооценённому и забытому. Отправная точка исследования: отсутствие должного баланса и комплементарности между правами пациентов и правами врачей, имеющийся перекос в сторону обязанностей медицинских работников не способствуют повышению качества и безопасности медицинской помощи, тем более в условиях сильнейших перегрузок медицинских

работников и крайне слабой их социальной и юридической защищённости. Представлена подробная раскладка элементов правового статуса врачей – профессиональных, трудовых, социальных и пенсионных прав этой профессиональной группы. По многим позициям проведены референции к закрепленным в российском и зарубежном законодательстве гарантиям. Подробно объяснены право врача на отказ от участия в осуществлении определённых медицинских вмешательств, право на отказ от ведения конкретного пациента. Описан и объяснён целый ряд других профессиональных прав врачей.

ОБОСНОВАННЫЙ РИСК В ПРОФЕССИИ ВРАЧА

Т. В. Семина, кандидат социологических наук,
начальник отдела кадров и юридического отдела
Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева

Аннотация В статье рассматривается профессиональный риск врача, связанный с родом трудовой деятельности и спецификой обстоятельств (обоснованного риска), при оказании медицинской помощи.

Ключевые слова: медицина, врач, пациент, обоснованный риск, медицинская помощь

BASED RISK THE MEDICAL PROFESSION

T. V. Semina.
Scientific Center of cardio-vascular surgery them A. N. Bakuleva

Annotation. The article deals with occupational hazard doctor associated with the native employment and specificity of circumstances (based risk), in health care.

Keywords: medicine, doctor, patient, reasonable risk, medical assistance

В последние годы формируются новейшие принципы правового регулирования в отрасли здравоохранения, важнейшей особенностью которых является контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

Так как основным объектом медицины выступает жизнь и здоровье человека, особую актуальность приобретает качество оказания медицинской помощи населению и меры к восстановлению нарушенных прав пациентов. Российское общество обеспокоено проблемами правоприменения профессиональной ошибки врача, правовым нигилизмом и низким уровнем правовых знаний у медицинских работников, что приводит к социально-юридическому конфликту интересов и судебным тяжбам.

С одной стороны, ненадлежащее оказание медицинской помощи напрямую связано с характерными признаками субъекта: низким профессиональным уровнем врача, безответственностью, халатностью, небрежностью, причинением смерти по неосторожности, совершенным вследствие ненадлежащего исполнения им профессиональных обязанностей.

С другой стороны, неблагоприятный результат бывает обусловлен условиями, когда медицинскому работнику нередко приходится действовать в ситуации повышенного риска, в которых пациенту причиняется вред здоровью или смерть. Ю. Д. Сергеев и А. А. Мохов считают, что «в медицине все активнее используются источники повышенной опасности (отдельные лекарственные средства, источники ионизирующего излучения, электрической энергии и пр.) ... возможность причинения вреда здоровью или жизни пациента при надлежащем исполнении своих обязанностей в силу рискованного характера медицинской деятельности, сложностью или невозможностью предвидения неблагоприятных исходов в медицинской практике» [1].

Обоснованный риск в медицинской деятельности заключается в том, что она связана со сложностью анатомии человека как объекта клинического исследования, изменчивостью физиологических параметров человеческого организма как открытой саморегулирующейся индивидуальной системы жизнедеятельности.

В медицинской практике профессиональные ошибки возникают в ситуациях, когда врач хотя и предвидел возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но не мог предотвратить эти ошибки [2], такие ошибки можно отнести к обоснованному риску.

Риск в медицинской деятельности признается обоснованным, когда теоретические данные медицинской науки обосновывают эту возможность, реальная ситуация при которой врачом были предприняты все возможные меры для предотвращения вреда жизни и здоровью пациента, а жизнь спасти не удалось, или избежать причинения вреда здоровью пациента. Возможность использовать право на риск гарантировано врачу, являющимся источником, порождающим опасность причинения вреда правоохранительным интересам пациента. Пункт 2 ст. 41 Уголовного кодекса Российской Федерации «Обоснованный риск» гласит «Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием), и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам» [3].

В комментируемой статье сформулированы условия, при которых признается, что риск был обоснованным, вследствие чего причинение вреда охраняемым интересам не считается преступлением, и данная цель не может быть достигнута действием (бездействием), не связанным с риском. Так как рискованные действия врача должны быть направлены на сохранение жизни и здоровья пациента, и риск правомерен только в том случае, если цель не могла быть достигнута нерискованным способом, и врач использовал эту возможность, не получив желаемого результата.

В отдельных случаях врач, решаясь на рискованное медицинское действие, ошибается в расчетах, и наступивший вред оказывается большим, чем мог бы быть при нерискованных действиях. Такой исход расценивается как превышение пределов обоснованного риска вследствие неосторожности в виде самонадеянности, за что может быть привлечен к уголовной ответственности при смягчающих вину обстоятельствах [4].

Следует так же отметить, что участвующая практика неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи вынуждает нас также признавать, что вред, причиняемый в ходе медицинских вмешательств, без сомнения, вызывает страдание больного, кроме этого больной человек испытывает нравственные страдания, ощущает неполноценность с другими членами общества, не позволяет использовать все блага доступные здоровым людям. Врачебные ошибки по вине чаще всего допускаются по причине недостаточного уровня профессионализма врача, небрежности или халатности в его действиях. И, тем не менее, причиненный здоровью пациента вред не всегда является условием наступления юридической ответственности. Из вышесказанного необходимо уточнить употребление в практике «врачебная ошибка».

«Врачебная ошибка» – понятие не правовое, а общемедицинское. Правосудие не знает такого вида правонарушений, а следовательно не использует понятие «врачебная ошибка», таким термином является «дефект оказания медицинской помощи» [5].

В российском законодательстве необходимо достаточно однозначно – конкретно и четко – определить и такие понятия, как: несчастный случай в медицине, ятрогения, обоснованный медицинский риск, непрогнозируемый отрицательный результат и др. Именно такими категориями апеллируют в отдельных случаях медицинские работники в качестве оснований, дающих «право» избежать ответственности за ненадлежащее исполнение медицинской услуги.

«Сегодня является насущной необходимостью развитие «медицинского права», имеющего огромное значение в становлении и развитии правовой науки. Оно включает в себя разноплановые вопросы, связанные со здравоохранением и медицинской деятельностью, которое, расширяя свои горизонты и овладевая новыми правовыми рубежами, трансформируется в процессе своего становления, видоизменяется, приобретая все большую многоаспектность, и тем самым убедительно аргументируя свою жизнеспособность, самостоятельность и научную аргументированность [6].

С целью защиты прав всех субъектов здравоохранения в заключение данной статьи следует внести следующие приоритетные направления и предложения (рис.).

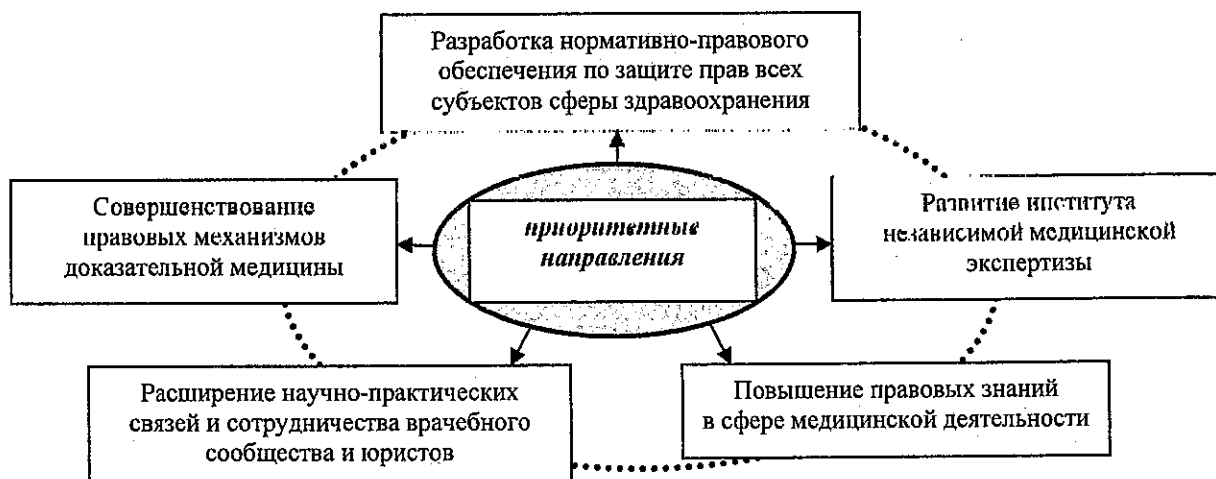


Рисунок. Приоритетные направления по защите прав субъектов здравоохранения

Литература

1. Сергеев Ю. Д., Мохов А. А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 285.
2. Юридический анализ профессиональных ошибок медицинских работников / В. В. Сергеев [и др.]. Самара: Сокол-Т, 2000. С. 56.
3. Ст. 41. Обоснованный риск: Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации (постатейный): 13-е изд-е, перераб. и доп. / отв. ред. В. М. Лебедев. М.: Юрайт, 2013.
4. Акопов В. И. Медицинское право: современное здравоохранение и право граждан на охрану здоровья. Ростов н/д: Феникс, 2012. С. 342.
5. Сашко С. Ю., Кочорова Л. В. Медицинское право: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 165.
6. Сергеев Ю. Д. Медицинское право. 3 т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 751.

ДЕФЕКТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ПРАВОВОЙ ФОРМАЛИЗАЦИИ ПОНЯТИЯ

И.В. ТИМОФЕЕВ

Тимофеев Игорь Владимирович, заслуженный работник высшей школы РФ, доктор медицинских наук, профессор, заместитель председателя Уставного суда Санкт-Петербурга, профессор кафедр патологической анатомии, общественного здоровья и экономики военного здравоохранения Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

В статье обсуждаются проблемы и пути правовой формализации понятия "дефект медицинской помощи", предлагается базовое организационно-медицинское и межотраслевое его определение. Показано, что дефект медицинской помощи должен иметь как общую дефиницию, так и особый состав в рамках каждой отрасли (конституционного, уголовного, гражданского и административного) права, нормы которого охватывают общественные отношения по поводу оказания медицинской помощи. При медико-организационном и правовом анализе необходимо отличать сущность дефекта медицинской помощи от его причины.

Ключевые слова: дефект медицинской помощи, причина дефекта медицинской помощи, правовое регулирование.

Medical Treatment Defect: Issues and Ways of Legal Formalization of the Concept

I.V. Timofeev

Timofeev Igor V., Honored Worker of Higher School of the Russian Federation, Doctor of Medicine, Professor, Deputy Presiding Judge of the Saint Petersburg Statutory Court, Professor of the Departments of Pathological Anatomy, Public Health and Military Healthcare Economics of the Military Medical Academy named after S.M. Kirov.

The article discusses the problems and ways of legal formalization of the concept of "medical care defect", suggests a basic organizational, medical and intersectoral definition. It is shown that the defect of medical care must have both a general definition and a special composition within the framework of each branch (constitutional, criminal, civil and administrative) law, the norms of which cover public relations regarding the provision of medical care. With medical-organizational and legal analysis it is necessary to distinguish the essence of the defect of medical care from its cause.

Key words: defect of medical care, the reason for the defect of medical care, legal regulation.

Издавна в медицинской практике случаи, когда при оказании медицинской помощи возникали осложнения или смерть пациента в результате каких-либо неправильных действий (бездействия) медицинского специалиста, рассматривались под углом зрения понятия о ее недостатках. Лингвистически это корректно, так как согласно словарю С.И. Ожегова под "дефектом" понимают изъян, недостаток <1>. Отсюда в отечественном здравоохранении для осуществления контрольной деятельности используется медико-организационный термин - "дефект медицинской помощи" (далее - Деф.МП), под которым понимается тот или иной недостаток медицинской помощи.

<1> Словарь русского языка / С.И. Ожегов; под общ. ред. проф. Л.И. Скворцова. 24-е изд., испр. М.: Оникс, 2008. С. 150.

На практике отечественного здравоохранения выявление и анализ Деф.МП обычно осуществляется при оценке медицинской помощи в конкретном случае ее оказания (неоказания) или при оценке деятельности медицинских организаций за определенный период времени. Обычно после установления самого факта Деф.МП выясняется его причина, т.е. обстоятельства, которые привели к возникновению недостатка медицинской помощи, и, как правило, по этим результатам могут проводиться профилактические мероприятия, направленные на предупреждение возникновения того или иного Деф.МП. Кроме врачей - организаторов здравоохранения, существенная роль в этой работе отводится патологоанатомической и судебно-медицинской службам <2>.

<2> Тимофеев И.В. Роль патологоанатомической службы в обеспечении и улучшении качества медицинской помощи (организационно-правовые аспекты) // Арх. патологии. 2015. N 2. С. 61 - 66; Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2017 году: Ежегодный доклад / Под ред. В.А. Клевно. М.: Изд-во Ассоциации судебно-медицинских экспертов, 2018. 172 с.

Начиная с 1980-х годов при столкновении с Деф.МП в рамках ежедневной деятельности патологоанатомической и судебно-медицинской служб достаточно часто у патологоанатома (судебно-медицинского эксперта) возникала неопределенность в классификации этих дефектов и установлении

их причин. Один из первых вопросов, который возникал у специалистов, - о роли и влиянии на неблагоприятный исход собственно хирургического вмешательства, особенно в условиях неадекватного наркоза. Для оценки патологического (травматического, болевого) воздействия хирургического лечения в тяжелых случаях нами использовалось понятие "операционный шок" как вариант травматического шока <3>. В дальнейшем нам неоднократно приходилось сталкиваться со случаями неадекватного, как правило, избыточного (передозировка), применения медицинских препаратов <4>. Было очевидно отсутствие умысла в таких действиях медицинских работников, поэтому их определяли в то время как "медицинскую ошибку". Этот термин хотя и не является правовым, но до сих пор широко применяется и в медицинской среде, и в юридической, при рассмотрении "медицинских" дел правоохранительными органами и судом. Мы же оценивали подобные случаи не как "медицинские ошибки", считая их погрешностями (нарушениями) при оказании медицинской помощи, а как недостатки медицинской помощи, т.е. Деф.МП, и не отождествляли эти понятия <5>. При этом рекомендовали коллегам в медико-организационном плане применять именно понятие Деф.МП и изучать его причины.

<3> Тимофеев И.В. Клинико-анатомический анализ терминального состояния, возникшего вследствие операционного шока // Труды Ленингр. науч. общества патологоанатомов. 1987. Вып. 28. С. 155 - 157.

<4> Тимофеев И.В. Ятрогенная гипергликемия при лечении концентрированными растворами глюкозы // Анестезиология и реаниматология. 1991. N 4. С. 72 - 73.

<5> Данный тезис адресуется как ответ А.П. Божченко, который в журнале "Медицинское право" N 3 (79), 2018 г. (с. 8) позволил себе некорректно сослаться по этому поводу на нашу работу "Качество медицинской помощи и безопасность пациентов: медико-организационные, правовые и деонтологические аспекты". СПб.: ДНК, 2014. 224 с.

Таким образом, отдельными вопросами при анализе Деф.МП является установление сущности недостатка и его причин. Среди этих причин, наряду с атипичным течением заболевания и другими объективными трудностями при оказании медицинской помощи, нередко выявляли нарушения при выполнении профессиональных действий (бездействия), которые, в свою очередь, были связаны, например, с некомпетентностью медицинского работника. Изучение и разбор таких случаев обычно проходит в рамках работы комиссий по изучению летальных исходов, иногда с последующим обсуждением на клинико-анатомической конференции и редко в режиме прокурорского реагирования или следственных действий.

Таким образом, мы всегда стояли на позиции, что при проведении анализа Деф.МП содержание недостатка медицинской помощи не нужно путать с его причинами, среди которых в том числе могут выступать различные нарушения в деятельности медицинского работника.

После вступления в силу Гражданского и Уголовного кодексов Российской Федерации (1994 - 1997 гг.) правовая оценка и судебно-медицинская практика оценки Деф.МП изменилась. Появилось правовое понятие "вред здоровью" и его применение в гражданском и уголовном праве. Судебно-медицинские эксперты стали исследовать Деф.МП в большей степени под углом зрения выявления нарушений оказания медицинской помощи (т.е. верификации его причин), базируясь на установлении степени вреда здоровью, наличия или отсутствия причинно-следственных связей между медицинским вмешательством (невмешательством) и вредом здоровью <6>. При этом правоохранители и суд в случаях с Деф.МП выясняли вопросы о надлежащем или ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей медицинским работником.

<6> Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Экспертно-правовые аспекты ненадлежащего оказания медицинской помощи // Медицинское право. 2014. № 6. С. 3 - 8.

В настоящее время при анализе причин Деф.МП и его связей с юридическими оценками конкретных случаев в повседневной практике применяется понятие "нарушение", которое, обобщая различные определения из словарей и иных источников, мы понимаем как действие или бездействие, противоречащее требованиям правовых норм, иных правил, обязательных к применению в конкретной области отношений, совершенное деликтоспособным лицом.

Еще в 1999 г. <7> мы указывали на то, что отсутствие общепринятой (медицинской и юридической) классификации Деф.МП затрудняет проведение медико-организационного и юридического анализа медицинских проблем, что является реальным тормозом развития отечественного здравоохранения. В 2001 <8> и 2002 <9> гг. мы вновь обратились к медицинскому и юридическому сообществу России с предложениями, направленными на совершенствование правового регулирования в целях улучшения лечебно-диагностического и экспертного процесса.

<7> Тимофеев И.В. Патология лечения (руководство для врачей) / Под ред. проф. Ю.Н. Шанина. СПб.: Северо-запад, 1999. 656 с.

<8> Тимофеев И.В. Правовая регламентация врачебных экспертиз (глава

в руководстве для врачей) // Правоведение. М.: ГЭОТАР-Мед., 2001. С. 127 - 171.

<9> Тимофеев И.В., Леонтьев О.В. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты. СПб.: ДНК, 2002. 80 с.

Однако, к сожалению, правовое регулирование этой области охраны здоровья пока еще несовершенно. Так, в п. 29 Порядка проведения патологоанатомического вскрытия <10> врачу, проводившему аутопсию, вменяется в обязанность выявлять дефекты оказания медицинской помощи. При этом правовое определение понятия "дефект оказания медицинской помощи" в этом порядке отсутствует. Кроме того, по нашему мнению, таким правовым регулированием может исключаться необходимость выявления других Деф.МП - дефектов неоказания медицинской помощи.

<10> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июля 2013 г. N 354н "О порядке проведения патологоанатомических вскрытий" // СПС "КонсультантПлюс"; http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_103821/.

Еще более неопределенная ситуация в правовом регулировании деятельности судебно-медицинской службы по выявлению Деф.МП. В Приказе Минздравсоцразвития России от 12 мая 2010 г. N 346н "Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации" <11> вообще отсутствуют нормы, регулирующие необходимость выявления Деф.МП в ходе судебно-медицинской экспертизы. Нет определения понятия Деф.МП также и в методических рекомендациях "Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи", утвержденных главным нештатным специалистом по судебно-медицинской экспертизе МЗ РФ А.В. Ковалевым. По нашему мнению, это во многом обусловлено отсутствием правового определения Деф.МП.

<11> Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 12 мая 2010 г. N 346н "Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации" // СПС "КонсультантПлюс". URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_103821/.

Однако анализ патологоанатомической и судебно-медицинской практик

показывает результативность деятельности этих служб в выявлении недостатков оказания медицинской помощи - Деф.МП, а также определении их причин, среди которых имеются различного рода нарушения профессиональной деятельности медицинского работника <12>.

<12> Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2017 году: Ежегодный доклад / Под ред. В.А. Клевно. М.: Изд-во ассоциации судебно-медицинских экспертов. 2018. 172 с.

В настоящее время в практическом здравоохранении понятие Деф.МП чаще всего применяется при осуществлении контроля медицинской помощи, в рамках обязательного медицинского страхования (далее - ОМС). Но при этом юридически оформленным понятие Деф.МП используется только для целей контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС и для неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи, уплаты медицинской организацией штрафов <13>. Приказом Федерального Фонда ОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 (подзаконным юридическим актом) закреплены определение и перечень Деф.МП и/или нарушений при оказании медицинской помощи. Тем самым объединены в одну смысловую конструкцию и Деф.МП, и их причины.

<13> Приказ ФФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (в ред. Приказа ФФОМС от 29 декабря 2015 г. N 130; в ред. Приказа ФФОМС от 22 февраля 2017 г. N 45) // СПС "КонсультантПлюс". URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_110198/.

При этом в п. 5.3 Приказа определяется, что в целях контроля осуществляется "предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и/или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и/или стандартов медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятия мер уполномоченными органами". Далее в Приказе определены три вида Деф.МП.

Первый - "это процессы, связанные с нарушениями условий оказания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке застрахованным

лицам (выявляются страховыми медицинскими организациями в случае несоблюдения медицинскими организациями положений законодательства Российской Федерации, порядков оказания медицинской помощи, договора на оказание и оплату медицинской помощи, регламентирующих данные условия (в том числе сроки и доступность плановой помощи, маршрутизации при наличии показаний к госпитализации), превышение установленного времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме".

Второй вид - "это дефекты, связанные с причинением вреда здоровью застрахованным лицам (при ухудшении состояния здоровья, выражающемся в телесных повреждениях, заболеваниях, патологических состояниях, возникших в результате действия механических, физических, химических, биологических, психических и иных факторов внешней среды, а также бездействии в том случае, если оно повлекло ухудшение состояния здоровья)".

Третий вид - "это дефекты оформления первичной медицинской документации, затрудняющие работу с документацией, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи и создающие невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи (выявляется страховой медицинской организацией при нарушении медицинской организацией правил оформления медицинской документации)".

Кроме того, в отдельную группу нарушений отнесены различные случаи: "врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками", "невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи или преждевременным с клинической точки зрения прекращением проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта...", "нарушения по вине медицинской организации преемственности в лечении, необоснованная или непрофильная госпитализация застрахованного лица...", "развитие ятрогенного заболевания...", "отсутствие объективных причин непредставления первичной документации...", "дефекты оформления первичной медицинской документации..." и др.

Однако, с нашей точки зрения, таким регулированием не только смешиваются понятия "дефект медицинской помощи" и "причина дефекта медицинской помощи", но и в основу разделения положены разноцелевые критерии. Это, естественно, запутывает и без того сложный процесс анализа

и квалификации недостатков медицинской помощи в отечественном здравоохранении. Не говоря о том, что "вину" устанавливает суд.

Других формализованных определений Деф.МП в правовом регулировании отечественного здравоохранения нет. Тем не менее с некоторой периодичностью и юристы, и медицинские специалисты предлагают закрепить это понятие также в связи с тем, что при рассмотрении так называемых "медицинских дел" нередко возникают вопросы о содержании недостатков в оказании медицинской помощи, что может быть использовано для юридической оценки действий (бездействия) медицинского работника.

Существенные правовые нововведения, отразившиеся на всей системе отечественного здравоохранения, а также на содержании, механизмах реализации, охраны и защиты конституционного права каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь, произошли вследствие вступления в силу Федеральных законов от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон N 326-ФЗ) <14> и от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон N 323-ФЗ) <15>.

<14> Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" // Собрание законодательства Российской Федерации. 2010. N 49. Ст. 6422.

<15> Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // СЗ РФ. 2011. N 48. Ст. 6724.

В законодательстве Российской Федерации впервые были введены такие принципы охраны здоровья в Федеральном законе N 323-ФЗ (п. п. 6, 7 ст. 4), как: "доступность и качество медицинской помощи" и "недопустимость отказа в оказании медицинской помощи". При этом характеристики "доступность" и "качество медицинской помощи" (далее - ДМП и КМП) объединены в одну конструкцию, тем самым введены в нормативно-правовую базу отечественного здравоохранения и медицинского страхования соответствующие правовые институты (совокупность правовых норм) ДМП и КМП. Сущностное значение указанных характеристик заключается в том, что если не обеспечиваются ДМП и КМП, то это ведет к ненадлежащей реализации соответствующего субъективного права. Результатом этого может быть фактическое негативное влияние на здоровье человека с причинением вреда здоровью и с возможностью получения инвалидности, вплоть до наступления летального исхода. При этом за неоказание или

ненадлежащее оказание медицинской помощи пациенту медицинский работник может нести уголовную, гражданско-правовую, административную и дисциплинарную ответственность.

С учетом изложенного можно сделать вывод о том, что в задачи правовой формализации терминов вообще и в том числе Деф.МП входит поиск ответа на ряд вопросов.

Во-первых, для чего необходима юридикация Деф.МП?

Данная необходимость очевидна и, с одной стороны, вытекает из высокой частоты встречаемости исследуемого явления в медицинской практике (в последнее время особенно отмечается рост числа выявляемых Деф.МП <16>).

<16> Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2017 году: Ежегодный доклад / Под ред. В.А. Клевно. М.: Изд-во Ассоциации судебно-медицинских экспертов, 2018. 172 с.

С другой стороны, то, что может быть еще более важным - это возможность его негативного влияния на здоровье пациента (причинение вреда или смерти) и, соответственно, на оценку медицинской помощи, в первую очередь ее доступности и качества. Таким образом, очевидно, что наличие Деф.МП в зависимости от его причины и степени негативного влияния на исход (причинение вреда здоровью или смерти) может приводить к возникновению юридической ответственности медицинской организации и медицинского работника, допустившего Деф.МП.

Кроме того, если в ходе судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомического исследования умерших и лиц, перенесших неблагоприятные последствия медицинских вмешательств или невмешательств, соответствующие медицинские специалисты выявляют тот или иной Деф.МП и его причину, это может быть использовано правоохранительными органами для объективизации юридической оценки и трактовки обстоятельств конкретного дела.

В этой связи необходимо на основе системного анализа правового регулирования здравоохранения, устанавливающего правовые гарантии конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь в виде ДМП и КМП, сформулировать общее определение Деф.МП для применения во всех отраслях права.

Во-вторых, какие признаки должны быть необходимыми и достаточными для однозначной трактовки понятия Деф.МП, а также какие

признаки при формулировании исследуемого понятия необходимо предложить как отличительные или, другими словами, как отделить Деф.МП от других явлений при оценке оказания медицинской помощи?

Это необходимо для понимания сущности понятия Деф.МП и с целью предупреждения дублирования его признаков в других понятиях, а также в связи с требованием формальной определенности и непротиворечивости юридических дефиниций.

Кроме того, Деф.МП должен иметь особенный состав в рамках каждой отрасли права (конституционного, уголовного, гражданского и административного). Например, в рамках уголовного права необходимо понимание того, что не все Деф.МП должны быть криминализированы, по-видимому, только те, которые несут общественную опасность. При этом, если, наоборот, расширить криминализацию понятия Деф.МП, то это может послужить тормозом в развитии медицины и здравоохранения. Можно вспомнить для примера из истории хотя бы законы "Хаммурапи", в результате которых в случаях наступления тяжких послеоперационных последствий применялись карательные санкции к медику, включая отсечение ему руки. После этого активное развитие медицины в Вавилонском государстве было фактически остановлено.

В-третьих, какое позитивное влияние может оказать юридическая формализация Деф.МП на отечественное здравоохранение?

Известно, что правовая формализация ключевых, на первый взгляд сугубо медицинских терминов, не только определяет гарантирование связанных правовых положений, но и, в свою очередь, способствует дальнейшему развитию самого здравоохранения.

В целом, по нашему мнению, необходимость юридического оформления понятия Деф.МП связана прежде всего с тем, что само понятие "медицинская помощь" закреплено на самом высоком правовом уровне - в Конституции Российской Федерации и является составной и обеспечивающей частью конституционного права каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также гарантирующего по отношению к этому праву закрепление в текущем законодательстве таких ключевых характеристик медицинской помощи, как доступность и качество (ст. 18 Федерального закона N 323-ФЗ). С учетом этого в настоящее время можно говорить о дефектах (недостатках) медицинской помощи, влияющих на доступность, и дефектах (недостатках), влияющих на качество медицинской помощи.

Также, в соответствии с действующим законодательством, определившим основные составляющие медицинской помощи (п. п. 4, 6, 7, 8 ст. 2 и п. 1 ст. 40 Федерального закона N 323-ФЗ), Деф.МП можно и следует подразделять на следующие группы:

- профилактики;
- диагностики;
- лечения;
- медицинской реабилитации;

и прочие дефекты (дефекты эвакуации и др.).

Кроме того, Деф.МП можно классифицировать по условиям оказания медицинской помощи. Так, с учетом положений ч. 3 ст. 32 главы 5 Федерального закона N 323-ФЗ медицинскую помощь в Российской Федерации оказывают в следующих условиях:

1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при эвакуации в медицинскую организацию);

2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника);

3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Таким образом, Деф.МП могут иметь место во время любого из четырех условий - периодов (этапов) или между ними: вне медицинской организации, в амбулаторном, в дневном стационарном и стационарном отделениях лечебного учреждения.

По нашему мнению, основанному на более чем 30-летнем опыте организационного и правового рассмотрения медицинских проблем в отечественном здравоохранении, а также современном понимании правового регулирования отечественного здравоохранения, под Деф.МП должен пониматься ее недостаток в виде действия или бездействия лица медицинского персонала, являющийся нарушением действующих руководящих документов (порядков оказания и стандартов медицинской помощи, клинических протоколов, правил, инструкций, руководств, положений, постановлений, директив, приказов) и выразившийся в неправильном оказании (неоказании) медицинской помощи (профилактике, диагностике, лечении и реабилитации) в определенный период времени и в конкретных условиях.

Это общее, можно сказать, базовое медицинское и межотраслевое

правовое определение понятия Деф.МП, которое в конкретной ситуации для получения правовой оценки имеет соответствующие особенности.

Для примера, при осуществлении уголовно-правовой оценки Деф.МП анализируется на наличие или отсутствие юридических признаков общественной опасности. При этом для оценки Деф.МП в качестве общественно опасного деяния используются такие признаки, как характер и степень общественной опасности <17>. Характер общественной опасности Деф.МП является качественной характеристикой и отражает значимость объекта посягательства - здоровье пациента. Степень общественной опасности признается количественной характеристикой посягательства и зависит от многих факторов. С учетом характера и степени общественной опасности, в том числе в зависимости от наличия или отсутствия неосторожной формы вины медицинского работника, степени вреда здоровью и причинно-следственной связи с причинением вреда здоровью или смерти, Деф.МП исключает или, наоборот, определяет возникновение различных видов юридической ответственности.

<17> Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации: В 4 т. / Отв. ред. В.М. Лебедев. Комментарий к статье 15. М.: Юрайт, 2017. Т. 1: Общая часть.

Но установление общественной опасности в Деф.МП относится к компетенции суда и фактически состоит в решении вопроса о наличии в деяниях (действиях или бездействии) медицинского работника состава преступления, предусмотренного Уголовным кодексом Российской Федерации, а также в определении размера наступивших последствий, способа совершения преступления, роли подсудимого в преступлении. Такое решение должно основываться на исследовании судом материалов дела и в том числе на судебно-медицинском заключении о наличии или отсутствии Деф.МП и его причине, степени вреда здоровью и наличии или отсутствии причинно-следственной связи по факту оказания или неоказания медицинской помощи.

В случае же отсутствия признаков общественной опасности Деф.МП не может рассматриваться как преступление, что, однако, не исключает возникновения по этому поводу отношений гражданско-правовой и иной предусмотренной законом ответственности. При этом в гражданско-правовом смысле Деф.МП может рассматриваться с учетом деликтной составляющей и т.д.

Таким образом, одной из ключевых юридических проблем, существенным образом снижающих эффективность медицинской помощи как социального и правового института в современной России, является не

только недостаточная терминологическая определенность, но иногда и полное отсутствие юридически закрепленного понятийного медицинского аппарата. Это прежде всего касается такого важнейшего понятия, как Деф.МП. Необходимость юридизации понятия Деф.МП как терминологического аппарата медицинской помощи является прямым следствием развития содержания конституционного права как права каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь, раскрытия в текущем законодательстве гарантирующих его характеристик в виде ДМП и КМП. Это будет свидетельствовать о дальнейшем формировании новых правовых институтов доступности и качества медицинской помощи. Тем не менее можно констатировать, что соответствующий терминологический аппарат находится в стадии формирования, что, на наш взгляд, свидетельствует об институализации рассматриваемой сферы правового регулирования, прежде всего ввиду учредительного воздействия конституционных положений о праве каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь (ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации), а также конкретизирующего и развивающего основные положения Конституции Российской Федерации текущего законодательства.

Литература

1. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации: В 4 т. Т. 1: Общая часть / Отв. ред. В.М. Лебедев. М.: Юрайт, 2018. 316 с.
 2. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2017 году: Ежегодный доклад / Под ред. В.А. Клевно. М.: Изд-во Ассоциации судебно-медицинских экспертов, 2018. 172 с.
 3. Сергеев Ю.Д. Экспертно-правовые аспекты ненадлежащего оказания медицинской помощи / Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеев // Медицинское право. 2014. N 6. С. 3 - 8.
 4. Словарь русского языка: около 53 000 слов / С.И. Ожегов; под общ. ред. Л.И. Скворцова. 24-е изд., испр. М.: Оникс, 2008. 638 с.
 5. Тимофеев И.В. Клинико-анатомический анализ терминального состояния, возникшего вследствие операционного шока / И.В. Тимофеев // Труды Ленинградского научного общества патологоанатомов. 1987. Вып. 28. С. 155 - 157.
 6. Тимофеев И.В. Патология лечения (руководство для врачей) / И.В. Тимофеев; под ред. проф. Ю.Н. Шанина. СПб.: Северо-запад, 1999. 656 с.
 7. Тимофеев И.В. Правовая регламентация врачебных экспертиз (глава в руководстве для врачей) / И.В. Тимофеев // Правоведение. М.: ГЭОТАР-Мед., 2001. С. 127 - 171.
 8. Тимофеев И.В. Роль патологоанатомической службы в обеспечении и улучшении качества медицинской помощи (организационно-правовые аспекты) / И.В. Тимофеев // Архив патологии. 2015. N 2. С. 61 - 66.
 9. Тимофеев И.В. Ятрогенная гипергликемия при лечении концентрированными растворами глюкозы / И.В. Тимофеев // Анестезиология и реаниматология. 1991. N 4. С. 72 - 73.
 10. Тимофеев И.В. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты / И.В. Тимофеев, О.В. Леонтьев. СПб.: ДНК, 2002. 80 с.
-



**СЛЕДСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(СК РОССИИ)**

saver@saversky.ru

Технический пер., д. 2,
г. Москва, Россия, 105005

01.08.2019 № 224-20-19

На № _____ от _____

Уважаемый Александр Владимирович!

По поручению Председателя Следственного комитета Российской Федерации рассмотрены Ваши предложения о декриминализации врачебных ошибок (деяний, совершенных при отсутствии умысла на ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей) и установлении административной ответственности за их совершение.

Под врачебной ошибкой, как правило, понимается добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, или результат атипичного течения заболевания либо недостаточности подготовки врача, если при этом не обнаруживаются элементов халатности или невнимательности. В отличие от проступка или преступления медицинского работника врачебная ошибка не может быть заранее предусмотрена и предотвращена врачом, она не является результатом его халатного отношения к своим обязанностям или следствием злоумышленного действия. В связи с этим в настоящее время врачебная ошибка не влечет уголовную ответственность, поскольку обязательным условием последней является наличие вины.

Кроме того, уголовно-наказуемы далеко не все виновные деяния. В большинстве случаев к таковым относятся только такие дефекты оказания медицинской помощи, которые повлекли смерть больного. Прежде всего, это деяния, предусмотренные частью 2 статьи 109 УК РФ. Тяжкие последствия и соответственно повышенная опасность обусловили необходимость их криминализации. Практике известны вопиющие факты врачебной халатности, вызвавшие широкий общественный резонанс, которые требовали адекватных мер воздействия, поэтому полностью исключить уголовную ответственность за такие проступки, как Вы справедливо отмечаете, нельзя. Предлагаемое установление умышленной формы вины к последствиям в виде смерти больного представляется весьма сомнительным решением, учитывая, что такие

ББ 0948876

Следственный комитет Российской
Федерации
№ОтНД-224/4-6372-19/11631

деяния будет правильнее квалифицировать как убийство. Данная правовая позиция, в частности, изложена в постановлении Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 23.04.1991 № 1 (аналогия с делами о нарушениях правил охраны труда и безопасности горных, строительных и иных работ в рассматриваемом случае вполне допустима ввиду схожести направленности умысла к неисполнению правил и к их последствиям).

Тем не менее, несмотря на известную распространенность вышеуказанных резонансных случаев, следователи ориентированы на обеспечение взвешенного подхода к оценке полученных доказательств и предъявление обвинения исключительно при установлении прямой причинно-следственной связи между врачебным браком и тяжкими негативными последствиями. Уголовное преследование в подавляющем большинстве случаев ведется без применения мер процессуального принуждения в отношении медицинских работников, во всяком случае, без ограничения их свободы.

Решение о направлении уголовного дела в суд принимается исключительно при наличии неопровержимых доказательств виновности лица. Судебные акты при этом отличаются относительной мягкостью наказания. Из 146 осужденных в 2017 году по части 2 статьи 109 УК РФ лиц только двое из них приговорены к лишению свободы, при этом на срок, не превышающий двух лет. В соотношении с общим числом медицинских работников даже тех узких специальностей, приводимых в Вашем обращении, этот показатель свидетельствует об отсутствии каких-либо признаков репрессивного подхода к юридической оценке проступков врачей со стороны правоохранительных органов. Люди иных профессий привлекаются к уголовной ответственности не реже врачей и фельдшеров, а зачастую и значительно чаще.

Полагаем, что беспокойство медицинских работников за необоснованное уголовное преследование, о котором Вы упоминаете, является в большей степени следствием их неинформированности о действительной ситуации в рассматриваемой сфере правоотношений, что усугубляет нередко преувеличенный средствами массовой информации ажиотаж вокруг отдельного факта. Высокая корпоративная сплоченность медицинского сообщества, остро реагирующего на привлечение к ответственности любого из его членов, также влияет на формирование предвзятого отношения к деятельности следственных органов Следственного комитета, которые, по сути, выполняют свои профессиональные обязанности и не могут игнорировать поступающие жалобы.

Для общей характеристики ситуации немаловажно, что в последнее время отмечается рост количества соответствующих сообщений пациентов и их

родственников. Только за 9 месяцев текущего года зарегистрировано 4 868 таких сообщений, что сопоставимо с их числом за весь 2016 год (4 947, 2015 год – 4 376).

Поток жалоб пропорционально увеличивает число возбужденных дел, что ведет к предсказуемому недовольству со стороны медицинского сообщества.

В действительности же, возбуждение уголовных дел – не средство для давления или запугивания врачей, почти всегда такое решение вызвано необходимостью установления наличия признаков состава преступления с использованием возможностей экспертных исследований качества оказанных медицинских услуг и проведения сложного комплекса следственных действий, производство которых невозможно в рамках процессуальной проверки. Таким способом обеспечивается соблюдение прав потерпевших. В Следственном комитете принимаются исчерпывающие меры для сохранения оптимального баланса прав всех участников уголовного судопроизводства. Однако, как известно, крайне редко результат удовлетворяет обе стороны конфликта.

С учетом высокого доверия граждан, все чаще обращающихся за помощью в Следственный комитет, следует признать, что принимаемые следствием меры являются в настоящее время наиболее эффективным механизмом восстановления социальной справедливости. Зачастую для потерпевших – это единственная возможность компенсировать свои моральные страдания, не вовлекаясь в сложные процедуры возмещения вреда в порядке гражданского судопроизводства.

Вместе с тем дифференциация ответственности медицинских организаций и их сотрудников является одним из перспективных направлений совершенствования законодательства в сфере противодействия рассматриваемым проступкам. В связи с этим Ваши предложения заслуживают внимания. Эффективные инструменты по привлечению к материальной ответственности юридических лиц могли бы повысить обеспеченность гарантий пострадавших на восстановление их прав.

Отметим, что законодателем ведется разработка соответствующих документов. В частности, в июне 2016 года в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации вносился законопроект «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части совершенствования административной ответственности в сфере здравоохранения». Помимо прочего в проекте предусмотрена административная ответственность медицинских организаций за нарушение установленных порядков оказания медицинской помощи. Однако по результатам рассмотрения в июле 2018 года законопроект отклонен. Его авторами не учтено, что у медицинских учреждений, финансируемых за

государственный счет, могут возникнуть трудности при выплате соответствующих штрафов ввиду отсутствия источника финансирования. Выявлены иные проблемы, требующие принципиальной проработки и комплексного решения с учетом сложной совокупности социально-экономических факторов. Таким образом, решение вопросов об административной, равно как и о гражданской ответственности за ненадлежащее исполнение обязанностей медицинскими работниками не выглядит столь однозначным. Меры по совершенствованию норм законодательства в этой сфере принимаются и актуализируются по ходу выявления проблемных аспектов.

Еще одним из наиболее перспективных путей по решению обозначенной проблематики является возвращение к работе над проектом закона «Об обязательном страховании ответственности медицинских работников». Внедрение обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников будет способствовать укреплению понимания собственной защищенности в равной степени как у самих медицинских работников, так и у пациентов. Следственный комитет ведет активную деятельность в направлении совершенствования норм законодательства в защиту не только прав пациентов, но в равной мере и медицинских работников, в том числе с учетом предложений отдельных граждан и институтов гражданского общества.

При реализации перечисленных законодательных инициатив необходимо четко определить правовые подходы к пониманию таких терминов, как «врачебная ошибка», «несчастный случай», «ятрогенное заболевание», «дефект оказания медицинской помощи», имеющих важнейшее значение в практике определения вины или невиновности медицинского работника при наступлении неблагоприятного исхода медицинского вмешательства. Ваше экспертное мнение по данному вопросу при наличии соответствующих предложений будет принято во внимание.

Выражаем Вам признательность за участие в регулировании важной отрасли правоотношений. Ваши предложения будут учтены в рамках осуществления законотворческой деятельности.

Старший инспектор четвертого отдела
управления контроля за следственными
органами Главного следственного управления



А.А. Симонов