Санкт-Петербургский Государственный Университет

Столяренко Артем Геннадьевич

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

МОНИТОРИНГ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ: ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

Уровень образования: магистратура

Направление 40.04.01 «Юриспруденция»

Основная образовательная программа

«Группа 21.М18-ю Программа Медицинское и фармацевтическое право»

Научный руководитель: кандидат юридических наук, доцент кафедры гражданского права Кратенко Максим Владимирович

Рецензент: главный врач, СПБГБУЗ «Детская городская больница №2 святой Марии Магдалины» Микава Автандил Георгиевич

Санкт-Петербург 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ……………………………………………………………………….4

ГЛАВА 1. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ: ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА…………………………………………………………….91.1. Неблагоприятный исход и смежные понятия (врачебная ошибка, случай и пр.) .......……………………………………………………………………….…...9

1.2. Врачебная ошибка как основание юридической ответственности: …......13

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1…………………………………………………………21

ГЛАВА 2. ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ (ИМУЩЕСТВЕННАЯ) ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ПАЦИЕНТУ КАК ФАКТОР СДЕРЖИВАНИЯ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК.....................................23

2.1. Субъекты ответственности и условия ответственности………………….23

2.2. Внесудебное урегулирование претензий пациентов: к вопросу о стимулах………………………………………………………………………….30

2.3. Перспективы страхования профессиональной ответственности………..35

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2………………………………………………………...40

ГЛАВА 3. АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ (СТРАХОВЫЕ, КОМПЕНСАЦИОННЫЕ) СХЕМЫ ВОЗМЕЩЕНИЯ ВРЕДА ПАЦИЕНТУ………………………………42

3.1. Основания и порядок выплаты компенсации пострадавшему пациенту.................................................................................................................42

3.2. Организация мониторинга неблагоприятных исходов на примере работы Финского центра страхования пациентов….......................................................47

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 3…………………………………………………………51

ГЛАВА 4. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ОМС: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ………………………………………………………………...54

4.1. Внутренний контроль качества и административный контроль (органами управления здравоохранения) ………………………………………………….54

4.2. Мониторинг неблагоприятных исходов внутри и вне системы ОМС: возможные варианты….........................................................................................60

4.3. Контроль качества медицинской помощи со стороны страховых медицинских организаций и страховщиков профессиональной ответственности ........................………………………......................................63

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 4………………………………………………………..68

ЗАКЛЮЧЕНИЕ…………………………………………………………………71

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ……………………………73

ВВЕДЕНИЕ

В настоящей выпускной квалификационной работе исследуются правовые аспекты мониторинга и предупреждения неблагоприятных исходов лечения. Работа основывается на анализе учебной и специальной литературы, презентаций, статистических данных, юридических и медицинских документов.

Роль медицины невозможно переоценить, однако медицинской деятельности присущ риск, который связан с рядом факторов: низкий уровень изученности ряда заболеваний, сложности своевременной диагностики, наличие индивидуальной реакции пациента на лекарственные препараты, особенности строения и генетических предрасположенностей. Такое многообразие факторов, при одних и тех же исходных показателях, может привести к совершенно разным сценариям: полному выздоровлению пациента, отсутствию какой-либо положительной динамики, либо ухудшению состояния здоровья. Медицина не относится к числу точных наук, вопреки стремительному развитию медицинских техник и технологий, происходящему в последние десятилетия. Создание идеальных условий   
для медицинского вмешательства не гарантирует положительный результат, что приводит к отсутствию удовлетворенности пациента эффектом лечения.

Высококвалифицированные врачи, несмотря на профессионализм, регулярную практику и повышение квалификации, не могут во всех случаях действовать безошибочно, в этом заключается сложность и риск данной профессии. В современном мире ошибка обычно ассоциируется с той или иной степенью вины. А вина традиционно подразумевает определённое наказание. Важно, что в медицине заблуждение при добросовестном оказании помощи больному, помощи, которая сопровождается желанием вылечить больного, – не должно быть наказуемо.

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что до недавних времен взаимоотношения врача и больного имели патерналистический характер, когда доверие к врачу пациент рассматривал как право врача принимать решение относительно вида и объема необходимого медицинского вмешательства. В настоящее время медицина основывается на сотрудничестве врача и пациента, и процесс лечения предполагает партнерские отношения. Необходимым предварительным условием каждого медицинского вмешательства является осознанная дача пациентом информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство - на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных альтернативных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Значительное место в современной медицине занимают врачебные ошибки и конфликтные ситуации. Современные реалии процесса оказания медицинской помощи и его правовое сопровождение беспокоит врачей,   
а также волнует различных специалистов, юристов, психологов, общественных деятелей, так как конфликты с пациентами и медицинские ошибки могут подвергнуть врача судебным разбирательствам, многочисленным проверкам, затмевая тому предшествующие успешные медицинские достижения.

Анализ результатов оказания медицинской помощи (далее - МП)   
на догоспитальном и госпитальном этапах выявил высокий уровень неблагоприятных исходов. Детальное изучение причин ненадлежащего лечения, в-первую очередь, направлено на повышение качества оказания МП   
и минимизации возникновения конфликтов между пациентами и врачами. Основания и пределы юридической ответственности медицинских работников за профессиональные нарушения является одной из самых ключевых проблем, которую медицинская практика поставила перед правом. Гражданско-правовая и уголовно-правовая оценка действий медицинских работников нередко осложнены спецификой профессиональной медицинской деятельности, основная цель которой заключается в необходимости оказания гражданам качественных медицинских услуг.

Сложность оказания медицинской помощи состоит в том, что у каждого отдельно взятого пациента имеются неизвестные и неконтролируемые индивидуальные особенности, которые могут спровоцировать врачебные ошибки.

Детальное и комплексное изучения уровня распространенности ненадлежащего оказания МП, профилактики правонарушений в медицинской практике, возможности разрешения конфликтов на внесудебном этапе, уровня правовой подготовки медицинских работников, а также механизмов возмещения вреда пациенту - это задачи, возникающие перед клиницистами, юристами и судебными медиками в связи с наличием случаев ненадлежащего оказания МП, повлекших причинение вреда жизни и здоровью пациентов.

Всемирная организация здравоохранения ставит цель - снижения количества ошибок до 9%. Мерами по сдерживанию роста числа ошибок в западных странах являются: работа врачей согласно клиническим рекомендациям, страхование профессиональных рисков, клинико- и патологоанатомические конференции. К перечисленным мерам, которые действуют и совершенствуются многие десятилетия, в последние годы добавились такие, как анонимные разборы ошибок, юридическая неприкосновенность при признании и сообщении об ошибке. В странах СНГ высокий процент ошибок связан с неразвитым страхованием профессиональной ответственности, заметным уменьшением патологоанатомических конференций, небольшим промежутком времени с момента внедрения клинических рекомендаций (протоколов).

Снижение медицинского травмирования - трудно достижимая цель, путь к которой лежит через анализ и обобщение уже допущенных врачебных ошибок, развитие страхования ответственности, следование утвержденным клиническим протоколам.

*Целью* настоящей работы является анализ существующих в мировой и российской практике юридических механизмов мониторинга и предупреждения неблагоприятных исходов лечения.

*Задачи* для реализации цели работы:

- определить причины и уровень распространенности неблагоприятных исходов лечения;

- проанализировать основания и условия юридической ответственности медицинских работников за профессиональные нарушения, выявить присущие ей сложности;

- исследовать альтернативные схемы возмещения вреда, причиненного при медицинском вмешательстве;

- оценить перспективы внедрения системы обязательного страхования профессиональной ответственности для медицинских работников;

- проанализировать существующую систему контроля качества медицинской помощи в рамках системы ОМС;

- предложить возможные изменения в законодательство о здравоохранении, а также процессуальное законодательство, направленные на выявление и профилактику врачебных ошибок.

Методы аналитического обзора литературы в области медицины и права использовались для решения выше поставленных задач.

*Организация исследования*. Исследование проводилось с ноября 2022 года по май 2023 года в два этапа. На первом этапе (в начале первого семестра) проводился теоретический анализ по выбранной теме. На втором этапе (со второго семестра) производился анализ мониторинга и предупреждения неблагоприятных исходов лечения в подготовленных материалах.

*Практическое значение* настоящей работы состоит в том, что материалы данной работы могут быть полезны для использования в медицинской и юридической деятельности, а также в обучении методикам предупреждения неблагоприятных исходов лечения.

Настоящая выпускная работа состоит из введения, четырех глав, которые сопровождаются выводами, заключения и списка литературы.

В главе 1 дается общая характеристика неблагоприятного исхода лечения, его соотношения с врачебной ошибкой и основаниями юридической ответственности медицинской организации или врача.

В главе 2 рассматривается гражданско-правовая (имущественная) ответственность за причинение вреда пациенту как фактор сдерживания врачебных ошибок и специфика процессов данного урегулирования.

Глава 3 посвящена альтернативным (страховым, компенсационным) схемах возмещения вреда пациентам, а также организации мониторинга неблагоприятных исходов в рамках этих альтернативных схем.

Глава 4 посвящена контролю качества медицинской помощи в рамках существующей системы ОМС и перспективам его совершенствования.

В заключении подводятся итоги работы.

**Глава 1. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ: ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**

**1.1. Неблагоприятный исход и смежные понятия (врачебная ошибка, случай и пр.)**

В настоящее время особенно актуально правовое регулирование медицинской деятельности. Не все медицинские вмешательства заканчиваются выздоровлением больного. Применение передовых приборов, оборудования, лекарств, а также руководство общепризнанного современной наукой способа лечения, не может полностью исключить причинениевреда здоровью, неблагоприятный исход может наступить и при использовании самых совершенных приборов или лекарств, возможность вреда реальна и в рамках применения признаваемого современной наукой способа лечения пациента. Поэтому необходима более четкая правовая регламентация последствий осложнений медицинского вмешательства, в том числе вызванных дефектами медицинской помощи. С этой целью необходимо провести разграничение между врачебной ошибкой и смежными категориями.

Неоказание помощи больному, халатное и небрежное отношение к своим обязанностям – такие действия классифицируются как профессиональные преступления.

Неблагоприятный итог лечения, связанный с добросовестным заблуждением врача, обычно считают врачебной ошибкой, а несчастный случай усматривают тогда, когда врач никак не мог предвидеть ошибку и предотвратить ее.[[1]](#footnote-1) Среди специалистов распространенно мнение, что врачебная ошибка является основанием для возмещения вреда, несчастный же случай не подразумевает ответственности врача.

Добросовестное заблуждение врача, которое не основано на халатности, небрежности и профессиональном невежестве, которое вытекает из определенных объективных условий, является основным критерием врачебной ошибки.[[2]](#footnote-2)

Существует разделение врачебных ошибок объективного и субъективного характера. Несовершенство науки, невозможность адекватных диагностических и лечебных действий являются объективными факторами. К субъективным факторам относят недостаточную квалификацию, отсутствие специальных методов исследований, дефекты сбора анамнеза и объективного обследования больного, дефекты клинического мышления. Большинство имеющихся на практике врачебных ошибок вызваны субъективными факторами.

Чаще всего, это ошибки в диагностике, выборе тактики или техники лечения, ошибки, вызванные некомпетентными действиями врача, его недостаточным образованием. Однако, если дефект в оказании медицинской помощи произошел ненамеренно, и врач никак не мог его предвидеть и предотвратить - то это уже несчастный случай. Таким образом, когда причиной неблагоприятного исхода лечебных мероприятий является действие непреодолимой силы, спрогнозировать которое врач не мог, и при этом в полном объеме и с должным профессионализмом выполнил все свои обязанности, можно с уверенностью утверждать, что произошел несчастный случай, за который врач не должен нести юридическую ответственность.[[3]](#footnote-3)

Несчастный случай или непредвиденный неблагоприятный исход в медицинской практике — это ситуации, которые хотя и возникают в процессе врачебных воздействий на организм пациента, но возникают независимо от них в связи с некими внешними обстоятельствами, которые не мог предвидеть врач.[[4]](#footnote-4)

Необычные симптомы часто встречающихся и тщательно изученных заболеваний могут произойти из-за атипичного течения заболевания или расположения органа, позднего обращения пациентов за врачебной помощью, приведшее к позднему проведению оперативного вмешательства в хирургической практике, несоблюдение самим пациентом рекомендаций врача, а также случаи самостоятельного изменения пациентами врачебных указаний. Все эти случаи, следует признать разновидностями несчастного случая, поскольку в подобных ситуациях в процесс врачевания, проходящий в соответствии со стандартами и обычной практикой оказания врачебной помощи, вторгся непредсказуемый - случайный фактор. Именно непредсказуемость отличает несчастный случай от прогнозируемого наступления неблагоприятного исхода в виде осложнения, обусловленного характером и тяжестью самого заболевания (травмы).[[5]](#footnote-5)

Таким образом, к несчастным случаям в медицинской практике можно отнести лишь такие неудачные исходы, при которых исключается возможность предвидеть последствия врачебных действий, когда неудачи в лечении не зависят от профессиональных действий медицинских работников, а связаны с атипичным течением заболевания, с индивидуальными особенностями организма, а иногда и с отсутствием элементарных условий для оказания экстренной медицинской помощи.

Причина несчастного случая, как правило, может заключаться в серьезности (необратимости) морфологических и функциональных изменений, вызываемых в организме самим заболеванием или травмой.

Соотношение понятий «врачебная ошибка» и «несчастный случай» можно провести на основе нескольких критериев.

1. С точки зрения субъективной стороны при несчастном случае, вредные последствия нельзя заранее предвидеть даже при самом добросовестном соблюдении медицинским персоналом всех требований по уходу и стандартов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. Врачебная ошибка означает, что неблагоприятные последствия действий (бездействия) медперсонала можно было предвидеть при должном уровне соблюдения стандартных технологий, должном уровне внимания к начальным проявлениям осложнений. Действия медицинских работников, приведшие к вредным последствиям для пациента, могут квалифицироваться как врачебная ошибка только при неосторожной форме вины.

2. С точки зрения объективной стороны, деяния медицинских работников, которые надлежит квалифицировать как несчастный случай, – не обладают признаком противоправности, поскольку врач или медсестра полностью соблюдали все стандарты и клинические рекомендации проведения диагностики и лечения, но в силу непредвиденных обстоятельств неблагоприятные последствия все же наступили. Врачебная ошибка, предполагает несоблюдение или неполное соблюдение установленных требований при проведении медицинских процедур в силу объективных или субъективных причин.[[6]](#footnote-6)

Если врачебная ошибка отражает недостатки в профессиональной деятельности врача, то несчастный случай – это неблагоприятные последствия диагностики и лечения, соответствующих установленным стандартам. Содержание понятия "неблагоприятный исход лечения" характеризуется целым рядом качественных и количественных параметров, в своей совокупности определяющих прогноз для пациента в отношении продолжительности дальнейшей жизни, профессиональной пригодности, социальной адаптированности, степени зависимости от медицинской помощи в будущем.[[7]](#footnote-7)

Важным аспектом является организация работы, основывающейся на системном подходе к мониторированию, измерению, выявлению и устранению неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи, которые возникают как по вине медицинских работников, так и в результате несчастных случаев. Данная работа необходима для эффективного управления рисками, возникающими при оказании медицинской помощи, повышения безопасности пациентов в системе здравоохранения.

По результатам данного мониторинга должны быть проведены клинические разборы в рамках врачебных комиссий по контролю качества и безопасности медицинской деятельности. Необходимо создание базы данных о несчастных случаях, с целью предотвращения вреда здоровью пациентов, а также исполнения и развития законодательства о здравоохранении. Необходимо, чтобы полученная информация использовалась в обучающих программах учебных заведений высшего профессионального и дополнительного профессионального образования.

**1.2 Врачебная ошибка исход как основание юридической ответственности**

Сложность медицинской деятельности характеризуется проблемой определения условий, при наличии которых на медицинскую организацию (частнопрактикующего врача) за ухудшение состояния здоровья пациента может быть возложена ответственность. Важным является вопрос: в каких случаях можно говорить о противоправном причинении вреда здоровью пациента, а в каких - о неизбежных последствиях сложной и рискованной операции, направленной на предотвращение смерти или иных серьезных осложнений?

Во врачебной практике могут иметь место случаи неблагоприятного исхода лечебного процесса, за которые специалист привлекается к ответственности (уголовной, административной или дисциплинарной). Оценка результатов деятельности медицинских работников проводится индивидуально с учетом конкретных обстоятельств клинического случая.

Первоочередным этапом необходимо установить причину, по которой врач допустил ошибку, действовал неправильно или бездействовал, когда происходит оценка неблагоприятных исходов. В процессе экспертного анализа клинического случая причинения медицинскими работниками вреда здоровью пациента важно оценить ситуацию с точки зрения возможности того, что неблагоприятный исход лечения мог быть закономерным, связанным с определенными особенностями развития заболевания или травмы при осуществлении лечебно-диагностического процесса. Несчастный случай следует квалифицировать случаи с неблагоприятными исходами, которые обусловлены объективными и непредотвратимыми обстоятельствами. В подобной ситуации деяния врачебного персонала могут быть адекватными или неадекватными характеру патологии, однако между этими деяниями и неблагоприятным исходом причинная связь отсутствует.

Каждый отдельный случай должен быть тщательно и детально рассмотрен и проанализирован, т.к. в результате совершения врачебной ошибки юридические последствия могут быть разными. Каждый случай врачебной ошибки подлежит детальному рассмотрению и изучению, в первую очередь, для предупреждения возможности ее повторения.

Важно отметить, что для привлечения к гражданской ответственности медицинского работника необходимо - неправильное действие или бездействие, не являющееся следствием его недобросовестности и не содержащее признаков состава преступления.

На степень ответственности влияет тяжесть причиненного вреда. Важно определить основания каждого случая и пределы ответственности. Необходимо разграничивать преступление по неосторожности от несчастных случаев и ошибок, за которые уголовная ответственность врачей не предусматривается.

Вина – обязательный и основной признак субъективной стороны преступления. Без вины не может быть состава преступления, а, следовательно, и уголовной ответственности.[[8]](#footnote-8)

В судебных делах, рассматриваемых в порядке гражданско-правового судопроизводства, связанных с производством медицинских услуг, сопровождающихся неблагоприятным исходом, иски от пострадавших пациентов подаются не лично к врачу, а к медицинской организации, которая выступает в процессе в качестве ответчика. Работодатель (медицинская организация) может, согласно Трудовому кодексу РФ (ст. 241, 243) взыскать в регрессном порядке сумму ущерба с допустившего дефект медицинского работника.[[9]](#footnote-9)

Отличительной чертой уголовных дел по сравнению с гражданскими является назначение наказания непосредственно медицинскому работнику, который допустил ошибку (небрежность) при оказании медицинской помощи, квалифицированную судом в качестве уголовно-наказуемого деяния. После фиксирования дефектов оказания медицинской помощи необходимо устанавливать причинную связь между ними и наступившими последствиями в виде вреда здоровью или гибели человека, равно как и факт проявленной профессиональной небрежности или легкомыслия.[[10]](#footnote-10) Важно отметить, что при установлении прямой причинно-следственной связи требуется применения мер уголовной ответственности, однако если неблагоприятный исход лечения вызван иными обстоятельствами, такая необходимость отсутствует.

На сегодняшний день Уголовный кодекс Российской Федерации не содержит специальной нормы, посвященной основаниям уголовной ответственности медицинских работников, причинивших вред жизни и здоровью пациентов вследствие допущенных ошибок и упущений (халатности, небрежности) при осуществлении профессиональной деятельности.

Анализ имеющейся судебной практики показывает, что чаще других возбуждают и расследуют так называемые «врачебные дела» по следующим трем статьям УК РФ:

1. часть 2 ст. 109 (причинение смерти по неосторожности);

2. часть 2 ст. 118 (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности);

3. ст. 238 (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей).[[11]](#footnote-11)

В последние годы ст. 238 УК РФ «вышла в лидеры», оставив позади два указанных выше состава преступления.

Преступления, предусмотренные ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ, отнесены к категории небольшой тяжести, в то время как преступление, предусмотренное п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ, – тяжкое (так как оно не неосторожное, а характеризуется «двойной» формой вины, поэтому в целом признается умышленным). Для точной квалификации необходимо определение того, в каких случаях деяние медицинского работника является медицинской услугой, не отвечающей требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, а в каких – ненадлежащим исполнением им своих профессиональных обязанностей. Существенная проблема - это отсутствие единообразия в текущей судебная практика по представленным статьям Уголовного кодекса РФ и наличие больших сложностей в квалификации для следователей.

В настоящий момент Союз медицинского сообщества «Национальная Медицинская Палата» и Следственный Комитет РФ рассматривают вопрос подготовки предложений о внесении в Уголовный кодекс Российской Федерации изменений, касающихся установления специальных норм ответственности медицинских работников в профессиональной деятельности (введением ст. 124.1 «Ненадлежащее оказание медицинской помощи»). В отличие от действующих норм УК РФ, предложенная статья содержит указание на субъект преступления – медицинского работника и форму вины. Совершенствование правоприменительной практики основная цель разработки специальной статьи, которая позволит, с одной стороны, добиться исключения случаев необоснованного привлечения врачей к уголовной ответственности, с другой — более эффективно защищать права пациентов от возможных неквалифицированных действий медицинских работников.[[12]](#footnote-12)

Обратной стороной медали является потеря баланса между риском и пользой для пациента, происходящая вследствие избыточной криминализации врачебных ошибок, а также требования общественности ужесточить ответственность врача. Негативным результатом является страх медицинских работников оказаться под следствием за исполнение своих повседневных обязанностей, который приводит к развитию феномена оборонительной медицины – когда врач в своих действиях начинает руководствоваться не собственными убеждениями и интересами пациента, а советами адвоката: лишь бы лечение было безукоризненно с юридической точки зрения, насколько оно эффективно с клинической точки зрения – вопрос второстепенный.

Согласно зарубежным исследованиям, у государства нет жесткого императива преследовать в уголовном порядке медицинских работников, допустивших небрежность при оказании медицинской помощи, если это не повлекло тяжких последствий. Гораздо важнее, чтобы государство имело правовой механизм, обеспечивающий эффективную и достаточную защиту прав пациентов посредством гражданского права.[[13]](#footnote-13)

Долгое время было распространено мнение, что персональная ответственность медиков (угроза уголовного преследования) понуждала их к качественному оказанию медицинской помощи, в связи с чем в отечественной правовой системе уголовная ответственность медицинских работников преобладала над гражданской. В гражданских исках юридическое лицо возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей (ст. 1068 ГК РФ).[[14]](#footnote-14) Таким образом слабый внутренний контроль, ответственность учреждения за деятельность своих сотрудников, неразвитая система регрессных исков являлись слабым стимулом для качественной профессиональной деятельности медицинских работников.

В настоящее время наблюдается тенденция преобладания гражданских исков над количеством уголовных дел. Удовлетворяя имущественные претензии пациентов или их родственников, медицинские организации будут более тщательно и пристально контролировать своих сотрудников, усилят внутренний контроль качества оказания медицинской помощи. Уровень личной ответственности медицинских работников за результат своей профессиональной деятельности может быть повышен и за счет применения регрессных исков (ст. 1081 ГК РФ) медицинских организаций к сотрудникам, которые ненадлежащим образом выполняют свои профессиональные и трудовые обязанности. Результатом может стать снижение количества неблагоприятных исходов, вызванных субъективными причинами.[[15]](#footnote-15)

Уголовная ответственность, применяемая к работникам медицинской сферы, ставит под сомнение основополагающие цели наказания, а именно исправление субъекта преступления и предупреждение совершения им новых преступлений. Уголовное наказание должно быть применено к врачу только за крайне небрежное, явно безответственное и грубое невыполнение обязанностей, повлекшее смерть пациента или серьезное ухудшение его здоровья.

Наличие большего числа гражданских исков к медицинским организациям является мощным толчком к скорейшему законодательному закреплению и внедрению в практику страхования профессиональной ответственности субъектов медицинской деятельности, так как в настоящее время у государственных медицинских организаций отсутствуют статьи расходов на исполнение обязательств по взысканию.

Зарубежный опыт:

За рубежом широкое распространение получило правило, по которому признание медицинским работником допущенной ошибки, отражение ее в соответствующей отчетности освобождает виновного от дисциплинарной ответственности при отсутствии признаков халатности или умысла на причинение вреда пациенту.

Американскими исследователями предложено правило, согласно которому раскрытие информации о причинах неблагоприятного исхода влечет существенное уменьшение размера возмещения за причиненный вред в случае сообщения пациенту причин неблагоприятного исхода. Кроме того, более двух третей штатов США уже приняли законы, исключающие возможность использования в судебном процессе информации, полученной пациентом при официальном извинении медицинской организации и конкретного специалиста за допущенную ошибку.

Анализ зарубежной практики представлен на примере программы Мичиганского университета.[[16]](#footnote-16)

Программа была разработана как часть комплексной инициативы по улучшению качества, одним из компонентов которой является механизм компенсации ущерба пациентам, пострадавшим от необоснованного лечения. Программа также имеет цель - снижение расходов университета на урегулирование споров с пациентами. Она позволяет избежать судебных издержек, поскольку, когда университет производит выплаты в рамках программы (которые, предположительно, ниже тех, которые были бы присуждены в суде), эти выплаты обычно основываются на получении полного отказа пациента от потенциальных судебных исков. Тем не менее, экономия средств не является конечной целью программы. Руководители программы надеются, что, создав среду, в которой врачи не наказываются за свои ошибки и поощряются за их открытое обсуждение, они будут стремиться к выбору стратегий по предотвращению подобных ошибок в будущем. В рамках программы предпринимаются попытки заверить провайдеров медицинских услуг в том, что раскрытие информации не приведет к юридическим или организационным санкциям, а также проводится комплекс мероприятий направленных (в том числе путем проведения семинаров, лекций) на изменение негативного отношения к раскрытию и обсуждению профессиональных ошибок. В конечном счете, вся программа основана на идее, что честность является первой предпосылкой для повышения безопасности пациентов.

Программа Мичиганского университета может, таким образом, удовлетворить две цели деликтной ответственности – компенсацию причиненного вреда и предупреждение ошибок - без вмешательства судов. Программа также может сэкономить средства. После введения программы больница сократила резерв денежных средств на страхование от недобросовестной практики с 70 до 13 миллионов долларов.

Как отмечают руководители Мичиганской программы, препятствием для раскрытия информации и извинений является опасение медицинских работников, что их заявления будут использованы как признание вины в судебном процессе. Существует противоречие между моральным долгом раскрыть ошибку пациенту и желанием защитить себя от юридических последствий такого признания. Для устойчивого развития в направлении предупреждения профессиональных ошибок законодатель должен стимулировать раскрытие информации о неблагоприятных исходах, путем поощрения добровольного сообщения о медицинских ошибках, а также создания программы предоставления «иммунитета» учреждениям здравоохранения, чтобы данная информация не использовалась в качестве доказательств в суде. На государственном уровне разработка проведения анализа и принятия превентивных мер.

Сдвиг в культуре, которому способствует программа, помогает поставщикам услуг осознать, что признание ошибки является неотъемлемым вкладом в долгосрочное улучшение качества.

**ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1**

Понятие «врачебная ошибка» не закреплено в нормативных документах, однако это не снимает ответственности с медицинских работников.

Результаты анализа неблагоприятных исходов должны использоваться как в учебных целях, так и на практике для повышения качества медицинских услуг.

Не обращаясь к негативному опыту, связанному с врачебными ошибками, общество не выявляет не только само неправильное действие, но и механизм неправильного умозаключения, обусловливающего это неправильное действие. В будущем в подобной ситуации неустановленные ошибочные рассуждения и действия могут автоматически повторяться.

В медицине учиться только на личных ошибках неэффективно с точки зрения временных и финансовых ресурсов, а изучение чужих ошибок может предотвратить часть собственных.

Выявление ошибки является первым шагом к превращению негативного опыта в полезный профессиональный опыт. Следующий шаг - установить действительные причины и механизмы ошибки. Завершающим является анализ ошибки с констатацией его причины и механизма. Нередко, признавая очевидную ошибку, врач пытается сохранить достоинство, отрицая все, что ретроспективно могло бы помочь избежать ошибки в данном случае, а это не дает шансов установить механизм своей ошибки и гарантировать исключение подобной ошибки в будущем. Без опыта коллективного открытого обсуждения ошибок нередко сложно самостоятельно разобрать ошибку до механизмов ее возникновения.

В проблеме ошибок врачей много сложных аспектов, главными из которых являются признание, анализ ошибок и обучение на них. Данные аспекты выступают основными аргументами необходимости разработки, внедрения и совершенствования клинических протоколов (КП).

За неблагоприятный исход, связанный с врачебной ошибкой, лечебного процесса медицинская организация или специалист привлекается к ответственности (уголовной или гражданско-правовой).

Уголовная ответственность воздействует непосредственно и прямо на личность преступника, даже если при этом наказание сопровождается ограничением его личных имущественных прав. Уголовное судопроизводство обеспечивает установление объективной истины по делу и наказание действительно виновных.

Гражданско-правовая ответственность предусмотрена за нарушение договорных обязательств или за причинение внедоговорного имущественного ущерба. Она имеет свои специфические черты, наиболее характерные санкции здесь сводятся к возмещению правонарушителем имущественного вреда и восстановлению нарушенного права. Закон предусматривает также возможность взыскания с виновного в нарушении договорных обязательств неустойки в виде штрафа или пени, и в этом проявляется ее компенсационный, правовосстановительный характер.

**Глава 2. ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ (ИМУЩЕСТВЕННАЯ) ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ПАЦИЕНТУ КАК ФАКТОР СДЕРЖИВАНИЯ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК**

**2.1. Субъекты ответственности и условия ответственности. Процессуальные проблемы доказывания**

В соответствии с ч. 2 ст. 98 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» за причинение вреда жизни и здоровью при оказании медицинской помощи медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

Гражданско-правовая ответственность участников медицинских услуг, как институт гражданского права, возникает при ненадлежащем оказании медицинской помощи.

Традиционно различают договорную и внедоговорную гражданско-правовую ответственность. Договорная ответственность наступает при нарушении прав и обязанностей, которые стороны договора установили для себя сами. Внедоговорная ответственность (так называемая деликтная ответственность) наступает в случаях причинения вреда, связанного с нарушением абсолютных имущественных и неимущественных благ потерпевшего, которые принадлежат ему не в силу договора, а в силу закона.[[17]](#footnote-17)

Если рассматривать в целом, то в медицинской деятельности больше доля внедоговорной ответственности, под которой понимают ответственностью за вред, причинённый жизни и здоровью в результате медицинского вмешательства. Согласно ст. 1068 ГК РФ ответственность за своего работника несет работодатель, т.е. юридическое лицо (медицинская организация), в котором трудится медицинский работник. В гражданском праве всякий вред следует считать противоправным, степень тяжести вреда не имеет значения для наступления гражданско-правовой ответственности, таким образом тяжесть будет лишь учитываться при определении размера компенсации морального вреда.

К основным условиям наступления гражданско-правовой ответственности относят:

− противоправный характер поведения, выраженный в форме действия или бездействия медицинской организации (персонала медицинской организации);

− наличие вреда у гражданина (пациента), который выражен в материальной и моральной форме;[[18]](#footnote-18)

− наличие причинно-следственной связи между противоправным деянием и наступившим вредом, который был нанесен вследствие медицинской ошибки;

− вина причинителя вреда (в форме умысла или неосторожности).

1) Вред (его наличие) является непременным, обязательным основанием гражданско-правовой ответственности. При отсутствии вреда вопрос о гражданско-правовой (в частности, деликтной) ответственности возникнуть не может.

Согласно п.1 ст. 1064 ГК РФ вред может быть причинен непосредственно личности или имуществу. Нарушение имущественной сферы потерпевшего лица – это имущественный вред. Он делится на реальный ущерб (те расходы, которые потерпевший произвел или должен произвести для восстановления нарушенного права) и упущенную выгоду (те имущественные блага, которыми потерпевшая сторона могла бы обладать при обычном течении обстоятельств). Примером реального ущерба являются расходы на приобретение лекарственных средств, специальных средств ухода, дополнительное питание, посторонний уход, санаторно-курортное лечение и т.д. Как правило, упущенная выгода измеряется суммой заработной платы, которую потерпевший получил бы, если бы вред его здоровью не был бы причинен. Существует иной вариант расчета имущественного вреда, заключающегося в отклонении между материальным положением потерпевшего до причинения вреда и после.

Важно отметить, что независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда взыскивается неимущественный, а степень физических и нравственных страданий потерпевшего выступает в качестве критериев определения размера компенсации.

2) Противоправное поведение может выражаться как в активных действиях, так и бездействием медицинского работника, которое привело к причинению вреда пациенту. Противоправное бездействие заключается в не совершении тех действий, которые работники медицинского учреждения обязаны были совершить в силу своих профессиональных обязанностей. Противоправность действия (бездействия) медицинских учреждений (работников) является нарушением нормы закона или иного нормативного акта (инструкций, приказов), регулирующих медицинскую деятельность, или условий договора. Решение вопроса противоправности поведения в медицинской деятельности.

3) Наличие причинной связи между противоправным деянием и наступившим вредом также важное условие наступления ответственности медицинского учреждения. Вопрос о наличии или отсутствии причинной связи как таковой необходимо решать с правовой точки зрения. Причинная связь должна устанавливаться правоприменителем в результате оценки всех доказательств по делу, одним из которых является заключение экспертов-медиков.

Различают прямую и косвенную причинную связь. Судебная практика в делах о правонарушениях в сфере медицины, в гражданских делах, отходит от признания лишь прямой причинной связи обязательным условием привлечения медицинской организации к ответственности. Применительно к дефектам медицинской помощи характер юридически значимой может приобрести также косвенная причинная связь.

Решение Карасукского районного суда Новосибирской области от 11 декабря 2019 года по делу N 2-128/2019.

Несмотря на отсутствие прямой причинной связи между выявленными дефектами и наступившим неблагоприятным исходом, иск о взыскании компенсации морального вреда удовлетворен. Дефекты, допущенные при оказании медицинской услуги, были квалифицированы судом как "условия, которые стали причиной, не позволившей изменить характер течения патологического процесса".

Согласно определению Верховного Суда (ВС) РФ от 18.02.2019 N 71-КГ18-12 - основанием для удовлетворения иска потерпевшего (его родственников) о компенсации морального вреда являются даже те ошибки в действиях медицинских работников, влияние которых на прогрессирование заболевания или смерть пациента не установлено. Верховный Суд Российской Федерации определил: “при нарушении законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, стандартов и порядков оказания медицинской помощи необходимо принимать во внимание сам факт наличия причинной связи, в том числе опосредованной (косвенной) между нарушениями медицинских работников и неблагоприятными последствиями.”

4) Четвертым условием возложения гражданско-правовой ответственности при причинении вреда является вина причинителя вреда (медицинского работника, медицинского учреждения). Согласно п. 1 ст. 401 ГК РФ лицо, не исполнившее обязательство, либо исполнившее его ненадлежащим образом, несет ответственность за вину. Также нормой этой статьи, определены условия, при которых вина отсутствует: если при той степени заботливости и осмотрительности, какая требовалась по характеру обязательства и требованиям правовых норм, лицо приняло все меры для надлежащего исполнения обязательств. Любое виновное причинение вреда влечет его возмещение, в соответствии с наступлением гражданско-правовой ответственности не зависимо от того, действовал ли причинитель вреда умышленно или по неосторожности.

Согласно ст. 1095 ГК РФ независимо от вины причинителя вреда возмещается вред жизни и здоровью гражданина вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товаров или медицинской услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о ней, если причинитель вреда (врач, медицинское учреждение) не докажет, что вред возник вследствие непреодолимой силы или нарушения потребителем установленных правил пользования товаром, результатами услуги или хранения.

Для полноты исследования необходимо рассмотреть концепцию безвиновной ответственности, где значение имеет не вина, а факт опасности продукта (медицинской услуги). То есть услуга была небезопасной по причине того, что технологический уровень не позволяет устранить факт её небезопасности. Таким образом, для теории безвиновной ответственности значение имеет продукт (услуга), а не вина производителя.

Наступление гражданской ответственности при отсутствии вины медицинского работника (медицинской организации) возможно, когда, например, вред причинен новыми лекарственными средствами или медицинскими технологиями при проведении медицинских экспериментов, компенсация вреда, причиненного вакцинопрофилактикой. Согласно ст.1079 ГК РФ определяется ответственность за вред, причиненный деятельностью, создающей повышенную опасность для окружающих.

К условиям, освобождающим от гражданско-правовой ответственности, относятся:

- наличие непреодолимой силы (события, которые нельзя предотвратить, даже если его можно было предвидеть) (ст. 1079, 1098 ГК РФ);

- отсутствие вины ([п. 2 ст. 1064](http://consultantplus://offline/ref=9E0E085ACF81618DA0345ACD334C78AF8EBA5C5028B7F0B0F6D5727759BB78D6C5688C01A2EF1E4B10721FC61FDC5DB416209C409E93161B0EN5N) ГК РФ);

- согласие потерпевшего (пациента) на причинение вреда ([п. 3 ст. 1064](http://consultantplus://offline/ref=9E0E085ACF81618DA0345ACD334C78AF8EBA5C5028B7F0B0F6D5727759BB78D6C5688C01A2EF1E4B11721FC61FDC5DB416209C409E93161B0EN5N) ГК РФ) при условии соответствия критериям добровольности и информированности ([ст. 20](http://consultantplus://offline/ref=9E0E085ACF81618DA0345ACD334C78AF8EBB555028B2F0B0F6D5727759BB78D6C5688C01A2ED1A4F12721FC61FDC5DB416209C409E93161B0EN5N) Закона N 323-ФЗ);

- вина потерпевшего (пациента) в форме умысла или грубой неосторожности ([ст. 1083](http://consultantplus://offline/ref=9E0E085ACF81618DA0345ACD334C78AF8EBA5C5028B7F0B0F6D5727759BB78D6C5688C01A2EF1E4D15721FC61FDC5DB416209C409E93161B0EN5N) ГК РФ).

Правило «полученного согласия», которое является формой применения общего принципа освобождения причинителя вреда от ответственности при согласии потерпевшего на его причинение – voluntary nunfit injure широко распространено в зарубежном законодательстве, регулирующем medical malpractice касательно безвинного причинения вреда. Изучение международного опыта выявило, что право Англии и США придает юридическое значение не просто согласию, а согласию, которое является выраженным при условии информированности пациента обо всех возможных последствиях и альтернативных вариантах лечения, позволяющих избежать вероятности наступления вреда жизни или здоровью.[[19]](#footnote-19)

Дополнительными основаниями освобождения медицинской организации от ответственности, могут выступать:

- отказ пациента от сотрудничества с медицинским учреждением при проведении диагностики и лечения;

- выполнение медицинским учреждением диагностики и лечения в разумном объеме, доступном в условиях чрезвычайной или срочной ситуации;

- затруднительность диагностики и лечения в силу недостаточного уровня медицинских знаний и технологий на момент оказания медицинской помощи.

Проблемы доказывания заключаются в четком определении понятия вреда, вызванного медицинским вмешательством. При обычной профессиональной медицинской деятельности побочный эффект в виде медицинского вреда неизбежен. Очевидно, что все лекарственные средства имеют побочные эффекты, никакое оперативное лечение невозможно без нарушения кожного покрова или слизистой - операционного разреза. Важно отличать такой неизбежный вред от вреда, который причиняется в результате противоправного деяния (поведения), что является именно это ключевое условие наступления ответственности.

В случае наступления гражданско-правовой ответственности за неоказание или ненадлежащее оказание медицинской помощи судом исследуется причинная связь между вредом здоровью (жизни) гражданина и противоправным поведением причинителя вреда. Ситуации бывают неоднозначные, в одних случаях связь очевидна, в других требует исследования экспертами, например, когда вред вызван действием не одного, а ряда факторов, не одного какого-либо определенного лица. Важным доказательством при рассмотрении дела в суде является разрешение судебно-медицинской экспертизы. Связь между действиями (бездействиями) медицинского работника и наступлением вреда здоровью чаще всего сложная, поскольку любой лечебный процесс состоит из нескольких частей, стадий, в котором принимает участие не один, а несколько врачей и даже несколько лечебно-профилактических учреждений. Результатом должно стать выделение из цепочки значимых дефектов основного, оказавшего решающее влияние и установление дефекта, который привел к наступлению вреда.

В связи с тем, что медицинская деятельность сопряжена с использованием различных препаратов, вакцин, сложного оборудования и т.п., которое может подпадать под характеристики источника повышенной опасности, поэтому по каждой группе лекарственных средств, медицинского оборудования и т.п. необходимо устанавливать, являются ли они источником повышенной опасности или нет.

Существующий механизм гражданско-правовой ответственности не достигает требуемого эффекта в сдерживании врачебных ошибок. В среднем при серьезных увечьях судьи, присуждают 300–400 тыс. руб. компенсации морального вреда, если ошибки приводят к гибели пациента, то сумма может увеличиться до 1 млн руб.

Регрессные требования - это правовой механизм, который может применить работодатель (медицинская организация) к своему сотруднику (врачу) за негативные имущественные последствия ненадлежащего врачевания (ст. 1081 ГК РФ). По общему правилу (ст. 241 ТК РФ) врач несет материальную ответственность перед медицинской организацией в пределах среднего месячного заработка. Полное удовлетворение регрессных исковых требований возможно только в том случае, если медицинский работник в силу трудового законодательства (ст. 242 ТК РФ) является полностью материально ответственным лицом за конкретный случай совершения гражданско-правового деликта, однако есть исключения, предусмотренные трудовым кодексом (ст.243 ТК РФ).

**2.2. Внесудебное урегулирование претензий пациентов: к вопросу о стимулах**

Минздрав России, планирует ввести и развивать институт страховых поверенных, которые будут взаимодействовать с системой независимой медицинской экспертизы, направленной на досудебное урегулирование конфликтов между медицинским персоналом и пациентом.[[20]](#footnote-20)

В современном обществе к конфликтам пациентов с медицинскими организациями необходимо относится с должным вниманием, поскольку они влияют как на репутацию организации, так и на ее экономическую деятельность. Все жалобы пациентов подлежат обязательной правовой оценке, так как конфликт желательно урегулировать во внесудебном порядке, удовлетворив требования пациента, в случае если они обоснованы, добровольно. Оперативность достижения положительного результата в конфликте и сравнительно небольшие финансовые затраты для медицинской организации делают внесудебное разрешения спорных ситуаций в медицине предпочтительным. Возможности многопрофильных клиник государственного здравоохранения позволяют эффективнее устранить негативные последствия некачественного оказания медицинской помощи путём предоставления всех требующихся медицинских услуг пациенту и его последующей медико-социальной реабилитации.[[21]](#footnote-21)

При наличии следующих условий медицинская организация для урегулирования споров применяет досудебный порядок:

- незначительные претензии со стороны пациента, решающиеся обращением к руководству медицинским учреждением;

- недопущение огласки в средствах массовой информации;

- предвидение отрицательных последствий (явная вина сотрудников учреждения) в случае предъявлении искового требования к медицинской организации;

- отсутствие вины организации.

Для частнопрактикующих врачей (стоматологи, косметологи) существует метод предоставления компенсаций в натуральной форме непосредственно недовольному пациенту без участия посредников, в виде устранения последствий некачественно оказанной ему услуги. Компенсация психологического дискомфорта и морального ущерба осуществляется принесением извинений и предоставлением скидок на материалы.

На сегодняшний день в России действует Федеральный закон от 27.07.2010 г. № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)». Данный закон закрепляет использование посреднических услуг при разрешении споров в медицинской сфере, при этом важным элементом является обеспечение конфиденциальности (что важно для обеих сторон подобных конфликтов), оперативность, учет интересов обеих сторон. Плюсами данного метода разрешения спора, как правило, является менее трудоемким и затратным, он также позволяет контролировать исполнение взятых на себя обязательств в рамках медиативного соглашения.[[22]](#footnote-22)

В настоящее время процедура медиации недостаточно распространена, поскольку сам термин «медиация» почти незнаком медицинским работникам и пациентам. К принципам медиации относят:

- симплифицированность (гибкость, простота, скорость и неформальность процедуры),

- ограниченность полномочий медиатора (не навязывает свое решение спора сторонам),

- не усугубление конфликта,

- особое внимание к интересам обоих сторон конфликта,

- коммуникативно-психологические (добросовестность, нейтралитет, беспристрастность).

При этом экономия времени на рассмотрении дела (от 1 до 180 дней) является существенным преимуществом данного способа. Обеспечение конфиденциальности информации, в том числе врачебной тайны, - еще одно преимущество.

В современной медицине имеется острая необходимость создания именно медицинского арбитражного (третейского) суда. Анализ существующей зарубежной практики позволяет перенять положительные аспекты и постараться не допустить негативных сторон. Идея специализированных медицинских судов в США заключается в организации негосударственного (альтернативного) правосудия по медицинским спорам. Важно отметить, что имеются критики данных учреждений, утверждающие, что специализированное медицинское правосудие — это снисходительное отношение к медицинским злоупотреблениям, а в некоторых случаях и вовсе освобождение от профессиональных ошибок.

В Германии развита аналогичная форма третейского разбирательства медицинских споров - экспертные комиссии и арбитражные инстанции для экспертной оценки жалоб на некачественную медицинскую помощь, которые созданы при врачебных палатах земель.

Национальное управление по компенсации случаев врачебных ошибок и как филиалы данного учреждения - 4 Региональные комиссии созданы во Франции в марте 2002г как специальный внесудебный орган разрешения медицинских споров. Задачами являются: разрешения конфликтов между потребителями медицинских услуг и организациями их предоставляющие, а также определение компенсации пострадавшим пациентам.[[23]](#footnote-23)

В России в рамках ФЗ № 382-ФЗ от 29.12.2015 г. «Об арбитраже (третейском разбирательстве) в РФ» возможно создание медицинских арбитражей, таких как третейский суд, а также med-ard (медиация/арбитраж).

Преимущества третейских судов по медицинским делам заключаются в:

- упрощенной процедуре третейского разбирательства, которая повышается оперативность разрешения дел, снижает издержки сторон третейского разбирательства (за счет специализации судей);

- обеспечении конфиденциальности третейского разбирательства, т.е. создаются условия для сохранения личной, семейной, служебной и коммерческой тайны;

- обеспечении исполнимости решения третейского суда за счет взятых сторонами обязательств, а также механизма принудительного исполнения решений.

Для полноты рассмотрения дела в состав третейского суда могут быть включены разнообразные специалисты, в том числе с медицинским и юридическим образованием. В 1997 году в Новосибирске создали первый в России медицинский арбитраж. Судопроизводство проходит с участием трех медицинских арбитров, первый назначается истцом, второй ответчиком, третий председателем. Указанная медицинская коллегия привлекает к рассмотрению дела общество по защите прав потребителей, которая стоит для защиты интересов прав граждан. Таким образом судопроизводство протекает более объективно, чем в судах общей юрисдикции. Финансовая обеспеченность деятельности реализуется за счет взносов страховщиков и медицинских ассоциаций.[[24]](#footnote-24)

Важно отметить, что несмотря на перечисленные достоинства, третейские суды не лишены недостатков. К основным проблемам относятся: вопрос о беспристрастности, проблема разграничения компетенции, проблема ответственности за незаконные решения. Дефектом может быть отсутствие подписи или иного выражения согласия одной из сторон на арбитраж либо несогласованность условий арбитражного соглашения, из-за которой их выполнение становится невозможным.

Отсутствии полноценной информации и опыта работы негосударственных судов в медицинской отрасли в настоящее время в России является причиной недоверия к негосударственному институту судопроизводства (Третейскому суду).

Медицинский омбудсмен (при исполнительной власти) - следующий вариант альтернативного разрешения споров в сфере здравоохранения. В России он представляет собой институт Уполномоченных по правам человека. На его базе возможно создание медицинского омбудсмена, целью которого являлась защита интересов медицинского сообщества и потребителей их услуг. Медицинский омбудсмен как гибридная форма АРС в медицине.

Внедрение практики использования медиации в здравоохранение, путем подготовки медиаторов для каждого лечебного учреждения, позволит повысить показатели удовлетворенности населения качеством, информативностью и доступностью медицинской помощи, а также достичь значительного снижая числа жалоб со стороны пациентов. Медиация/третейское разрешение споров предполагает возникновение и развитие в гражданском обществе доверия и понимания в контексте всестороннего взаимодействия.

**2.3. Перспективы страхования профессиональной ответственности медицинских работников**

Необходимость профессионального страхования ответственности медицинских работников обосновывается следующими аспектами: в процессе профессиональной деятельности ни один медицинский работник не может быть уверен, что его решение правильное и не приведет к возникновению негативных последствий у пациента. Ни один врач не застрахован от ошибки, которая может повлечь за собой серьезное наказание.

Одно из наиболее эффективных средств правовой защиты профессиональной деятельности медицинского персонала - страхование ответственности. Развитие и распространение обязательного страхования профессиональной ответственности является актуальной проблемой в здравоохранении в настоящее время. Данная проблема продиктована необходимостью повысить уровень правовой и социальной защиты медицинских работников. Распространение данного вида страхования для пациентов играет важную роль в развитии досудебного урегулирования конфликтов, а также повысит гарантии по компенсации причиненного вреда здоровью или жизни, возникшие при оказании ему медицинской помощи.

Согласно ст. 72 ФЗ № 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в Российской Федерации медицинские и фармацевтические работники имеют право на страхование риска своей профессиональной ответственности.[[25]](#footnote-25)

В медицинской профессиональной деятельности существует ряд специальностей, для которых характерен повышенный риск неблагоприятного исхода лечения: хирургия, акушерство-гинекология, стоматология и т.д.[[26]](#footnote-26)

В таблице ниже приведены данные о медицинских ошибках среди ряда специальностей в процентном содержании.

Таблица - Данные о количестве врачебных ошибок по отраслям

|  |  |
| --- | --- |
| **Отрасль** | **Количество претензий** |
| Хирургия | 25% |
| Стоматология | 15% |
| Гинекология | 15% |
| Акушерство | 15% |
| Терапия | 10% |
| Педиатрия | 5% |
| Анестезиология | 3% |
| Оказание СМП | 2% |

Изучая профессиональную ответственность в медицинской сфере, необходимо особое внимание уделить основополагающим терминам. Страхователь - субъект медицинской деятельности или иное лицо, заключающее договор страхования и уплачивающее страховую премию (страховые взносы) в пользу страховщика. Страхователями могут выступать: медицинские клиники; организации и учреждения, оказывающие медицинские услуги; врачи частной практики.

Выгодоприобретатель – пациент, которому был причинен вред при оказании медицинской помощи, а также иные лица (члены семьи пациента, его нетрудоспособные иждивенцы и пр.), которые в соответствии с законом имеют право на возмещение вреда в связи с потерей кормильца и в иных случаях.[[27]](#footnote-27)

Объектом страхования в медицинской отрасли является гражданско-правовая ответственность медработников (чаще медицинских организаций – работодателей) перед гражданами, здоровью которых может быть нанесён вред в процессе оказания услуг: из-за ошибочных манипуляций, решений, неверного диагностирования и лечения.[[28]](#footnote-28) В целях сглаживания материальной стороны проблемы врачебных ошибок, ст. 931 Гражданского Кодекса РФ, установлена возможность страхования врачебной ошибки (риска причинения вреда вследствие ошибочных действий), что подразумевает компенсацию причиненного пациенту вреда не за счет врача и медицинского учреждения, а за счет страховой компании. Таким образом, медицинскому работнику предоставляется страховая (финансовая) защита, которая позволяет не тратить собственные средства на выплаты пострадавшим пациента в счет возмещения вреда здоровью и компенсацию морального вреда.

Страхование ответственности при оказании медицинских услуг становится еще более актуальным в тех случаях, когда законодательством предусмотрена возможность возмещения вреда даже при отсутствии вины причинителя (ст. 1095 ГК РФ). Возможность наступления гражданско-правовой ответственности при отсутствии вины является сложным психологическим и материальным фактором.

Страховое покрытие по договору обязательного страхования ответственности должно охватывать все виды медицинских услуг, которые субъект медицинской деятельности вправе оказывать на основании выданной ему лицензии (лицензий).[[29]](#footnote-29)

Благодаря Федеральному закону «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации» (№ 248-ФЗ), который вступил в силу в июле 2020 года, появилась возможность для развития профессионального страхования именно медицинских организаций.

В положениях закона предусмотрено послабление по ряду проверок для тех медицинских организаций, которые страхуют свою профессиональную ответственность (наряду с независимой аудиторской проверкой, сертификацией, членством в СРО [Саморегулируемая организация]). Эти положения содержатся в п. 9 ст. 25 248-ФЗ 一 «Освобождение от проведения плановых контрольных (надзорных) мероприятий».[[30]](#footnote-30) А компенсацию по ним можно получить, просто предъявив соответствующий договор страхования профессиональных рисков.

Однако для развития страхования профессиональной ответственности в России есть ряд препятствий. В России законодательно не определенны источники финансирования и порядок осуществления самого процесса страхования, поэтому отсутствуют реально действующие программы страхования ответственности врачей. В условиях отсутствия в России установленной государством системы страхования профессиональной ответственности ЛПУ и /или медицинских работников в настоящее время разрабатывается модельный закон СНГ «О страховании профессиональной ответственности медицинских работников».

Важно оценить, как введение страхования ответственности повлияет на сокращение количества врачебных ошибок.

Модельный закон о страховании, содержит следующие механизмы контроля:

1) право страховщика проводить проверку страхователя (медицинской организации) на предмет соблюдения обязательных требований при оказании медицинских услуг, имеющихся рисков + давать указания по принятию дополнительных мер безопасности;

2) ведение страховщиками страховой истории субъекта медицинской деятельности, где будут отражаться все инциденты в медицинской практике конкретного страхователя (по крайней мере, случаи летального исхода).

В проекте страхования ответственности у страховщика есть право предъявления регрессных требований - к лицу, виновному в причинении вреда жизни и здоровью пациента, а также возмещения расходов, связанных с рассмотрением страхового случая. Установлено несколько оснований для таких регрессных требований:

1) если вред причинен при предоставлении медицинских услуг, на которые застрахованное лицо или его медицинский персонал не были уполномочены выданной им лицензией, сертификатом специалиста или иным разрешением;

2) если вред был причинен умышленными действиями (бездействием) застрахованного лица или его медицинских работников;

3) если вред был причинен в связи с употреблением застрахованным лицом или его медицинскими работниками алкоголя, наркотических средств или психотропных веществ;

4) если при заключении договора обязательного страхования застрахованное лицо умышленно или по грубой неосторожности не предоставило страховщику информацию об обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска и прямо перечисленных в письменном запросе страховщика.

С учетом данной нормы, медицинские организации, даже застраховав профессиональные риски своих работников, сохраняют заинтересованность в сокращении числа медицинских ошибок – поскольку в перечисленных выше случаях после выплаты страхового возмещения пациенту страховщик имеет право обратного (регрессного) требования к медицинской организации. Это стимулирует организации проводить мониторинг и строго контролировать качество оказанной медицинской помощи своими работниками.

Положительным моментом в страховании ответственности при причинении вреда здоровью пациента независимо от доказательства вины поставщика медицинских будет являться "открытость" медицинского сообщества перед общественностью в предоставлении информации относительно того, что стало причиной неблагоприятного исхода, поскольку система не ставит целью найти виновного.

Таким образом, обязательное страхование профессиональной ответственности медицинских работников позволит "в денежном эквиваленте" оценивать профессионализм каждого отдельного медицинского работника и медицинского учреждения в целом.

**ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2**

Комплексный анализ условий наступления гражданско-правовой ответственности и условий, освобождающих от ответственности, возможности и преимущества внесудебного урегулирования претензий пациентов, создания медицинского арбитражного (третейского) суда, внедрение практики использования медиации в здравоохранении имеют огромное значение в современном мире.

В гражданско-правовой ответственности акцент делается на восстановлении имущественного положения потерпевшего, следовательно, существенного значения такое, субъективное условие, как вина, играть не может. Поэтому законом предусмотрены отступления от принципа вины, когда ответственность возлагается и за случайное причинение вреда, то есть независимо от вины причинителя. И все же по общему правилу предполагается, что ответственность возникает всегда как результат правонарушения - противоправного виновного причинения вреда.

Что же касается других указанных в законе отношений по возмещению вреда и именуемых законодателем ответственностью, то в этих случаях правильнее было бы говорить не об ответственности, а об обязанности возместить вред или уплатить штраф. Реальный риск причинения вреда жизни и здоровью в результате медицинского вмешательства (даже при условии абсолютно добросовестного и надлежащего исполнения) действительно чрезвычайно высок. При случайном причинении вреда для осуждения поведения нарушителя нет оснований, поэтому речь здесь должна идти не об ответственности, а об "особых правовых формах распределения случайных убытков, то есть о мерах защиты субъективных прав потерпевшего".[[31]](#footnote-31)

Возникает острая потребность в страховании профессиональных рисков медицинских работников. Учитывая положения ст. 1068 ГК РФ, в силу специфики медицинской деятельности введение специального законодательства, в котором следует закрепить обязанность медицинских организаций и страховых компаний заключить договор о страховании профессиональной ответственности сотрудников учреждений здравоохранения. Одновременно необходимо определить источники финансирования и порядок осуществления процесса страхования.

**ГЛАВА 3. АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ (СТРАХОВЫЕ, КОМПЕНСАЦИОННЫЕ) СХЕМЫ ВОЗМЕЩЕНИЯ ВРЕДА ПАЦИЕНТУ**

**3.1. Основания и порядок выплаты компенсации пострадавшему пациенту. Использование компенсационных программ возмещения вреда пациенту, является альтернативой возмещению вреда здоровью в судебном порядке.**

Отсутствие необходимости доказывать ошибку (небрежность) в действиях врача – ключевая особенность всех не основанных на вине схем компенсации вреда пациенту, отличающая их от деликтной ответственности.

От страхования ответственности субъектов медицинской деятельности альтернативные схемы отличает специфика страховых рисков – сам по себе факт причинения вреда здоровью пациента, вне зависимости от того, связано ли это врачебной ошибкой.

Условиями, которые должны выполняться для получения компенсационной выплаты, следующие: пациент должен получить травму (вред здоровью), и эта травма должна быть связана с лечением. В компенсационных схемах используются критерии, которые позволяют компенсировать более широкий спектр медицинских травм, чем в деликтном праве, для которого характерны строгие стандарты доказывания причинной связи, а также длительные сроки осуществления компенсационных выплат, значительные судебные и репутационные издержки.

К критериям, соблюдение которых необходимо для возникновения права на компенсацию относят:

- вред здоровью должен быть получен при оказании медицинской помощи в медицинском учреждении имеющим лицензию на определенные виды медицинских услуг;

- в результате причиненного вреда пациент утратил определенные функции и это сказалось на качестве его жизнедеятельности.

Практически все компенсационные программы устанавливают пороговые значения вреда (например: длительность нетрудоспособности, инвалидность и т.п.), при которых возникает право на получение компенсации.

Определение наличия у пострадавшего права на получение компенсации, как правило, разрешается в административном порядке, с возможностью внутренней апелляции.

В случае признания вреда здоровью соответствующим критериям компенсации, пострадавшему или его законному представителю предоставляют финансирование всех связанных с вредом расходов: на лечение, реабилитационные процедуры, медицинский уход, потерянный заработок.

Иммунопрофилактика заболеваний область медицины, где компенсационные схемы получили достаточно широкое признание. В связи с тем, что вакцины не являются абсолютно безопасными, в отсутствии доказательств медицинской небрежности или недоброкачественности вакцины ряд стран ввели специальные программы компенсации вреда, связанного с поствакцинальными осложнениями, не основанные на вине.

Компенсационные схемы имеют частноправовую природу. Это выражается, прежде всего, в источниках финансирования схем – взносы врачей и медицинских организацией. Также финансирование оказывают фармацевтические компании и частные страховщики в виде инвестиций.

В Финляндии существует внесудебная схема страхования пациентов. Пациенты получили возможность обращаться за компенсацией вреда в Центр страхования пациентов вместо предъявления иска в суд.

Страхование пациентов покрывает только риски несчастных случаев, непосредственно связанных с процедурами, но не риски несчастных случаев, которые являются частью обычной жизни. Например, телесные повреждения, полученные пациентом при падении со смотрового стола, могут быть компенсируемой случайной травмой, в то время как травма, полученная в результате падения в больничном коридоре, не является несчастным случаем, связанным с лечением. Однако она может быть компенсирована как травма, полученная при лечении, если не было обеспечено надлежащее наблюдение за пациентом или помощь, хотя она могла быть оказана, учитывая имеющиеся ресурсы.

Компенсация выплачивается за телесные повреждения, связанные с оборудованием, если травма была вызвана дефектом оборудования или устройства, которое использовалось для обследования, лечения или других подобных действий. К такому оборудованию или устройствам относятся хирургические инструменты, оборудование для мониторинга состояния пациента и смотровые столы. Под дефектом понимается любая ситуация, когда часть оборудования функционирует не так, как должна, и дефект не вызван действиями медицинских работников.

Внутренние устройства, постоянно установленные в пациенте, такие как эндопротезы суставов или кардиостимуляторы, не подлежат компенсации в случае дефекта. Компенсацию за травмы, вызванные внутренними устройствами, можно получить в соответствии с Законом о деликтной ответственности или Законом об ответственности за качество продукции.

Законом (Patient Injury Act, 1987)[[32]](#footnote-32) предусмотрены основания для выплаты компенсации: вред, причиненный пациенту в процессе лечения; внутрибольничное инфицирование; причинение вреда неисправным медицинским оборудованием; отрицательные последствия неверного назначения лекарства; причинение чрезмерного вреда.

Критериями для выплаты компенсации служат: предотвратимость вреда (Avoidability). Вред подлежит компенсации, если опытный врач действовал бы иначе в сравнении с фактически оказанным лечением, и вреда можно было бы избежать.

Tolerability — это означает, что при качественном оказании медицинской помощи пациент не должен был бы получить вторичное инфекционное заболевание с учетом истории его болезни, текущего состояния здоровья, а также характера предоставляемого лечения и сопутствующих ему рисках; при этом учитываются и последствия развития инфекции – их влияние на результат медицинского вмешательства.

Компенсации подлежат не все неблагоприятные события, произошедшие в связи с лечением и медицинским обслуживанием, а только телесные повреждения, соответствующие условиям, предусмотренным Законом о травмах пациентов. Следовательно, не компенсируются следующие случаи:

- травмы, произошедшие за пределами географической зоны Финляндии,

- материальный ущерб, например, порванная одежда или потеря зубных протезов. В этих случаях истец может потребовать возмещения ущерба от причинителя вреда в соответствии с Законом о деликтной ответственности,

- финансовые потери. Имеются в виду экономические потери, не связанные с телесными повреждениями или материальным ущербом,

- травмы, полученные во время оказания обычных услуг по оказанию помощи (например, помощь по дому), не считаются лечением и медицинским обслуживанием. Аналогичным образом, лечение, помощь и услуги по наблюдению, связанные с проживанием в доме престарелых, не покрываются страхованием пациентов,

- незначительные травмы, даже если они дают право на компенсацию по другим основаниям. Травма считается незначительной, если она причиняет пациенту лишь незначительную боль и страдания, не вызывает постоянной функциональной инвалидности, не наносит эстетического ущерба.

Наиболее частые критерии для отказа в выплате компенсации являются:

- медицинский уход был надлежащим и привел к неизбежному вреду (например, когда медицинские работники действовали в состоянии крайней необходимости);

- лечение было оправдано с медицинской точки зрения, сопряжено с определенным риском для здоровья, однако пациент осознавал данные риски и добровольно согласился (подписано добровольное согласие с уведомлением обо всех возможных рисках) на данный вид медицинской помощи.

- в соответствии с законодательством о страховании пациентов, действие страховки не распространяется на неблагоприятный исход, вызванный задержкой лечения обусловленный ограниченностью ресурсов здравоохранения и срочностью оказания медицинской помощи (на примере пандемии Covid-19).

Примеры:

Во время взятия мазка для анализа на коронавирус тампон для забора материала сломался и остался в носу у пациента. Пациента пришлось доставить в больницу для удаления инородного тела. Процедура удаления вызвала повреждение слизистой оболочки носа. Выводы: тампон не должен ломаться во время стандартной процедуры взятия мазков, за временную нетрудоспособность, вызванную травмой, была выплачена компенсация.

Вскоре после введения вакцины у пациента появились обильная сыпь, лихорадка, вялость и боли в животе. Он обратился в отделение неотложной помощи в связи с данными симптомами, которые вызвали у него временную нетрудоспособность. Выводы: введение вакцины было оправдано с медицинской точки зрения и проведено надлежащим образом. Неблагоприятное воздействие вакцин, введенных надлежащим образом, не компенсируется за счет страховки пациента.

Для пациента к преимуществам альтернативных компенсационных схем относят: широкий охват травм, сравнительно небольшой период ожидания выплаты, отсутствие необходимости доказывать факт медицинской небрежности и причинной связи, экономия на судебных издержках. Для врачей и медицинских организаций – возможность открыто обсуждать неблагоприятные медицинские исходы, не опасаясь исков.

**3.2. Организация мониторинга неблагоприятных исходов на примере работы Финского центра страхования пациентов**

Финский центр страхования пациентов управляет и анализирует все уведомления о травмах пациентов, произошедших во время лечения и медицинского обслуживания как в государственном, так и в частном секторе, которое должно служить стимулом для принятия адекватных мер по предотвращению неблагоприятных последствий, а также содействует безопасности пациентов, проводя исследования, делая расчеты и собирая статистику.[[33]](#footnote-33) Все финские операторы здравоохранения имеют доступ к этой статистике. Система отчетности и мониторинга неблагоприятных событий является непрерывной и позволяет получить доступ к информации в режиме реального времени. Это активная система наблюдения, которая зависит не только от жалоб пациентов, она позволяет руководителям учреждений иметь актуальную информацию для принятия проактивных решений.

В центре внимания выявление любых непредвиденных происшествий, связанных со смертью или серьезным физическим или психологическим повреждением, либо с риском их возникновения и анализ их первопричин.

Центр страхования пациентов совмещает функции по осуществлению страховых выплат в пользу пострадавших пациентов и статистическому учету страховых случаев – предотвратимых неблагоприятных исходов.

Данные о травмах пациентов и страховые записи представляют собой подробные источники информации о неблагоприятных исходах медицинской помощи и способствующих их причинных факторах. Эти данные часто используются для проведения медицинских исследований, целью которых является выявление непреднамеренных инцидентов, приводящих к травмам пациентов в различных сферах медицины.

К функциям Финского центра страхования пациентов, в части организации мониторинга, следует отнести:

- организация работы по выявлению и учету неблагоприятных последствий оказанной медицинской помощи;

- анализ, систематизация, верификация сообщений о некачественной медицинской помощи;

- выявление факторов риска в развитии неблагоприятных исходов лечения;

- организация специальных исследований с целью получения дополнительной информации;

- информирование медицинской общественности, а также оказание помощи медицинским работникам в анализе, верификации и интерпретации неблагоприятных исходов лечения;

- оформление компенсации вреда в рамках страхования пациентов и обеспечивает единообразие практики выплаты компенсаций;

- выплаты компенсации вреда здоровью, которые происходят, когда медицинский работник оказывает неотложную помощь пациенту с острой патологией;

- создание статистических данных (базы) о несчастных случаях, травмах пациентов и компенсациях с целью предотвращения вреда здоровью пациентов, а также исполнения и развития законодательства;

- разработка и проведение пилотных проектов для изучения инициатив в области безопасности, включая мониторинг результатов;

- информирование обо всех рисках для безопасности пациентов, о которых ему становится известно, в Государственное управление по надзору за благосостоянием и здоровьем, Региональное государственное административное агентство и Финское агентство по лекарственным средствам, для предотвращения травматизма пациентов;

- сбор средств и финансирование проектов исследований и безопасности;

- поддержка нормативных и законодательных изменений.

В одном проведенном исследовании выявлены характеристики, в которых пациент имеет повышенный риск неблагоприятных событий (например: пол, возраст, наличие хронических заболеваний).[[34]](#footnote-34) Вывод о том, что пожилые пациенты значительно менее склонны к подаче искового заявления чем более молодые или трудоспособные люди, объясняется тем, что пожилые люди несут меньшие потери дохода от неблагоприятных событий, чем пациенты трудоспособного возраста. В то же время, неблагоприятные события, возникшие у пожилых людей, возможно, труднее обнаружить из-за того, что существует множество сопутствующих заболеваний. Другой причиной может быть то, что неблагоприятные последствия медицинской помощи, происходящие с пожилыми людьми, более легко переносятся людьми старшего возраста, и их родственниками, а также медицинским персоналом, или, что пожилые люди более удовлетворены получаемым уходом, чем молодые пациенты. Результат вызывает беспокойство поскольку неблагоприятные события в целом встречаются у пожилых людей гораздо чаще, чем у молодых пациентов. Положительным, однако, было то, что пожилой возраст, не снижает шансы пациентов на получение компенсации.

Пациенты мужского пола, реже подают иски, но чаще получали компенсацию, чем пациенты женского пола. Случаи, в которых мужчины имеют больше шансов получить компенсацию- это неблагоприятный исход, связанный с инфекцией. Согласно одному исследованию, после тотальной первичной артропластики коленного сустава риск инфекции выше среди мужчин, чем у женщин. На основании данного исследования невозможно сказать, являются ли гендерные различия в получении компенсации после инфекционных осложнений обусловлены различиями в индивидуальных особенностях между мужчинами или истинным неравенством в получении компенсации. Для того чтобы установить, что именно происходит, необходимы дальнейшие исследования групп пациентов других хирургических процедур, кроме трансплантации коронарных артерий и тотальной первичной артропластики коленного сустава.

Остальные неблагоприятные изменения в ходе лечения, имеющие связь претензий и компенсаций, также заслуживают комментариев. Вывод о том, что цементный протез снижает количество претензий пациентов после тотального первичного эндопротезирования тазобедренного сустава, должен быть подтвержден. Более свежие данные должны быть подтверждены, чтобы выяснить, будет ли этот результат по-прежнему актуальным при использовании протезов, применяемых в настоящее время. Если результат окажется аналогичным, текущая практика выбора имплантатов должна быть пересмотрена.

Причина, по которой поправка в Закон о травмах пациентов оказала статистически значимое влияние на иски и компенсации в связи с операциями по шунтированию коронарных артерий, а не тотальной первичной артропластикой тазобедренного сустава или тотальной первичной артропластикой коленного сустава, объясняется тем, что операции по шунтированию коронарных артерий сопровождаются большим количеством инфекционных травм - того вида компенсируемой травмы, на который в большей степени повлияла законодательная поправка.

Статистически значимая связь причинения вреда во время лечения с предыдущей операцией на другом коленном суставе после тотальной первичной артропластики коленного сустава может быть обусловлена тем, что пациенты и лица, принимающие решения в Центре страхования пациентов, сравнивают успешность артропластики пациентов с их предыдущей контралатеральной операцией. Если результат предыдущей операции был хорошим, то у пациента, вероятно, больше шансов получить компенсацию за плохой исход.

Количество уведомлений о травмах (неблагоприятных исходов лечения) колеблется в зависимости от общего числа посещений врача и медицинских процедур, чем больше врачебных приемов, тем больше вероятность травмирования пациентов. Поэтому количество медицинских ошибок не всегда является показателем качества. При сравнении качества медицинской помощи в различных учреждениях следует учитывать несколько исходных факторов, таких как уровень сложности и количества выполняемых медицинских вмешательств, также демографическую структуру и количество посещений.

Благодаря проводимому мониторингу ожидается, что медицинское учреждение, в котором возник неблагоприятный исход медицинской помощи, проведет тщательный анализ первопричин, внесет улучшения в базовые процессы и будет отслеживать эффективность изменений. Хотя причиной большинства повреждений во время лечения является человеческая ошибка, изменения в организационных системах снизят вероятность человеческой ошибки в будущем и защитят пациентов от вреда, когда такая ошибка действительно произойдет. Конкретные причины неблагоприятных исходов и решения, которые больницы затем успешно использовали для снижения рисков, ежегодно публикуются на страницах сайта <https://www.pvk.fi/en/>.

**ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 3**

Альтернативные (не основанные на вине) компенсационные схемы обладают рядом преимуществ для пациента: более широкий охват медицинских травм, относительно небольшой период ожидания выплаты, отсутствие необходимости в доказывании факта медицинской небрежности и причинной связи, экономия на судебных издержках. Даже присутствующие в некоторых схемах ограничения (максимальные размеры выплат по отдельным видам травм и пр.) представляются несущественными на фоне многочисленных судебных решений об отклонении исков пациентов, основанных на нормах деликтного права. В свою очередь, врачам и медицинским организациям компенсационные схемы позволяют более открыто обсуждать неблагоприятные медицинские исходы, не опасаясь разорительных исков из медицинской небрежности и последующих расходов на страхование ответственности.[[35]](#footnote-35)

Так как в настоящее время в Российской Федерации подобных альтернативных схем возмещения вреда не существует, опираясь на зарубежный опыт (Скандинавские государства, США, Япония, Новая Зеландия), представляется возможным предложить пилотные проекты, например создание программ компенсации вреда здоровью пациентам при поствакцинальных осложнениях, а также возможные осложнения от рецептурных недостатков некоторых лекарственных средств (наркотических и сильнодействующих). Это позволит предупредить нарастающее количество судебных споров, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи в данных разделах, применительно к которым экспертное подтверждение врачебной ошибки может быть затруднительным.

Обязательным элементом компенсационных программ должно быть аккумулирование и обобщение данных о неблагоприятных медицинских исходах – с целью дальнейшего использования полученной информации в учебных и превентивных целях.

Современному обществу требуется переосмысление взглядов на безопасность, признание реальности рисков в здравоохранении и признание права на ошибку медицинских работников как людей, работающих под экстремальными нагрузками.

В настоящее время специальное правовое регулирование отношений по оказанию медицинских услуг нуждается в существенном улучшении. Эксперты видят выход во введении обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Так как страхование — это наиболее универсальный и надежный экономический механизм возмещения убытков, когда ответственность за возникающие риски медицинского учреждения или частнопрактикующих врачей (страхователей) за определенную плату берет на себя страховая компания (страховщик).

Сбор и анализ заявлений о травмах пациентов важен для повышения и улучшения безопасности пациентов. Полностью предотвратить неблагоприятный исход медицинской помощи при диагностике и лечении невозможно. Однако данные о медицинских ошибках являются важным источником информации для здравоохранения. Анализируя заявления, возможно предотвратить причинение вреда, повысить качество медицинской помощи и улучшить безопасность пациентов при медицинской помощи.

Уменьшению количества медицинских ошибок могли бы способствовать и иные меры правового характера, внедрение которых не требует значительных финансовых затрат, расширения штата контролирующих органов, увеличения нагрузки на действующих медицинских работников. К таким мерам стоит отнести конкретизацию статуса профессиональных медицинских ассоциаций, ревизию концепции медицинских услуг, отказ от уголовной репрессии за врачебные ошибки без признаков преступной неосторожности с одновременным принятием официальных разъяснений о возможных примерах такой неосторожности.

**4. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ОМС: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

**4.1. Внутренний контроль качества и административный контроль (органами управления здравоохранения)**

В современной медицине уделяется должное внимание качеству оказания медицинской помощи. Все основополагающие законы и нормативные акты в сфере здравоохранения содержат требования к качеству медицинской помощи. Ключевыми нормативными актами являются:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

- приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 июня 2019 года № 381н,

- приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»,

- приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н "Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности",

- Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации".

В целом различают следующие уровни контроля качества оказания медицинских услуг: от заведующих отделениями, заместителя главного врача, врачебной комиссии до территориальных органов управления здравоохранением и органов управления здравоохранением субъектами России.

Проверка первичной документации, назначений, а также наблюдение за динамикой процесса выздоровления относится к задачам заведующего отделением медицинской организации. При выявлении нарушений необходимо зафиксировать их в протоколе или карте экспертной оценки, где описывается ошибки, возможные последствия и дает экспертное заключение. Заместитель главврача вносит сведения в журнал формы № 035/у-02. Важно отметить, что индивидуальная экспертиза проводится главным врачом или его заместителем только при поступлении жалоб, запросов правоохранительных органов, смертельных исходах, случаях внутрибольничного инфицирования или при появлении серьезных осложнений у пациентов. Результаты оценки и контроля фиксируют в журнале клинико-экспертной работы — его форма утверждена приказом Минздрава РФ от 21.05.2002 года №154.

Основным уровнем оценки являются врачебные комиссии, создаваемые во всех лечебных учреждениях, задачей которых является выявление и анализ дефектов оказания медицинской помощи (в том числе в случаях летальных исходов). Данный анализ направлен на повышения качества медицинской помощи, оказываемой населению.

Согласно п.1 ст. 64 Закона №323-ФЗ экспертиза качества медицинской помощи, предусматривающей выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценку своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата, производится на основании утвержденных критериев оценки качества медицинской помощи для обеспечения контроля за качеством.

Министерство здравоохранения Российской Федерации утверждает порядок организации и проведения медицинских экспертиз.

Экспертиза качества медицинской помощи – это экспертиза, проводимая в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

В медицинской практике различают два вида контроля: ведомственный (внутри системы здравоохранения) и вневедомственный, который производится субъектами, не входящими в систему здравоохранения, в пределах своей компетенции.[[36]](#footnote-36)

К организациям, осуществляющим вневедомственный контроль качества медицинской помощи, относят комиссия по лицензированию и аккредитации медицинской и фармацевтической деятельности, страховые медицинские организации, потребители медицинской помощи и другие организации в пределах установленной законом компетенции.

Обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения и применения совершенных медицинских технологий - ключевая цель осуществления ведомственного контроля качества медицинской помощи. Механизм обратной связи медицинских организаций и пациентов, реализованный в рассмотрении обращений граждан в медицинской организации, является действенным и важнейшим составляющим системы контроля качества деятельности отдельных медицинских работников, медицинских организаций и органов управления здравоохранение.

Защита прав граждан на охрану здоровья и содействие органам государственного управления в решении задач по совершенствованию деятельности учреждений здравоохранения ключевая цель системы вневедомственного контроля качества медицинской помощи в субъектах Федерации.

Важно отметить, что соблюдение порядков оказания медицинской помощи (которые индивидуальны для каждого вида медицинской помощи), учет стандартов медицинской помощи, заключающихся в основах клинических рекомендаций, перечне диагностических и лечебных медицинских услуг, используемых лекарственных средств являются основами для контроля качества медицинской деятельности.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н "Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности" основополагающий нормативно-правовой документ, определяющий требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Приказ определяет виды проверок (плановый и внеплановый, целевой характер), их задачи, перечень мероприятий, а также показателей оценки. Проверки фиксируют характер, частоту и причины возможных нарушений при оказании медицинской помощи пациенту, приведших к ухудшению состояния здоровья пациента, создавшего риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов медицинской организации, неудовлетворенности пациента медицинской помощью.

Применение мер экономического воздействия на медицинские учреждения является отличительной чертов вневедомственного контроля. В случае нарушения медицинским учреждением условий договора о предоставлении медицинской помощи в части объема и качества предоставляемых медицинских услуг, страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг.

Существует два вида реализации экспертизы качества медицинской помощи: целевой и плановый.

Основания для проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи:

- получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;

- необходимости подтверждения объема и качества медицинской помощи по случаям, отобранным при медико-экономическом контроле и медико-экономической экспертизе;

- летальных исходов при оказании медицинской помощи;

- внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;

- первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;

- повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней - при повторной госпитализации;

- заболеваний с удлиненным или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

В плановую экспертизу качества медицинской помощи входят оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, заболеванию или группе заболеваний, этапу медицинской помощи и другим признакам, условиям, предусмотренным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Отсутствие возможности использования компетентными правоохранительными органами для вынесения решения об ответственности причинителя вреда, связанное с тем, что информация в экспертных заключениях не соотнесена с квалифицирующими признаками (условиями) наступления ответственности (вред; неправомерное поведение, причинно-следственная связь между поведением врача и причиненным вредом; вина) является серьезной проблемой экспертных заключений ведомственного и вневедомственного контроля о качестве медицинской помощи.

Анализ действующих нормативных правовых актов в области проведения экспертиз негативных последствий в медицинской практике, позволяет заключить, что процессуально значимой медицинской экспертизой неблагоприятных исходов в медицинской практике, является комплексная и/или комиссионная судебно-медицинская экспертиза, проводимая в специализированных учреждениях системы здравоохранения, на основании постановления правоохранительных органов. Результаты данной экспертизы имеют значение для наступления ответственности медицинских работников.[[37]](#footnote-37)

Важно отметить, что экспертизы неблагоприятных исходов в медицинской практике, проводимые внутри системы здравоохранения и системы ОМС, не основаны на критериях, используемых в судебном производстве при вынесении решения об ответственности медицинских работников.

Проведение ведомственной и вневедомственной экспертиз качества медицинской помощи на основе методических подходов, которые используются при производстве судебно-медицинских экспертиз необходимо для формирования общих методических подходов к оценке профессиональных действий медицинских работников при наличии неблагоприятного исхода в медицинской практике.

Изучение зарубежной правовой доктрины позволяет сделать выводы о чрезвычайно пристальном внимании к качеству оказания медицинской помощи и, конечно же, случаям, когда имеет место ненадлежащее оказание медицинских услуг. Во многом это связано с особой значимостью и особой правовой окраской права на жизнь и здоровье человека. Данное право в зарубежной правовой науке является основным, более того, право на жизнь относится к категории естественного права, которое не может быть ущемлено или нарушено кем-либо.

Качество медицинской услуги, по мнению зарубежных авторов, может быть предметом контроля или оценки. Это необходимо в том случае, если пациент считает, что при оказании медицинской помощи отсутствовали полнота и своевременность диагностических мероприятий, адекватность выбора и соблюдение лечебных мероприятий, правильность и точность постановки диагноза. Речь идет о контроле/экспертизе качества медицинской помощи. В зарубежной практике распространено обращение к специальным организациям, которые имеют лицензию на контроль качества медицинской помощи. Они могут проводить экспертизу как по документам (результаты обследования, расшифровки снимков, сроки проведения обследования и назначения лечения), так и путем осмотра самого больного (пациента) специалистом. Общее правило для большинства государств - оценка качества осуществляется по документам, которые медицинское учреждение обязано выдать больному по его запросу (копии), если в них не затрагиваются права третьих лиц.

**4.2 Организация мониторинга предотвратимых неблагоприятных исходов внутри и вне системы ОМС**

Доступность медицинской помощи, повышение эффективности и качества медицинских услуг, важные принципы, которые реализуются при решении ключевой задачи Министерства здравоохранения. Виды и качество медицинских услуг должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. Совершенствование качества медицинской помощи необходимо для достижения общей задачи по праву граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества. Совершенствование должно осуществляться непрерывно и оперативно.

Неблагоприятные последствия лечения представляют собой богатую информацию для действий по выявлению, изучению и улучшению важных принципов работы в сфере медицинской помощи. Наличие прямой связи между неблагоприятными событиями и самим процессом оказания медицинской помощи является основой для оценки качества медицинского обслуживания и возможностей для дальнейших улучшений. Клиницисты признают важность неблагоприятных событий, информацию о которых они предоставляют и большими возможностями для улучшения во всех аспектах оказания медицинских услуг.

Для всех участников процесса оказания медицинской помощи, работающих в системе здравоохранения (Федеральный и Территориальные Фонды ОМС, страховые медицинские организации и медицинские учреждения) отслеживание ошибок — это способ, с помощью выявляются и исправляют дефекты (ошибки в профилактике, диагностике, лечении).

В статье 14 Федерального закона от 02.05.2006 N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации",[[38]](#footnote-38) указано, что государственные органы, органы местного самоуправления и должностные лица осуществляют в пределах своей компетенции контроль за соблюдением порядка рассмотрения обращений, анализируют содержание поступающих обращений, принимают меры по своевременному выявлению и устранению причин нарушения прав, свобод и законных интересов граждан.

Значение системного анализа поступающих в медицинскую организацию обращений заключается в:

- более рациональной организации работы;

- не допущении поступления повторных жалоб;

- разрешении возникших конфликтов внутри медицинской организации (если спор не протекает в уголовно-правовой или административно-правовой плоскости).[[39]](#footnote-39)

Целевой анализ поступающих обращений позволяет, помимо иного, выявить системную группу риска, в том числе возрастную (социальную) категорию жалобщиков, и, соответственно, проявлять большее внимание к указанным лицам с целью предупреждения в будущем конфликтных ситуаций.[[40]](#footnote-40)

Например, один из проведенных страховыми органами анализов позволил установить, что "средний возраст обратившихся составил 50,3 года. 60% всех обратившихся составляют неработающие граждане и пенсионеры, четверть - имеют инвалидность".

В некоторых российских регионах на нормативном уровне закреплена обязанность медицинских организаций проводить мониторинг обращений граждан. Согласно Приказу министра здравоохранения Свердловской области от 16.05.2012 N 539-П "Об организации работы с обращениями граждан в медицинских организациях Свердловской области" руководителям подведомственных Министерству здравоохранения Свердловской области медицинских организаций предписано ежеквартально до 20-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом, обеспечить заполнение на портале "Региональная информационная система здравоохранения Свердловской области. Мониторинг деятельности медицинских учреждений" таблицы "Мониторинг обращений граждан". Во множестве регионов России взаимосвязь заработной платы руководителей и медицинского персонала и качества оказания медицинской помощи отражена в критериях эффективности деятельности, на основании которых происходит распределение стимулирующих выплат.

**4.3. Контроль качества медицинской помощи со стороны страховых медицинских организаций и страховщиков профессиональной ответственности**

Деятельность страховых медицинских организаций в настоящее время приобретает важное значение, поскольку обладает высокой значимостью экономической эффективности медицинских услуг. Особенность деятельности заключается не только в контроле качества, но также объемов и обоснованности предоставления медицинских услуг. Обеспечение выполнения следующих двух взаимосвязанных целей, определяется расширением сферы полномочий:

- контролировать ход лечения застрахованных лиц, своевременность и качество оказания медицинской помощи во избежание развития осложнений или перехода заболевания в хроническую форму;

- снижать расходы на медицинскую помощь путем отбора поставщиков медицинских услуг с наилучшим соотношением цены/качества и препятствовать оказанию услуг, необоснованных с медицинской точки зрения. Право участия страховых медицинских организаций в контроле качества медицинской помощи закреплено в федеральном законе от 29.10.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и детализировано в приказе Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года N 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».[[41]](#footnote-41)

Основная цель приказа Минздрава №231н заключается в регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования при наступлении страхового случая в рамках программ обязательного медицинского страхования, а также создание условий для обеспечения доступности и качества указанной медицинской помощи.

Реализация мероприятий, направленных на проверку соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи объему и условиям, которые установлены программами обязательного медицинского страхования, договором по обязательному медицинскому страхованию и договором в рамках базовой программы, заключается в контроле объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам.[[42]](#footnote-42)

Утверждены следующие цели контроля:

1) защита прав застрахованного лица и обеспечение бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи в объеме и на условиях, определенных программами обязательного медицинского страхования, договором по обязательному медицинскому страхованию и договором в рамках базовой программы;

2) предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

- несоответствия оказанной медицинской помощи по видам, формам, объемам, срокам, качеству и условиям состоянию здоровья застрахованного лица при наступлении страхового случая с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением;

- невыполнения или ненадлежащего выполнения необходимых застрахованному лицу профилактических, диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи;

- несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях и стационаре;

3) проверка исполнения медицинскими организациями обязательств по оказанию необходимой медицинской помощи застрахованному лицу в рамках программ обязательного медицинского страхования;

4) проверка соответствия стоимости оказанной медицинской организацией медицинской помощи за отчетный период размеру финансового обеспечения объемов медицинской помощи, распределенных медицинской организации комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, созданной в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" на указанный период, установленных договором в рамках базовой программы.

Согласно действующему законодательству в сфере контроля качества медицинской помощи возлагает определение правильности выбора методов ее оказания на экспертов качества медицинской помощи. Требования к экспертам: врачи – специалисты, наличие высшего образования, свидетельства об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС. Заключение договор гражданско-правового характера (договор поручения) между страховой медицинской организации и экспертом, включенным в территориальный реестр экспертов, является обязательным для проведения экспертизы.

Экспертное заключение (протокол) страховой медицинской организацией является основой для составления заключения о результатах экспертизы качества медицинской помощи по форме, утверждаемой Федеральным фондом, в котором указывается сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты оказания медицинской помощи, и суммы выставленных штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Направление в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и в Министерство здравоохранения Российской Федерации заключение о результатах экспертизы качества медицинской помощи необходимо при условии выявления случаев невыполнения (неполного выполнения) медицинской организацией клинических рекомендаций, при отсутствии в медицинской документации обоснования неприменения указанных рекомендаций (при наличии медицинских показаний).

Существуют следующие «рычаги» воздействия страховых организаций на медицинские учреждения (в рамках осуществления контроля качества медицинской помощи):

1. предварительный отбор поставщиков медицинских услуг, в том числе создание собственной сети медицинских организаций;
2. осуществление премиальных выплат медицинским организациям при отсутствии нарушений стандартов лечения и жалоб застрахованных лиц;
3. наложение штрафов на медицинские организации при нарушении условий договора на оказание медицинских услуг;
4. изменение тарифов на оплату оказываемых услуг в установленных пределах (не более 5% от базового уровня тарифа);
5. составление рейтинга поставщиков медицинских услуг и ознакомление с ним застрахованных лиц;
6. снижение ставки страховых взносов для застрахованного лица при условии соблюдения им определенных правил (например, регулярное посещение профилактических медицинских осмотров).

Контроль качества и безопасности оказываемой медицинской помощи возможен с помощью страховых компаний, осуществляющих защиту организации от расходов, связанных с возмещением вреда пациентами, здоровью которых мог быть причинен ущерб, вследствие ошибочных решений или действий при оказании медицинских услуг.

Поскольку в нашей стране неразвита система страхования профессиональной ответственности медицинских работников можно обратиться к опыту других государств, в которых налажен процесс обязательного страхования профессиональных рисков. Организации, осуществляющие страхование ответственности, при помощи системы мониторинга неблагоприятных последствий, прилагают серьезные усилия для обеспечения безопасной и качественной медицинской помощи. Поскольку страховщики несут финансовые убытки, они используют различные методы, чтобы побудить поставщиков медицинских услуг проявлять разумную осторожность и ответственность.

Страховые организации привязывают страховые взносы к истории убытков поставщиков, накапливают данные, которые могут быть использованы для выявления основных причин врачебных ошибок, проводят оценку объектов медицинских учреждений на предмет предотвращения убытков, разрабатывают практические рекомендации, обучают поставщиков более последовательному предоставлению качественных услуг, а также поддерживают исследования и инициативы в области безопасности пациентов.

Страховщики ответственности также помогают выявить недобросовестных поставщиков медицинских услуг - отказывая им в страховании на основании неоднократных грубых нарушений в организации медицинской помощи населению. Сочетание стимулов, масштабных исследований и внедрению рекомендаций и требований по качеству услуг, должно привести к тому, что страховщики ответственности разработают более эффективные средства повышения безопасности, чем это сделали бы системы государственного контроля.

**ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 4**

Для предупреждения неблагоприятных последствий действий врача каждый случай врачебной ошибки должен быть изучен и обсужден на профессиональных конференциях. Такой подход развивает врачебное мышление и способствует уменьшению числа ошибок. Н. Н. Бурденко писал: «Я часто и сам во время своей деятельности совершал ошибки и в диагнозе, и в технике операции. Однако, в отчаяние и уныние впадать не следует. Не уныние, а еще большую жажду исканий и самосовершенствования должны вызывать наши неудачи и несовершенное знание».

При оценке врачебных ошибок нужно с помощью специалистов- членов экспертных комиссий вскрыть сущность и характер неправильных действий врача и, тем самым, получить основание для квалификации этих действий как добросовестных и, следовательно, допустимых или, напротив, недобросовестных и недопустимых. Объективные трудности выявления некоторых заболеваний возникают как следствие особенностей самого патологического процесса. Болезнь может протекать скрытно или принимать атипичное течение, комбинироваться с другими заболеваниями, что, естественно, не может не отразиться на диагностике.

Разбор жалоб пациентов на некоторые медицинские учреждения и врачей свидетельствует о том, что основная часть жалоб относится к психологическому аспекту взаимодействия, а не к уровню компетенции медицинских работников клиники или их профессиональных качеств. Взаимодействие врача и пациента, формируется на негативном эмоциональном фоне, так как поводом для их встречи становится проблема или симптом (заболевание).

Задача врача — максимально использовать свои профессиональные качества и создать благоприятные условия для того, чтобы наладить взаимодействие с пациентом, сформировать доверительные отношения и избежать конфликта. Наблюдения показывают, что в 80% случаев конфликты возникают помимо желания их участников и без очевидных серьезных причин.

Наиболее частыми причинами конфликтных ситуаций являются:

- недостаточно внимательное отношение к пациенту;

- отсутствие информированного согласия пациента на лечение;

- отсутствие согласованности в действиях врачей разных специальностей, коллегиальности в составлении плана лечения;

- дефекты ведения медицинской документации;

- профессиональная некомпетентность (необоснованное расширение показаний к хирургическому лечению);

- характерологические особенности врача и пациента.

Предотвращение врачебных ошибок - сложная медико-социальная, а также правовая проблема.

К организационным мерам относится тщательный анализ каждого клинического случая с неблагоприятным исходом. Важным элементом информированного согласия пациента и его близких родственников на проведение лечебно-диагностических мероприятий должна быть возможность получения объективной информации о причинах неблагоприятного исхода, принятых мерах для смягчения последствий допущенной ошибки и предотвращения подобных ситуаций впредь. Именно отсутствие такой информации у заинтересованных лиц, дефекты коммуникации между медицинским персоналом и пациентами, их родственниками часто провоцируют возникновение судебных споров, которых ввиду малозначительности допущенного дефекта можно было избежать.

Важнейшая роль в улучшении условий предоставления медицинских услуг принадлежит страховым организациям. Страховые медицинские организации несут ответственность за качественное исполнение обязательств по контролю качества медицинских услуг, на оплату которых они направляют средства фонда обязательного медицинского страхования. Решение многих сложных вопросов пациенты в большинстве случаев находят у страховых медицинских организаций, которые осуществляют независимый контроль качества медицинской помощи, находятся на одной стороне с пациентами и имеют полномочия добиваться соблюдения прав своих застрахованных. В случае, выявленных дефектов качества медицинских услуг, страховая компания применяет к медицинскому учреждению санкции в форме удержания части средств, потраченных на оплату этих услуг, таким образом стимулируя медицинские учреждения более ответственно контролировать работу своих сотрудников.

Страховые медицинские организации могут выступать независимым профессиональным аудитором, поскольку контролируют качество оказания медпомощи, аккумулируют всю аналитическую информация по недостаткам, к ним стекаются жалобы и претензии застрахованных. Анализ этих данных, должен предоставляться непосредственно в Росздравнадзор и Минздрав России.

Путем ужесточения КМП, издания дополнительных нормативных актов пациенты стали находиться в более выгодном положении. Сократилось время ожидания приема, увеличилась ответственность медработников. Реформирование системы в целом позитивно влияет и на работу врачей. Например, электронные очереди позволяют планировать день, а цифровые больничные облегчают бумажную работу.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Неизбежность ошибок, с одной стороны, и опасение огласки ошибки, с другой стороны, формирует индивидуальную и коллективную «сверхзащиту» врачей от своих же ошибок. В результате «сверхзащиты» немало тактических и технических ошибок остаются без должного внимания. Ошибки скрываются не только от пациентов, родных пострадавшего, но и от коллег. Ошибка все чаще остается без должного осознания самим совершившим ошибку врачом. Доказательства своей правоты (невиновности) любыми способами, выгораживание допустивших ошибку коллег обретает системность. Вместо критического анализа ошибок врач, защищаясь, убеждая себя и других в своей правоте, наоборот, фиксирует свои ошибочные образы мышления и действий.

Неблагоприятные события могут, как отдельные случаи оказания медицинской помощи, предоставлять богатую информацию и убедительные аргументы для действий и улучшения, а в совокупности их можно использовать для выявления и изучения причин высокой смертности и травматизма при лечении. Неблагоприятные события важны для организации здравоохранения не только для воздействия на медицинских работников, но и потому, что они могут дать представление о качестве медицинской помощи и возможностей для улучшения, поскольку существует прямая связь между неблагоприятными событиями и самим процессом оказания медицинской помощи. Организаторы здравоохранения и клиницисты признают важность разбора неблагоприятных исходов и видят возможности для улучшения, которые они предоставляют.

Постоянный анализ любых погрешностей, промахов, ошибок в работе ведет как минимум к закреплению в памяти профессиональных знаний и как максимум может формировать навыки установления сложных механизмов ошибок мышления. Отсутствие такого анализа приводит к абсурдным повторениям элементарных ошибок.

В лечении тяжелых больных, как правило, участвуют несколько специалистов, не считая дежурных врачей и среднего медперсонала.

Вероятность ошибки в процессе диагностики и/или лечения высока. Вместе с тем нельзя не согласиться и со следующим мнением: «Фактически невозможно, чтобы одна ошибка убила пациента в чрезвычайно механизированном мире современных больниц; должен случиться каскад невероятных вещей; катастрофические ошибки редко случаются из-за промаха одного человека, но почти всегда из-за дефекта системы». Критический анализ неблагоприятных исходов в клинике показывает важную роль дефектов организации медицинской помощи, способствующих тем или иным погрешностям и ошибкам в работе медицинского персонала. Большинство медицинских ошибок возникает в результате сбоев сложных медицинских систем, а не индивидуальной небрежности или некомпетентности.

Примеры системных ошибок: расположение служб экстренной помощи (экстренной лаборатории, кабинета хранения крови, рентген- кабинета, реанимации, операционной и т.д.) отдаленно от приемного покоя и друг от друга; отсутствие утвержденных клинических протоколов для неотложных ситуаций; недостаточный контроль за запасами медикаментов и других средств первой необходимости; комплектование дежурной бригады без учета квалификации и опыта врачей; дежурство врача экстренной службы двое суток подряд при достаточном количестве штатных сотрудников и т.п.

Благодаря установлению непосредственной причины смерти и причин ее несвоевременной диагностики и/или лечения можно установить организационные, технические и другие причины, не связанные с квалификацией врача, но сыгравшие ведущую роль в неблагоприятном исходе. Именно такой подход лежит в основе постоянного совершенствования организации и технического оснащения медицинской помощи.

Строгое взыскание за ошибки, преследующее повышение качества лечебно-диагностической работы, в итоге имеет обратный эффект, способствует сокрытию, повторению и тиражированию ошибок врачей. Обвинения в невиновном деянии (добросовестном заблуждении —ошибке мышления) привело к резкому сокращению разборов ошибок, что постепенно ведет к росту действительно виновных деяний (безответственности на фоне незнания, некомпетентности). Чем реже объективно и честно разбираются ошибки, тем больше становится ошибок из-за элементарного незнания.

Объективный анализ неблагоприятных исходов лечения способствует совершенствованию организации медицинской помощи, контролирует врачебные ошибки и является основным источником фактического материала для медицинской науки.

Таким образом, разработка комплекса мер, стимулирующих врачей признавать свои ошибки для профилактики последних, на сегодня важнее, чем совершенствование законов, наказывающих за ошибки.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:**

**Нормативно-правовые акты и документы**

1. Гражданский кодекс Российской Федерации

2. Трудовой кодекс Российской Федерации

3. Уголовный кодекс Российской Федерации

4. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

5. Федеральный закон от 31.07.2020 N 248-ФЗ (ред. от 05.12.2022) «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации»

6. Федеральный закон от 02.05.2006 N 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»

7. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года N 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»

8. Patient Injury Act, 1987 Law Finland

**Учебники, учебные пособия, монографии**

9. Вермель, И.Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности // И.Г. Вермель. – Свердловск: Изд-во Урал, 1998. – с.111

10. Воропаев А.В, Воропаева И.В, Исаев Ю.С. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников // Основы медицинского права и этики-2006. - С. 112

11. Глашев А.А. Медицинское право. Практическое руководство для юристов и медиков. – М. Волтерс Клувер, 2004. С. 193

12. Доскин В.А., Деринова Е.А., Картоева Р.А., СоколоваМ.С. Врачебные ошибки и конфликтные ситуации вклинической практике. Клиническаямедицинa.2014;4: 76.

13. Дудка О.Ф. Юридическая ответственность медицинских работников // Сибирский медицинский журнал, 2013, Том 28, № 4 С. 145

14. Дьяченко С.В., А.И. Авдеев, В.Г. Дьяченко Экспертиза ятрогении. Монография.- Хабаровск. Издательство Лидер. 2015. С 600

15. Ерофеев С.В., Неблагоприятный исход медицинской помощи: изучение проблемы в судебно-медицинской практике / С.В. Ерофеев, В.П. Новоселов // Судебно-медицинская экспертиза. – 2008. – №1. – С. 47.

16. Канунникова Л.В. Возможность внесудебного урегулирования споров между медицинскими организациями и пациентами посредством медиации / Л.В. Канунникова // Медицинское право. 2013. № 2. С. 56

17. Красавчиков О.А. Возмещение вреда, причиненного источником повышенной опасности. М., 1966. – С.200

18. Кратенко М.В. Возмещение вреда пациенту: деликтное право vs компенсационные (страховые) схемы // Вестник Томского государственного университета. 2022. № 477. С. 276

19. Кратенко М.В, Дивеева Н.И. Модельный закон СНГ «О страховании профессиональной ответственности медицинских работников» 2021 С.

20. Кратенко М.В., О.-Ю. Луйк Возмещение вреда, причиненного вследствие ненадлежащего медицинского вмешательства: Сравнительный анализ опыта РФ и Эстонии. "Закон", 2020, N 7

21. Кругова Н.В., Степанова Л.В., Красавина Е.Р. Правовые аспекты разграничения врачебной ошибки и несчастного случая при осуществлении профессиональной деятельности медицинского работника // Верхневолжский медицинский журнал. 2022. № 3. С. 64.

22. Линденбратен, А.Л. Взаимодействие ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи / А.Л. Линденбратен, С. Дунаев, Т. Виноградова // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. - №3. – С. 160.

23. Махамбетчин М.М. О врачебных ошибках. Здравоохранение Российской Федерации. 2018; 62(6): 323-30.

24. Махамбетчин М.М., Тургунов E.M., Шакеев К.Т. Отдельные аспекты теории ошибок врачей. Профилактическая медицина. 2020; 4: 102-108.

25. Мельникова Л.С., Назаров В.С. Роль страховых медицинских организаций в управлении качеством медицинской помощи //Управление здравоохранением, 2015, С. 43-47

26. Пасикова Т.А. Перспективы развития внесудебных способов урегулирования споров, возникающих при оказании медицинских услуг || Правовые основы в здравоохранении. 2013. №2. С. 10-15.

27. Петрова Т.Н. История и перспективы уголовной ответственности медицинских работников // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2018. № 2 (16). С. 155

28. Повзун С.А. Дефект медицинской помощи или несчастный случай? // Медицинское право, 2017, N 4. С.35

29. Сергеев Ю.Д. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи / Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеев, – М. – 2001. – 284 с.

30. Старчиков М.Ю. Предупреждение конфликтных ситуаций между медицинскими организациями и пациентами: положения законодательства, практические рекомендации. [Инфотропик](https://www.labirint.ru/pubhouse/2852/), 2020 г. C. 328

31. Сучкова Т.Е. К вопросу о квалифицирующих признаках врачебной ошибки // Медицинское право. 2014. №6. С. 56

32. Тихонова Е.Ю. Внесудебные способы разрешения медицинских споров: Опыт России и Европы // Стратегия устойчивого развития регионов России, 2010, С. 120-123

33. Токуев М.М. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников за причинение вреда пациенту / М.М. Токуев // Пробелы в российском законодательстве. — 2011.— № 6. — С. 234

34. Халин Р.В. Теория информированного посредника как специальный случай освобождения от ответственности за вред, причиненный вследствие недостатков товаров, работ или услуг по законодательству США и Англии // Международный научнопрактический журнал «Наука и образование: хозяйство и экономика; предпринимательство; право и управление». - 2015г.- № 7(62).- С. 90-95

35. Ходакова О.В. Анализ обращений граждан в системе обязательного медицинского страхования как инструмент урегулирования конфликтных ситуаций на досудебном этапе // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2013. N 4. С. 144

36. Ann Arbor, MI, Malpractice Suits and Physician Apologies in Cancer Care // Journal of oncology practice 2011 Vol. 7, issue 6, p 453

37. Darius Pranka The price of medical negligence- should it be judged by the criminal court in the context of the jurisprudence of the European court of human rights? // Daltic jornal of law and politics. Volume 14, number 1 (2021): p. 124-149

38. Jutta Järvelin Studies on Filed and Compensated Claims for Patient Injuries. Academic Dissertation. National institute for health and welfare Researh 92/2012 p. 86-88

Ссылки на электронные источники информации

39. Официальный сайт следственного комитета РФ заседание межведомственной рабочей группы по вопросам расследования преступлений, связанных с врачебными ошибками Точка доступа: https://sledcom.ru/news/item/1240870

40.. Выступление Министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Скворцовой на «Правительственном часе» в Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации Точка доступа: <https://minzdrav.gov.ru/news/2016/12/23/3357>

41. Финский Центр страхования пациентов. Официальный сайт Центра: <https://www.pvk.fi/en/>.

41. Определение компенсации пострадавшим пациентам Точка доступа: www.commissions-crci.fr/procedures.php.

1. Повзун С.А Дефект медицинской помощи или несчастный случай?, "Медицинское право", 2017, N 4 [↑](#footnote-ref-1)
2. Доскин В.А., Деринова Е.А., Картоева Р.А., СоколоваМ.С. Врачебные ошибки и конфликтные ситуации вклинической практике. Клиническая медицинa.2014;4: 57-63. [↑](#footnote-ref-2)
3. Кругова Н.В., Степанова Л.В., Красавина Е.Р. Правовые аспекты разграничения врачебной ошибки и несчастного случая при осуществлении профессиональной деятельности медицинского работника // Верхневолжский медицинский журнал. 2022. № 3. С. 47. [↑](#footnote-ref-3)
4. Ерофеев, С.В., Неблагоприятный исход медицинской помощи: изучение проблемы в судебно-медицинской практике / С.В. Ерофеев, В.П. Новоселов // Судебно-медицинская экспертиза. – 2008. – №1. – С. 35-38. [↑](#footnote-ref-4)
5. Махамбетчин М.М., Тургунов E.M., Шакеев К.Т. Отдельные аспекты теории ошибок врачей. Профилактическая медицина. 2020; 4: 103. [↑](#footnote-ref-5)
6. С. В. Дьяченко, А. И. Авдеев, В. Г. Дьяченко Экспертиза ятрогении. Монография.- Хабаровск. Издательство Лидер. 2015. С 357. [↑](#footnote-ref-6)
7. Сергеев, Ю.Д. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи / Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеев, – М. – 2001. – С 284. [↑](#footnote-ref-7)
8. Глашев А.А. Медицинское право. Практическое руководство для юристов и медиков. – М. Волтерс Клувер, 2004. С. 60 [↑](#footnote-ref-8)
9. Трудовой кодекс РФ [↑](#footnote-ref-9)
10. Махамбетчин М.М. О врачебных ошибках. Здравоохранение Российской Федерации. 2018; 62(6): 323-30. [↑](#footnote-ref-10)
11. Уголовный кодекс РФ. [↑](#footnote-ref-11)
12. https://sledcom.ru/news/item/1240870 официальный сайт следственного комитета РФ заседание межведомственной рабочей группы по вопросам расследования преступлений, связанных с врачебными ошибками [↑](#footnote-ref-12)
13. Darius Pranka The price of medical negligence- should it be judged by the criminal court in the context of the jurisprudence of the European court of human rights? // Daltic jornal of law and politics. Volume 14, number 1 (2021): p. 124-149 [↑](#footnote-ref-13)
14. Гражданский кодекс РФ [↑](#footnote-ref-14)
15. Петрова Т.Н. История и перспективы уголовной ответственности медицинских работников // Вестник Академии Следственного комитета Российской Федерации. 2018. № 2 (16). С. 85-89. [↑](#footnote-ref-15)
16. Ann Arbor, MI, Malpractice Suits and Physician Apologies in Cancer Care // Journal of oncology practice 2011 Vol. 7, issue 6, p 390-392 [↑](#footnote-ref-16)
17. Токуев М.М. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников за причинение вреда пациенту / М.М. Токуев // Пробелы в российском законодательстве. — 2011.— № 6. — С. 104–107. [↑](#footnote-ref-17)
18. Сучкова Т. Е. К вопросу о квалифицирующих признаках врачебной ошибки // Медицинское право. 2014. №6. С. 41. [↑](#footnote-ref-18)
19. Халин, Р.В. Теория информированного посредника как специальный случай освобождения от ответственности за вред, причиненный вследствие недостатков товаров, работ или услуг по законодательству США и Англии [Текст] /Р.В. Халин, А.С. Мамин, Н.Н. Надежин // Международный научнопрактический журнал «Наука и образование: хозяйство и экономика; предпринимательство; право и управление». - 2015г.- № 7(62).- С. 90-95 [↑](#footnote-ref-19)
20. https://minzdrav.gov.ru/news/2016/12/23/3357-vystuplenie-ministra-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-veroniki-skvortsovoy-na-pravitelstvennom-chase-v-sovete-federatsii-federalnogo-sobraniya-rossiyskoy-federatsii [↑](#footnote-ref-20)
21. Канунникова Л.В. Возможность внесудебного урегулирования споров между медицинскими организациями и пациентами посредством медиации / Л.В. Канунникова // Медицинское право. 2013. № 2. С. 26 – 28 [↑](#footnote-ref-21)
22. Пасикова Т.А. Перспективы развития внесудебных способов урегулирования споров, возникающих при оказании медицинских услуг || Правовые основы в здравоохранении. 2013. №2. С. 10-15. [↑](#footnote-ref-22)
23. Точка доступа: www.commissions-crci.fr/procedures.php. [↑](#footnote-ref-23)
24. Тихонова Е.Ю. Внесудебные способы разрешения медицинских споров: Опыт России и Европы // Стратегия устойчивого развития регионов России, 2010, С. 120-123. [↑](#footnote-ref-24)
25. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [↑](#footnote-ref-25)
26. Воропаев А.В, Воропаева И.В, Исаев Ю.С. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников // Основы медицинского права и этики-2006.- С. 104-107. [↑](#footnote-ref-26)
27. Кратенко М.В., О.-Ю. Луйк Возмещение вреда, причиненного вследствие ненадлежащего медицинского вмешательства: Сравнительный анализ опыта РФ и Эстонии. "Закон", 2020, N 7 [↑](#footnote-ref-27)
28. Дудка О.Ф. Юридическая ответственность медицинских работников // Сибирский медицинский журнал, 2013, Том 28, № 4 С. 118 [↑](#footnote-ref-28)
29. Кратенко М.В, Дивеева Н.И. Модельный закон СНГ «О страховании профессиональной ответственности медицинских работников» 2021 [↑](#footnote-ref-29)
30. Федеральный закон от 31.07.2020 N 248-ФЗ (ред. от 05.12.2022) "О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации" [↑](#footnote-ref-30)
31. Красавчиков О.А. Возмещение вреда, причиненного источником повышенной опасности. М., 1966 [↑](#footnote-ref-31)
32. Patient Injury Act, 1987 Law Finland [↑](#footnote-ref-32)
33. Финский Центр страхования пациентов. Официальный сайт Центра: <https://www.pvk.fi/en/>. [↑](#footnote-ref-33)
34. Jutta Järvelin Studies on Filed and Compensated Claims for Patient Injuries. Academic Dissertation.

    National institute for health and welfare Researh 92/2012 p. 86-88 [↑](#footnote-ref-34)
35. Кратенко М.В. Возмещение вреда пациенту: деликтное право vs компенсационные (страховые) схемы // Вестник Томского государственного университета. 2022. № 477. С. 235. [↑](#footnote-ref-35)
36. Линденбратен, А.Л. Взаимодействие ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи / А.Л. Линденбратен, С. Дунаев, Т. Виноградова // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. - №3. – С. 114-117. [↑](#footnote-ref-36)
37. Вермель, И.Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности / И.Г. Вермель. – Свердловск: Изд-во Урал, 1998. – 12 с. [↑](#footnote-ref-37)
38. Федеральный закон от 02.05.2006 N 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» [↑](#footnote-ref-38)
39. М.Ю. Старчиков Предупреждение конфликтных ситуаций между медицинскими организациями и пациентами: положения законодательства, практические рекомендации. [Инфотропик](https://www.labirint.ru/pubhouse/2852/), 2020 г. C. 52 [↑](#footnote-ref-39)
40. Ходакова О.В. Анализ обращений граждан в системе обязательного медицинского страхования как инструмент урегулирования конфликтных ситуаций на досудебном этапе // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2013. N 4. [↑](#footnote-ref-40)
41. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года N 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения». [↑](#footnote-ref-41)
42. Л. С. Мельникова, В. С. Назаров Роль страховых медицинских организаций в управлении качеством медицинской помощи //Управление здравоохранением, 2015, С. 43-47 [↑](#footnote-ref-42)