

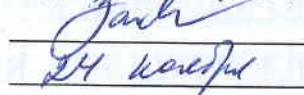
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ИНСТИТУТ ГОСУДАРСТВА И ПРАВА
Кафедра гражданско-правовых дисциплин

РЕКОМЕНДОВАНО К ЗАЩИТЕ В ГЭК

Заведующий кафедрой

Д-р юрид. наук, доцент



Л. В. Зайцева

2022 г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

магистерская диссертация

**ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА И ЗАЩИТА ПРАВ ПАЦИЕНТОВ
(НА МАТЕРИАЛАХ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ)**

40.04.01 Юриспруденция

Магистерская программа «Магистр права»

Выполнила работу
студентка 3 курса
заочной
формы обучения



Классина Анжелика
Вячеславовна

Научный руководитель
доцент, кандидат юридических наук



Курсова Оксана
Александровна

Рецензент
кандидат юридических наук,
доцент кафедры общественного здоровья и
здравоохранения Тюменского ГМУ
Минздрава России



Горовенко Сергей
Викторович

Тюмень 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

<u>ВВЕДЕНИЕ</u>	3
<u>ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ:</u>	
<u>ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ</u>	7
<u>1.1. ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА: ПОНЯТИЕ И ОТГРАНИЧЕНИЕ ОТ</u>	
<u>СМЕЖНЫХ КАТЕГОРИЙ</u>	7
<u>1.2 ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН КАК</u>	
<u>ЮРИДИЧЕСКАЯ ОСНОВА ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВРАЧЕБНЫХ</u>	
<u>ОШИБОК</u>	20
<u>ГЛАВА 2. ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА В КОНТЕКСТЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ</u>	
<u>ПАЦИЕНТОВ</u>	41
<u>2.1. ПРАВОВЫЕ СРЕДСТВА РЕАЛИЗАЦИИ СПОСОБОВ ЗАЩИТЫ</u>	
<u>ПРАВ ПАЦИЕНТА В СЛУЧАЕ СОВЕРШЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ</u>	
.....	41
<u>2.2. ПРАВОВЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ: АНАЛИЗ</u>	
<u>МАТЕРИАЛОВ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ</u>	56
<u>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</u>	77
<u>БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК</u>	83

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования определяется рядом противоречий в правовом регулировании процесса оказания медицинской помощи и медицинских услуг. Медицина как наука демонстрирует значительный прогресс в объяснении явлений окружающего мира, совершенствует методы борьбы с заболеваниями – от диагностики до лечения, что открывает возможности повышения качества человеческой жизни и её продолжительности. Вместе с тем, не все процессы гарантируют благоприятный исход, который зависит от множества факторов, включая человеческий, а также следует принять во внимание тот факт, что мир постоянно усложняется, появляются новые заболевания, пути противодействия которым еще не выработаны. Наглядный тому пример – эпидемия COVID-19, сопровождающаяся активными поисками путей противодействия самой болезни, её последствий и недопущения распространения вируса. В этих условиях восхищение общественности самоотверженностью врачей порой сопровождалось и продолжает сопровождаться сомнениями (подчас справедливыми) в их способности принимать решения в условиях существенных нервных перегрузок [Глеб Кузнецов...], а также в критике современной науки вообще, заключающейся в неспособности ученых ответственно относиться к проводимым экспериментам, предвидеть последствия и страховать риски [Covid...]. Это наглядно демонстрирует возможность для права как социального регулятора выработать такие формы регулирования труда врачей, которые бы позволили снизить негативное влияние на систему здравоохранения неблагоприятных исходов, возникших как результат решения, принятого в условиях неопределенности, но потенциально предотвратимых, иначе говоря - последствиях врачебных ошибок. Нужно отметить, что в российском законодательстве до сих пор не выработано определение врачебной ошибки, что открывает возможности как для

теоретических исследований, так и для практических рекомендаций в указанной сфере общественных отношений.

Второе противоречие заключается в функционировании принципа гуманизма правового регулирования. С одной стороны, признание права на жизнь и здоровье, должный уровень медицинской помощи в современном праве никем не оспаривается, а все правовые институты нацелены на его обеспечение, соблюдение и защиту. Врач обладает всеми признаками специального субъекта права, он несет повышенную ответственность за принимаемые относительно жизни и здоровья пациента решения. С другой стороны, современное развитие учения о работе человеческого мозга предоставляет все больше подтверждений относительно справедливости максимы «человеку свойственно ошибаться» [Казанцева]. Требовать от человека стопроцентной безошибочности в своих действиях означало бы игнорирование его человеческой природы, сведение его до объекта, что недопустимо. В этих условиях праву как социальному регулятору, необходимо искать компромисс между частными интересами врача как субъекта, принимающего решения, и публичными интересами пациентов, как испытывающих на себе прямое воздействие данных решений.

Степень изученности проблемы. Понятие врачебной ошибки не нашло официального закрепления в законодательстве, что определяет наличие научной дискуссии и диссертационных исследований по теме врачебной ошибки. Вопросы ошибок в праве как таковом затронуты в работах Л.А. Морозовой и Н.А. Бочарниковой. Определение врачебной ошибки как элемента коммуникативного процесса во взаимодействии врача и пациента рассматривает Г.Г. Хубулава. Врачебные ошибки в контексте нормативного статуса врача и действия социальных регуляторов рассматривает Г.Ю. Бударин. Врачебная ошибка понимается как дефект медицинской помощи, право на получение которой носит конституционный характер, отражено в работе А.А. Понкиной. Гражданско-правовой аспект возмещения вреда, причиненного

вследствие врачебных ошибок исследуется в работе Н.А. Ивановой. Уголовно-правовая оценка врачебной ошибки даётся в диссертации А.В. Кудаква, который полагает необходимостью конкретизацию ответственности врачей. В зарубежных источниках определение врачебной ошибки как эффекта медицинской помощи дают Хофер Т.П., Керр Э.А., Хейворд Р.А. Другое определение, связанное с незапланированным исходом медицинской помощи, предлагают Гробер Э.Д., Бонен Дж. М. Причинно-следственные связи модели врачебной ошибки предлагает Джеймс Ризон. Точку зрения о системных причинах врачебных ошибок, связанных с функционированием системы здравоохранения отстаивают Ники Карвер, Викас Гупта и Джон Э. Хипскинд.

Вместе с тем, следует признать, что значительная часть вопросов, связанных с врачебными ошибками, касается анализа таковых в рамках медицинских исследований конкретных болезней, а правовой аспект проблемы нуждается в дополнительном всестороннем изучении.

Объектом исследования выступают общественные отношения в сфере медицинской деятельности, возникающие в связи с врачебными ошибками и защитой прав пациентов.

Предметом исследования являются правовые нормы, научная литература и материалы правоприменительной практики, относящиеся к проблематике врачебной ошибки и защиты прав пациентов.

Целью исследования является комплексное рассмотрение правовых проблем врачебной ошибки и защиты прав пациентов.

Достижение данной цели обусловлено необходимостью решения следующих задач:

- дать общую характеристику врачебной ошибки, определить ее понятие и отграничить от смежных категорий;
- исследовать законодательство об охране здоровья граждан как юридическую основу для предупреждения врачебных ошибок;

- исследовать правовые средства реализации способов защиты прав пациента в случае совершения врачебной ошибки;

- исследовать правовые последствия врачебной ошибки, проведя анализ материалов судебной практики.

Методологической основой исследования является система различных методов, логических приемов и средств научного познания. В составе диалектической теории применялись как общенаучные, так и частно-научные методы исследования: историко-правовой, формально-логический, формально-юридический, метод научной дедукции, нормативно-правового и сравнительно-правового анализа.

Нормативную базу исследования составили Конституция Российской Федерации, федеральные законы, постановления Правительства Российской Федерации, а также приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научная новизна заключается:

- в выработке авторского подхода к сущности врачебной ошибки, систематизации и актуализации современных правовых взглядов на врачебную ошибку;

- Научная апробация выводов работы проводилась в публикациях по теме исследования в следующих изданиях: 30 ноября 2021 г. В Научную электронную библиотеку (eLIBRARY.RU) для индексации полные метаданные по номеру журнала «Молодой ученый», (№ 47 (389, ноябрь 2021 г.)).

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ: ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ

1.1. ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА: ПОНЯТИЕ И ОТГРАНИЧЕНИЕ ОТ СМЕЖНЫХ КАТЕГОРИЙ

Понятие ошибки встречается как в обыденной жизни, так и в различных сферах научного знания. «Ошибочное» является противоположностью «истинного», а так как научный, рациональный способ познания предполагает поиск и установление истины, то установление ошибочности каких-либо суждений, фактов и поступков является неотъемлемой его частью. Специфика предмета, метода познания предопределяет различные подходы к ошибкам в разных сферах научного знания. Однако попытку сформулировать некую общую концепцию ошибочности, «теорию ошибки» предпринял философ Ф.А. Селиванов. Ученый назвал свою междисциплинарную теорию «эррологией» (от лат. *error* - промах, ошибка, погрешность и *logos* - слово, разум, учение). Ошибка определяется как «непреднамеренная неправильность которую система с обратной связью в состоянии заметить и устранить (если существует возможность)» [Селиванов, с. 19]. В этом определении есть ряд значимых свойств ошибки: она носит непреднамеренный характер (ложь и обман всегда намерены), она неправильна (несоответственна или неадекватна некоему эталону, нелогична), ошибки могут быть идентифицированы системами с обратной связью (такой системой может быть сам дееспособный человек) и, по возможности, устранить. Применительно к человеку и совершаемым им ошибкам можно говорить о существенном значении волевого компонента и производной от него деятельности, вследствие которого ошибка может быть, во-первых, совершена, во-вторых, идентифицирована, в-третьих, по возможности устранена. При этом устранение ошибки является факультативным признаком, а идентификация и совершение ошибки –

обязательными: нельзя сказать, что ошибка есть, если её никто не совершил, имея возможность её выявить и предотвратить.

В теории права понятие ошибки встречается в аспекте применения правовых норм и часто понимается как заблуждение лица относительно правовых или материальных последствий собственных действий, имеющих юридическое значение. Среди признаков ошибки в праве часто упоминается специфический субъектный состав – допустить правовую ошибку может только лицо, которое наделено правом заниматься правотворческой, правореализационной или интерпретационной деятельностью [Морозова, с. 350]. Вместе с тем, как представляется, совершение ошибок возможно в ходе различных видов социальной деятельности человека (который при этом необязательно наделен какими-то особыми юрисдикционными полномочиями), и разные отрасли права, регулирующие аспекты социальной деятельности будут иметь свою специфику в понимании ошибки. Подтверждение справедливости такого суждения находим у Н.А. Бочарниковой, которая рассуждает об административной ошибке. Юрист при этом полагает, что для гражданского права ошибка отождествляется с заблуждением, в отраслях, регулирующих процессуальные аспекты, ошибка тождественна правонарушению, в общей теории права – это негативный результат деятельности, в уголовном праве – заблуждение лица относительно характера и степени общественной опасности совершаемого деяния и его уголовной противоправности [Бочарникова]. Мы полагаем, что для права понятие ошибки должно пониматься как негативный результат непреднамеренной волевой деятельности субъекта, являющийся при этом юридическим фактом, потенциально могущим породить определенные юридические последствия. При этом не имеет значения, наделен ли ошибающийся субъект специальными полномочиями по толкованию или применению права – это важно только при установлении степени и характера влияния такой ошибки на дальнейшие правоотношения (к примеру, санкция за ошибки, допущенные руководством

организации в определенных случаях может быть выше, чем за ошибки, допущенные их подчиненными).

Понятие врачебной ошибки находит своё отражение в диссертационных исследованиях различных научных направлений. Как можно предположить, значительная их часть связана с анализом причин и следствий ошибок во врачебной практике применительно к лечению различных болезней и их групп, при оказании определенных видов медицинской помощи – к этому относится широкий спектр исследований в области медицины. Вместе с тем, понятие врачебных ошибок осмысливается в рамках наук об обществе в силу междисциплинарного характера явления врачебной ошибки. Междисциплинарность, прежде всего, прослеживается учеными на стыке права и этики, как об этом пишут, например, Ж.В. Чашина и Е.Н. Чекушкина [Чашина, Черкушина], но мы считаем, что плотность междисциплинарных связей может включать явление врачебной ошибки в круг проблем когнитивистики, социологии, аксиологии, психологии и других наук. Обратимся далее к содержанию некоторых исследований, характеризующих различные подходы к понятию врачебной ошибки.

Одно из довольно часто приводимых в российских публикациях определений врачебной ошибки сформулировал И.В. Давыдовский, по определению которого врачебные ошибки представляют собой «добросовестные заблуждения врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества» [Давыдовский, с. 9]. Здесь весьма ценным представляется исключение случаев небрежности и халатности из круга явлений, описываемых термином «врачебная ошибка». Вместе с тем, возникает вопрос, что считать профессиональным невежеством, как разграничить его с небрежностью. Такое определение свидетельствует о существенной роли оценочных категорий при формулировке подходов к определению врачебной ошибки.

Испытанием на восприятие ценности человеческой жизни, причем как жизни пациента, так и профессиональной жизни врача, называется врачебная ошибка Г.Г. Хубулава [Хубулава]. Если испытание ценности жизни пациента не нуждается в комментариях, то относительно ценности профессиональной жизни врача ученый поясняет, что в её результате страдает репутация врача в сообществе, отношение к себе самому, а также может возникнуть угроза его жизни или жизни близких [Хубулава 2016b, с. 27]. Таким образом, на первый план выходит ценностный, аксиологический аспект врачебной ошибки, которая ставит под сомнение профессионализм врача, создаёт ситуацию морального и экзистенциального выбора, исключительно сильно воздействуя на его дальнейшее поведение.

Врачебные ошибки в контексте социального, нормативного статуса врача рассматривает Г.Ю. Бударин. Исследователь приходит к выводу, что статус врача формируется за счет воздействия трех социальных институтов – медицины, морали и права, при этом отмечается тенденция юридизации профессиональной деятельности – любая ошибка воспринимается обществом как проступок или преступление, что негативно влияет на престиж профессии, делает врачей уязвимой социальной группой. Врачебная ошибка рассматривается с позиции сложного медико-социального явления, которое необходимо отличать от таких понятий как «преступление», «преступная халатность», «проступок». Автором предлагается следующее определение врачебной ошибки: *«невинное причинение вреда здоровью или жизни лица в связи с проведением диагностических, лечебных, профилактических и/или реабилитационных мероприятий практикующим врачом, имеющим лицензию на деятельность данного рода»* [Бударин, с. 35]. Тем самым определяются такое последствие ошибки врача как причинение вреда здоровью или жизни лица, что, на наш взгляд, образует юридическое последствие и потому позволяет оценивать ошибку в контексте не только моральных, этических норм, но и права ввиду наличия именно правовых средств охраны жизни и здоровья.

Примечательно определение наличия лицензии на осуществление медицинской деятельности как обязательного признака в таком определении. Следовательно, правовое регулирование, установление подтвержденной законом особой субъектности врача как носителя определенных компетенций, способствующих достижению целей врачевания, важно при определении врачебной ошибки. Обращает на себя внимание также конструкция «невиновное причинение вреда», такой подход позволяет говорить, что врачебная ошибка в волевом аспекте исключает вину.

Право человека на охрану жизни и здоровья может рассматриваться в различных аспектах, в том числе, с точки зрения достижения определенного уровня качества медицинской помощи, как одной из гарантий реализации такого права. Прежде всего, такая помощь должны быть безопасной, а в этом контексте наличие врачебных ошибок будет свидетельствовать о наличии угрозы жизни и здоровью пациента, следовательно, врачебную ошибку можно считать дефектом медицинской помощи. Такой подход, в частности, демонстрирует А.А. Понкина, которая, в условиях отсутствия в российском законодательстве понятий «врачебная ошибка», «дефекты медицинской помощи», формулирует собственную концепцию врачебной ошибки и её соотнесения с другими категориями (рисунок 1).

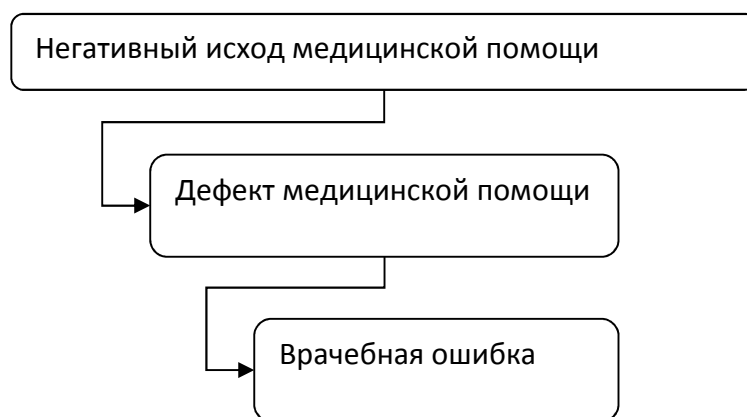


Рисунок 1 – Соотношение понятия «врачебная ошибка» и «дефект медицинской помощи»

Исследователь выделяет существенно неблагоприятные последствия для жизни и здоровья пациента, потенциально возникающие в ходе оказания ему медицинской помощи:

- лишение жизни;
- причинение существенного вреда здоровью, который превышает некоторый нижний предел;
- появление болевых ощущений, тяжело переносимых пациентом и возникших из-за действий или бездействий, потенциально избегаемых, или же отсутствие потенциально достижимого результата по устранению или снижению болевого синдрома, а также связанных с заболеванием факторов, которые определили страдания пациента, могущие считаться существенными;
- рост до критического уровня рисков смерти либо населения значимого вреда здоровью пациента.

Разновидности негативных исходов медпомощи в толковании исследователя таковы:

- дефект медицинской помощи ятрогенного свойства;
- негативные эффекты сопровождающие безошибочные и невиновные действия врача (побочки, осложнения течения, патологические процессы);
- несчастные случаи;
- неправильные действия пациента;
- злоумышленные действия на причинение вреда или смерти.

Далее исследователь раскрывает понятие ятрогенного дефекта медицинской помощи (для этого предварительно были сформулированы существенно неблагоприятные последствия, приведенные выше). По определению автора, *«Ятрогенный дефект медицинской помощи - это случившееся или возможное при определённых условиях событие возникшее и имеющее причинно-следственную связь вследствие действий или бездействия, в том числе ошибочных или халатных, врача или иного медицинского либо фармацевтического работника при оказании медицинской помощи или*

медицинских услуг пациенту, либо вследствие действий/бездействия пациента, либо в результате технической ошибки или неисправности медицинской техники или медицинского оборудования, повлекшее по крайней мере одно из существенно неблагоприятных событий» [Понкина, с. 22]. Затем юрист подходит к собственному развернутому определению врачебной ошибки, которую понимает как частный случай ятрогенного дефекта: «Медицинская (врачебная) ошибка - это случившееся или возможное при определённых условиях событие, вызванное невиновными действиями или бездействием врача (в ряде случаев - младшего медицинского персонала) при оказании им пациенту медицинской помощи или медицинских услуг, повлекшее по крайней мере одно из существенно неблагоприятных для жизни и здоровья пациента событий при условии, что врач, должным образом соблюдая признанные стандарты оказания медицинской помощи и установленные согласно современным научным представлениям инструкции, в связи с объективными обстоятельствами добросовестно заблуждался в отношении оцениваемого им состояния пациента и/или устанавливаемого им или другим врачом диагноза (полностью или частично по основному или сопровождающему(им) заболеванию(ям)), или в отношении своих действий (в отношении ответственно назначаемого им комплекса медицинских вмешательств и мер в отношении пациента или в отношении ответственно прогнозовавшихся им последствий совершения таких медицинских вмешательств и мер) либо в отношении предоставляемой пациенту информации о состоянии его здоровья, о его должном поведении в связи с этим и о перспективах и рисках реализуемых медицинских вмешательств и мер, и соответственно, врач не предвидел и не мог в необходимой мере предвидеть и предотвратить существенно неблагоприятное для жизни и здоровья пациента событие» [Понкина, с. 23]. Здесь можно выделить конструкт относительно возможного или случившегося события, а также указать на характеристику действий или бездействий врача как невиновных.

Логично предположить, что очевидность ошибки проявляется в причинно-следственной связи между наличием вреда здоровью и жизни, нанесенного гражданину и действиями медицинских работников. Медицинские манипуляции в настоящее время обозначаются как медицинская помощь и медицинские услуги. В общественном сознании и науке существует дискуссия о различии этих двух явлений: одни авторы считают, что медицинская помощь и медицинская услуга – это тождественные друг другу явления (при этом не имеет значения, из какого источника она финансируется) [Буранбаева], другие полагают, что медицинская услуга может быть составляющей медицинской помощи, которую финансирует государство [Полянская], указывая при этом, что услуга при этом обладает признаком оборотоспособности [Тихомиров]. Последнее обстоятельство предполагает, что применительно к отношениям между врачом и пациентом могут применяться принципы гражданского права, в частности, норм, регулирующих оказание услуг и сообразные правила на безопасную услугу и возмещение вреда, нанесенного пациенту в ходе оказания медицинской услуги. Это позволяет исследователям рассматривать врачебные ошибки именно в гражданско-правовом контексте. Примером такой работы может служить диссертация Н.А. Ивановой. Исследователь полагает, что *«врачебная ошибка - это действия (бездействие) медицинского работника лечебно-профилактического учреждения, являющиеся результатом заблуждения в процессе осуществляемой медицинской деятельности из-за недостатка врачебного опыта, неисправности медицинского оборудования, неполноты истории болезни, редкости заболевания, анатомических особенностей организма, способное повлечь неверное диагностирование заболевания, определение методов и средств лечения»* [Иванова, с. 9]. Здесь видно, что юрист полагает ошибку как действие, вызванное результатом заблуждения, при этом определяя закрытый перечень возможных причин возникновения таких заблуждений, что отличает от подхода в определении ошибки как вида ятрогении в работе А.А. Понкиной. Примечательно, что

нанесенный вред в данном случае также не является обязательным признаком и последствием ошибки, важна сама потенциальная возможность наступления такого последствия, понятие вины причинителя вреда рассматривается исследователем только в аспекте его (вреда) компенсации. Применительно к последнему диссертационное исследование содержит любопытное предложение по дифференциации составов части вины в зависимости от формы собственности организации, которая оказывает медицинские услуги. Предполагается, что частные медицинские учреждения несут за действия врачей (исполнителей) повышенную ответственность, при этом вина самого исполнителя значения не имеет. Государственные и муниципальные медицинские организации – должны нести ответственность исключительно при наличии вины исполнителя. Вероятно, такой подход связан с разным пониманием концепций медицинской помощи и медицинских услуг – «бесплатная» помощь воспринимается как нечто, качество чего может оцениваться иначе, чем качество возмездной услуги.

Высокая общественная значимость жизни и здоровья человека предусматривает широкие возможности правовой защиты этих ценностей, в том числе, в случаях нанесения вреда в ходе оказания медицинской помощи или медицинских услуг. Высокая общественная опасность деяний, посягающих на жизнь и здоровье определяет наличие уголовно-правовых санкций, что подразумевает исследование явления врачебной ошибки в контексте уголовного права. Зачастую при этом врачебные ошибки рассматриваются в контексте неосторожной формы вины, либо деяния, исключаящего виновность в принципе. Здесь можно привести в качестве примера диссертационное исследование А.В. Кудаква. Автор предлагает следующее определение: *«Врачебная ошибка - это избрание медицинским работником опасных для жизни или здоровья пациента методов и средств диагностики и лечения, вызванное незнанием либо самонадеянным игнорированием специальных юридически значимых требований, предъявляемых к профессиональному*

поведению в сложившейся ситуации» [Кудаков, с. 7]. С точки зрения исследователя, из-за слабой проработанности понятия врачебной ошибки распространяются практики безответственного поведения медицинских работников. При этом он отмечает, что уголовная ответственность врачей за профессиональную погрешность в настоящее время наступает только в том случае, если наблюдается неосторожное причинение реального и конкретно определенного вреда пациенту, а создание опасности, которая не была реализована, не охватывается нормами уголовного кодекса, что нельзя признать удовлетворяющим общественному запросу. Общественная опасность врачебной ошибки при этом оценивается автором как довольно высокая, возникающая уже на этапе создания угрозы причинения вреда для жизни и здоровья пациента.

Другой подход к врачебной ошибке демонстрируется в исследовании Кудашова, который предлагает разделять медицинские ошибки на преступные и не преступные. Итак, в контексте уголовного права врачебная ошибка рассматривается во взаимосвязи с такими явлениями как небрежность и халатность, а также допустимый риск. В уголовно-правовых исследованиях дискутируется возможность криминализации деяний, которые непосредственно не влекут причинение вреда здоровью и жизни, но создают такую угрозу, что говорит об осознании рисков, которые несет в себе профессиональная деятельность медиков и необходимость осознания ответственности лиц, оказывающих медицинскую помощь или поставляющих медицинские услуги. Именно вопросы обоснованности риска при характеристике врачебных ошибок и уголовно-правовой ответственности врачей довольно подробно рассматриваются в учебном пособии «Медицинское право» под редакцией Н.В. Косолаповой [Косолапова].

В зарубежных исследованиях применяются также другие подходы к определению врачебной ошибки. Одно из известных определений было дано Институтом медицины Национальной академии наук США в отчете «Человек

ошибается: построение более безопасной системы здравоохранения» (сам отчёт часто приводится в пример как первое комплексное исследование, согласно которому медицинские ошибки становятся четвёртой по значимости причиной смерти пациентов в США). Согласно тексту отчета, врачебную ошибку следует понимать как неисполнение действия, имеющего характер запланированного при назначении или применении неверного целеполагающего плана (the failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim) [Institute of medicine...]. Одно из часто цитируемых определений врачебной ошибки в медицинской литературе США предложили Хофер Т.П., Керр Э.А., Хейворд Р.А., которые предлагают понимать под врачебной ошибкой предотвратимый неблагоприятный эффект медицинской помощи, независимо от того, насколько он очевиден или вреден для пациента (A medical error is a preventable adverse effect of medical care, whether or not it is evident or harmful to the patient) [Hofer, Kerr et. al.]. Другое определение предлагают Гробер Э.Д., Бонен Дж. М.: медицинская ошибка – это бездействие или действие при планировании или выполнении, способствующее или могущее поспособствовать незапланированному результату (an act of omission or commission in planning or execution that contributes or could contribute to an unintended result) [Grobr, Bohnen]. Сами авторы поясняют, что для современного уровня развития медицины и понимания медицинских ошибок характерно делать акцент не на реально нанесенном пациенту вреде, а на возможности, угрозе возникновения такого вреда, так как такой подход больше соответствует интересам пациентов. Исследователи рассуждают, что терминология и подходы из таких отраслей как авиация и ядерная энергетика могут способствовать повышению качества медицинской помощи и управления рисками. Такой подход характерен для развития медицины в развитых странах вроде США, где распространено её финансирование за счет системы страхования, которая имеет дело с рисками и их предупреждением, соответственно, представление о

врачебной ошибке связывается с повышением рисков наступления страхового случая.

Итак, можно сделать следующие выводы:

1. Врачебная ошибка понимается как сложное социально-медицинское и правовое явление. Сложность с точки зрения права определяется рядом обстоятельств, связываемых с явлением врачебной ошибки:

- волевой компонент ошибки как проявление принципиальной возможности идентификации индивидом своих действий или действий других индивидов как ошибочных;

- вероятностный характер наступления неблагоприятных последствий вследствие ошибочных действий, дискуссионный характер обязательности наступления неблагоприятных последствий или вреда жизни и здоровью пациента;

- необходимость установления причинно-следственных связей между поведением лечащего персонала и изменением состояния здоровья пациента;

- субъективная сторона врачебных действий, требующая разграничения добросовестного заблуждения, несчастного случая, обоснованного риска и халатности в каждом конкретном случае;

- влияние на принятие врачом решения объективных факторов и их интерпретации.

Анализ литературы показывает, что в юридических исследованиях исследователи акцентируют внимание на виновность медицинских работников при совершении врачебной ошибки (волевой компонент), а в медицинских исследованиях – концентрируются на факторах, которые способствовали совершению врачебной ошибки (организационный компонент). Полагаем, что для формирования адекватного правового регулирования общественных отношений в сфере медицины важно учитывать оба эти компонента.

2. Сформулируем авторское определение врачебной ошибки. Медицинская ошибка представляет собой разновидность дефекта оказания

медицинской помощи; произошедшее или возможное событие, которое влечет за собой существенно неблагоприятный для жизни и здоровья пациента исход медицинской помощи, вызванный действиями или бездействием медицинского персонала, который не предвидел и не мог предвидеть и предотвратить это событие, добросовестно заблуждался относительно диагностики, комплекса медицинских вмешательств, информирования пациента о состоянии его здоровья.

3. Текущий уровень развития медицины, трансформация подходов к организации предоставления медицинской помощи, в том числе, её финансированию, и, как следствие, необходимость выбора адекватного обеспечения прав человека на жизнь, здоровье и безопасные медицинские услуги, с одной стороны, и создание правовых гарантий нормальной профессиональной деятельности медиков, с другой стороны, обуславливают общественную потребность в формировании новых способов правового регулирования отношений в сфере медицины.

4. В настоящее время в законодательстве не содержится определения врачебной ошибки. Мы полагаем, что введение такого определения в законодательство избыточно, так как юридически значимые факты и поступки в сфере медицины охватываются имеющимися категориями права. В каждом конкретном случае нарушение прав пациента предполагает установление степени ответственности не только медицинского персонала, но и выявления факторов, которые повлекли за собой нарушение прав пациента, дабы исключить появление ошибок, инициированных теми же факторами, в дальнейшем процессе оказания медицинской помощи и предоставления услуг.

1.2 ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН КАК ЮРИДИЧЕСКАЯ ОСНОВА ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК

Исследование проблемы врачебных ошибок закономерно приводит к необходимости выработки таких механизмов, которые бы позволяли снизить частоту таких ошибок как влекущих к нежелательным, негативным явлениям (инвалидизация, стойкое ухудшение самочувствия, боль, смерть). Повышение уровня жизни возможно за счет снижения негативных явлений, для этого важно понимать возникновение этих факторов, их сущность и то, почему они вообще возникают. Рассуждая о причинно-следственных связях врачебных ошибок, Джеймс Ризон использует метафору швейцарского сыра (рис.2)

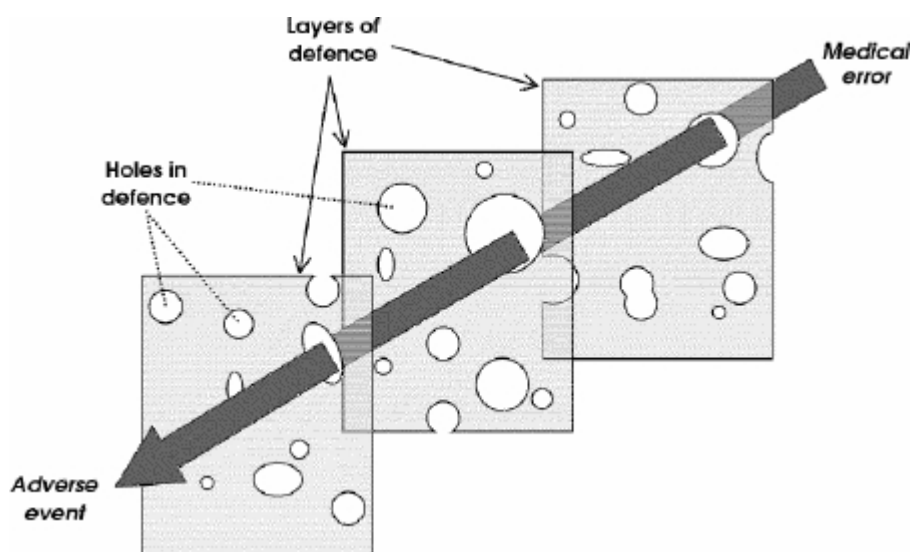


Рисунок 2 – Модель последствий врачебной ошибки Джеймса Ризона
(«Швейцарский сыр»)

Как считает Ризон, самые сложные системы и рабочие среды (например, больницы) имеют несколько уровней защиты, которые обеспечивают защиту от неблагоприятных последствий ошибки (уровень защиты сравнивается с отдельным ломтиком швейцарского сыра). Несмотря на такие гарантии, в

каждом отдельном слое защиты существует несколько отверстий или изъянов. Вред пациенту оказывается нанесен только тогда, когда возникают обстоятельства, которые заставляют недостатки каждого отдельного слоя защиты (или отверстия в ломтиках сыра) выравниваться таким образом, чтобы ошибка могла проникнуть через их защиту и достигнуть пациента [Reason]. Соответственно, инициативы по повышению качества оказываемой помощи требуют понимания процессов, которые приводят к таким ошибкам [Grober, Bohner, 2005]. Можно сказать, что важна не только сама ошибка, но и то, что система здравоохранения не позволяет идентифицировать действия как ошибочные, исправить их и предотвратить наступление негативных последствий. Задача права здесь заключается в выработке таких регулятивных мер, которые бы позволяли определенным образом регламентировать процессы оказания медицинской помощи, причем, на наш взгляд, нормы должны решать не только задачи установления порядков и процедур оказания медицинской помощи от стадии обращения пациента за помощью до стадии завершения её оказания. Право должно работать таким образом, чтобы обеспечивать защищенность врача от возможных обвинений в недобросовестности его профессионального поведения, во-первых, за счет повышения прозрачности действий на всех этапах (это обеспечивает возможность идентификации ошибочности принимаемых решений одного уровня на другом уровне системы здравоохранения) и наделения правомочиями, позволяющими принять решение в том случае, если будет очевидна его ошибочность, иными словами – возможность исправить ошибку или иным способом повлиять на недопущение возникновения таких ошибок в будущем. Таким образом, комплекс задач права в аспекте предупреждения врачебных ошибок является частным случаем регулирования общественных отношений в сфере организации системы здравоохранения как таковой.

О справедливости такого подхода свидетельствуют результаты исследования группы американских ученых. В качестве одного из выводов,

касающихся причин возникновения врачебных ошибок, Ники Карвер, Викас Гупта и Джон Э. Хипскинд отмечают, что большинство врачебных ошибок не являются результатом индивидуального бездумья или действий определенной группы людей. Чаще всего ошибки вызваны несовершенством функционирования систем, а также имеющимися процессами и условиями, которые подталкивают людей принимать неверные решения или препятствуют их предотвращению. Наилучший способ сокращения ошибок – их предотвращение за счет создания более безопасной системы здравоохранения на всех её уровнях. Система должна строиться таким образом, чтобы людям было труднее сделать что-то неправильно и было легче делать это правильно. Разумеется, люди должны нести ответственность, если ошибка может быть приписана им. В качестве примера они приводят известную в психологии систематическую ошибку привязки (сохранение первоначального диагностического впечатления, несмотря на доказательства другого диагноза), которая является основным источником диагностической ошибки. Однако, когда возникает ошибка, обвинение отдельного человека мало что делает для повышения безопасности системы и предотвращения совершения той же ошибки кем-либо другим [Calver, Gupta et. al.]. Построение систем с рациональной архитектурой выбора (система, которая позволяет исключить или минимизировать воздействие нормально существующих когнитивных искажений на принимаемые решения с целью повышения качества жизни) в различных сферах, в том числе, в медицине, постулируется как необходимость в современном мире в исследовании Ричарда Галера и Касса Санстейна [Галер, Санстейн]. Мы полагаем, что правовые нормы в сфере медицины должны способствовать формированию такой архитектуры выбора в рамках организации системы здравоохранения, которая снижает как риск совершения врачебных ошибок, так и их последствий.

Корпус нормативно-правовых актов российской национальной системы, регулирующих основы построения системы здравоохранения, составляют

нормативно-правовые акты различных уровней. Прежде всего, следует упомянуть такие международные акты, закрепляющие право человека на охрану здоровья и медицинскую помощь: Всеобщая декларация прав человека (ст. 25) [Всеобщая...], Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (ст. 12) [Международный пакт...]. Развитие идеи о правовом закреплении ценности здоровья человека находится в Конституции Российской Федерации: п. 2 с. 21 устанавливает принцип обязательного добровольного согласия человека при участии его в медицинских опытах, п.1 ст. 41 определяет, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Внесение поправок в Конституцию (в частности, в п. «ж». ст. 72) придало понятию оказываемой за счет государства медицинской помощи такие свойств как доступность и качество [Конституция]. Примечательно, что ещё до внесения этих изменений Конституционный суд пришёл к выводу, что предоставляемая в рамках системы здравоохранения помощь должна обладать такими свойствами как эффективность, качество и оперативность [Определение Конституционного суда., 2007]. Тем самым, можно говорить, что качественное оказание медицинской помощи является конституционным принципом построения национальной системы здравоохранения в России. Закрепление такого принципа предполагает обеспечение мер, призванных снизить объем некачественно предоставленных медицинских услуг, в том числе, сопровождающихся совершением врачебных ошибок. Вся система национального законодательства в сфере здравоохранения в России, таким образом, выступает развитием установленного конституционного принципа. Он находит свое проявление в законах и подзаконных актах.

Основу государственного регулирования общественных отношений в сфере построения системы здравоохранения в России составляет Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Об основах охраны здоровья...] (далее – Закон №323-ФЗ). В частности, в ст. 2 закрепляется определение качества медицинской помощи - совокупность

характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. Закон закрепляет доступность и качество как один из основных принципов охраны здоровья (ст. 4). Подробнее этот принцип раскрывается в ст. 10, где указываются меры его обеспечения. Однозначно разделить категории «доступность» и «качество» относительно сложно, однако применительно к предотвращению врачебных ошибок можно выделить следующие меры, способствующие превенции таковых:

- наличие количества медицинских работников с достаточным уровнем квалификации. Достаточность количества медицинских работников способствует такой организации их работы, при которой их загруженность, а следовательно, состояние концентрации внимания и утомляемость находится на таком уровне, который исключает их как субъективные факторы, влияющие на процесс оказания медицинской помощи. Достаточный уровень квалификации определяет компетенции, позволяющие врачам принимать решения, основываясь на собственном опыте и образовании, позволяющие им осуществлять выборы методов и средств лечения без ущерба для здоровья пациента;

- применение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. Эти документы предполагают наличие у них определенного правового статуса, предполагающий императивный характер использования этих порядков и стандартов, что обеспечивает относительную прозрачность самого процесса лечения, возможность выбора наиболее эффективных и безопасных путей лечения. Это исключительно важное обстоятельство, снижающее вероятность совершения врачебной ошибки, поэтому следует более подробно описать сущность каждого из видов документов, регламентирующих процессы оказания медицинской помощи.

Подробно вопросы организации оказания медицинской помощи закрепляются в ст. 37 Закона №323-ФЗ. Определено, что оказание медицинской помощи осуществляется:

- с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи (оно утверждается Минздравом);
- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, также утверждаемыми Минздравом и обязательными для исполнения всеми медорганизациями;
- с учетом стандартов;
- на основе клинических рекомендаций.

Здесь очевидно, что закон устанавливает уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, который утверждает положения и порядки оказания медицинской помощи, что должно обеспечивать единство в действии процедур оказания помощи на всей территории страны и вне зависимости от организационно-правовой формы лечебно-профилактического учреждения. В свою очередь, единство процедур позволяет создать условия, снижающие вероятность совершения врачебной ошибки.

Например, в настоящее время действует Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, устанавливающее правила оказания такой помощи. Это Положение, в частности, определяет рекомендуемую численность населения в расчете на врачебные участки в соответствии со штатной численностью. Такой подход призван определить оптимальную нагрузку на врачей и снизить вероятность принятия неверных решений. Кроме того, это положение утверждает Правила организации деятельности поликлиники, которое к основным её задачам (п. 11) относит клинико-экспертную деятельность по оценке качества и эффективности лечебных и диагностических мероприятий [Об утверждении Положения...]. Таким образом, поликлиника за счет реализации этого правомочия осуществляет предпосылки для исправления ошибок и

недопущения их в дальнейшем как раз за счет осуществления этой деятельности.

Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя следующие положения:

- описание этапов оказания медицинской помощи;
- закрепление правил организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
- стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
- рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
- иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Так, например, Порядок оказания медицинской помощи определяет штатные нормативы и необходимость наличия у врача соответствующей квалификации, а также предусматривает анализ эффективности применения современных достижений в области оказания медицинской помощи [Об утверждении Порядка..., 2020]. В свою очередь, участие в повышении квалификации врачей по профилю терапия закреплено в рамках основных функций терапевтического кабинета, утвержденного другим Порядком [Об утверждении Порядка..., 2012]. Эти обстоятельства показывают, что создаются правовые предпосылки поддержания должного уровня качества медицинской помощи за счет установления обязательных квалификационных требований к врачам и повышения их квалификации.

Рассмотрим далее статус клинических рекомендаций. П. 3 ч. 1 ст. 37 Закона № 323-ФЗ предполагающий, что помощь оказывается на основе клинических рекомендаций вступает в силу с 01.01.2022. Вопросы, посвященные клиническим рекомендациям, отражены в пп. 3-13 ст. 37. Эти

клинические рекомендации также называются «протоколы лечения». Письмо Минздрава определило, что необходимо обеспечить готовность медицинских организаций субъектов Российской Федерации к переходу на работу в соответствии с клиническими рекомендациями с 1 января 2022 года, включая подготовку материально-технической базы медицинских организаций и их кадровое обеспечение [О переходе медицинских...]. Клинические рекомендации разрабатываются некоммерческими профессиональными организациями врачей, рассматриваются и одобряются научно-практическим советом Минздрава. Этот совет может одобрить, отклонить проект рекомендаций или создать рабочую группу по согласованию рекомендаций в том случае, если в его адрес поступило несколько рекомендаций по лечению (по каждому заболеванию должна быть одна рекомендация) [Об утверждении Положения..., 2019]. Каждая рекомендация пересматривается не реже раза в три года. Сроки одобрения и утверждения клинических рекомендаций утверждаются соответствующим Приказом Минздрава. Так, в частности, при проверке соответствия рекомендаций установлено, что проверяется соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, применение которых предусмотрено клиническими рекомендациями, инструкции по применению лекарственного препарата [Об утверждении Порядка и сроков..., 2019]. Тем самым обеспечивается применение лекарства по назначению, предусмотренному производителем, а не по произвольному решению врача, которое может быть ошибочным.

Требования к содержанию клинических рекомендаций утверждены Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 103н. В частности, среди требований определено, что в клинические рекомендации включаются рекомендации по применению медицинских вмешательств, в том числе позволяющие оценить эффективность и безопасность проводимого лечения, а одним из обязательных разделов любой клинической рекомендации является раздел «Критерии оценки качества медицинской помощи». Кроме того, каждый

тезис-рекомендация должен сопровождаться указанием уровней достоверности доказательств (УДД, от 1 до 5, где 1 – самые достоверные доказательства) и уровней убедительности рекомендаций (УУР, от А до С, где А – самые сильные рекомендации)[Об утверждении порядка и сроков..., 2019]. Установление таких сравнительных степеней по сути представляет собой оценку научных знаний, применение максимально достоверных и убедительных повышают шансы на благоприятный исход лечения и снижают вероятность совершения ошибки.

Охарактеризуем далее стандарты оказания медицинской помощи. Они разрабатываются на основе клинических рекомендаций, включают в себя: усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

- медицинских услуг;
- применяемых лекарственных препаратов;
- имплантов;
- компонентов крови;
- видов лечебного питания;
- иного.

Порядок разработки стандартов также утверждается Минздравом. В порядке определено, в частности, что в рамках организационного и методического обеспечения разработки стандартов медицинской помощи осуществляется экспертиза стандартов медицинской помощи. Такая экспертиза, к примеру, имеет своим предметом соответствие средних доз лекарственных препаратов инструкции по применению такого препарата, а также клиническим рекомендациям, а также корректности усредненных показателей частоты предоставления лекарственных препаратов [Об утверждении порядка разработки стандартов...2018]. Это призвано исключить неверную дозировку препарата вследствие врачебной ошибки и выбрать верную схему назначения.

Для снижения рисков совершения врачебной ошибки одним врачом законодательно предусмотрена возможность принятия коллегиальных решений. Ст. 48 Закон № 323-ФЗ предусматривает возможность создания врачебной

комиссии и консилиума врачей. Можно выделить следующие функции врачебной комиссии, непосредственно направленные на предотвращение возникновения врачебных ошибок:

- разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;

- изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента;

- анализ заболеваемости, в том числе матерей и новорожденных, внутрибольничными инфекциями, разработка и реализация мероприятий по профилактике заболеваемости внутрибольничными инфекциями;

- организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (по решению руководителя медицинской организации) [Об утверждении порядка создания и деятельности ...2012].

Консилиум врачей (п. 3,4 ст. 48) представляет собой совещание врачей одной или нескольких специальностей для установления диагноза, уточнения тактики лечения пациента, необходимости направления его в иную организацию. Определено, что решения консилиума документируются, вносятся в состав медицинской документации пациента, предусматривается возможность выражения особого мнения врача, не согласного с большинством коллег. В литературе указано, что консилиум может созываться также на основании постановления судебно-следственных органов для выяснения вопросов, связанных с преступлениями против личности или здоровья человека, т.е. при необходимости в судебно-медицинской экспертизе [Научно-практический комментарий...]. Коллегиальное принятие решения в конкретном случае позволяет снизить вероятность принятия неправильных (ошибочных) решений при осуществлении лечения.

Законом № 323-ФЗ также предусматривает такой правовой институт как экспертиза качества оказания медицинской помощи (нормы о её проведении закреплены в ст. 64 Закона). Ключевой целью этой экспертизы определено выявление нарушений при оказании медицинской помощи. При этом определяются такие свойства медпомощи как своевременность, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также степени достижения запланированного результата. Закон определяет, что критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний. Эти критерии утверждены Приказом Минздрава от 10.05.2017 № 203н [Об утверждении критериев оценки...]. В значительной степени функционирование системы здравоохранения в России на данном этапе осуществляется под влиянием модели обязательного медицинского страхования. В связи с этим, проведение экспертизы качества оказания медицинской помощи предполагает выявление нарушений - они устанавливаются Приказом Минздрава от 19.03.2021 № 231н [Об утверждении порядка проведения контроля...], на данный момент их насчитывается 13.

Одно из направлений предупреждения совершения врачебной ошибки – обеспечение врачей с должным уровнем квалификации. Право на осуществление медицинской деятельности в РФ имеют лица, получившие медицинское или иное образование в РФ в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста (ст. 69 Закона № 323-ФЗ). Помимо получения образования специалисты также обязаны проходить аккредитацию, которая проводится Минздравом совместно с некоммерческими организациями специалистов. Аккредитация специалиста - процедура определения соответствия лица, получившего медицинское, фармацевтическое или иное образование, требованиям к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности либо фармацевтической деятельности [Об утверждении Положения об аккредитации...].

Роль аккредитации в предотвращении врачебных ошибок состоит в следующем

- она проводится периодически, что предполагает обновление знаний специалиста и оценку действительности этих знаний современной медицинской практике;

- она проводится комиссионно, что предполагает принятие решения о соответствии уровня подготовки, знаний и опыта специалиста несколькими людьми для повышения надежности;

- она предполагает включение в процесс не только государственного органа, но и профессионального сообщества, что отражает принципы государственной регуляции и саморегуляции в отрасли медицины;

- процесс проведения аккредитации включает в себя предоставление медицинским специалистом своего портфолио, включающего не только сведения о прохождении повышения квалификации, но и отчет о профессиональной деятельности, который содержит сведения о выполняемой работе;

- анализ результатов первичной аккредитации специалистов (выпускников медицинских вузов, которые ещё не приступили к работе по специальности) позволяет «получить важную информацию как для коррекции образовательных программ, так и для повышения эффективности работы отдельных преподавателей. Развернутый анализ данных аккредитации дает информацию для выявления требований профессиональных стандартов, которые слабо осваиваются выпускниками» [Семенова и др., с. 430]. Это способствует рационализации системы обучения будущих специалистов-медиков.

Со 2 июля 2021 года факт прохождения аккредитации специалиста фиксируется в специальном электронном реестре, что повышает оперативность взаимодействия и исключает возможности фальсификации бумажного

документа [О внесении изменений...]. Это обстоятельство наглядно отражает процессы цифровизации в системе медицинского образования.

Примечательно, что в квалификационных характеристиках должностей работников в сфере здравоохранения, утверждающих должностные обязанности Заместителя главного врача по медицинской части станции скорой медицинской помощи определено, что он обязан проводить клиничко-экспертную работу, включающую: анализ диагностических и тактических ошибок в деятельности выездных бригад; анализ случаев смерти больного и (или) пострадавшего до прибытия и в присутствии выездных бригад; проведение экспертной оценки медицинской документации выездных бригад, объема, качества и своевременности оказания скорой медицинской помощи, правильности диагностики, применения лекарственных препаратов, показаний к госпитализации [Об утверждении Единого...]. Таким образом, обязанность проводить клиничко-экспертную работу призвано идентифицировать возникающие ошибки. Требование обеспечивать эффективность и безопасность лечения также включается в содержание профессиональных стандартов врачей [Об утверждении профессионального...]. Кроме того, деятельность организаций по предоставлению медицинских услуг подлежит лицензированию, к лицензионным требованиям относится также наличие квалификации работников и обязательность её повышения каждые пять лет [О лицензировании ...].

Одно из направлений снижения вероятности совершения врачебных ошибок – регламентация прав и обязанностей медицинских работников. От того, насколько явно определены возможности и полномочия медиков зависит спектр решений, ими принимаемых. Ст. 72 Закона № 323-ФЗ определяет, что медицинские работники имеют право на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации, ст. 73 устанавливает такую обязанность. За счет постоянного повышения квалификации врач имеет возможность совершенствовать свои знания и прочие компетенции, что

способствует принятию верных решений и препятствует принятию неверных, ошибочных решений при лечении. Как пишет К.О Терских: «страхование профессиональной ответственности становится необходимой составляющей юридической и социальной защиты медицинских работников. В качестве страхователей по нему могут выступать как медицинские учреждения любой организационно-правовой формы, так и частнопрактикующие медицинские работники» [Терских, с. 60]. Кроме того, ст. 72 определяет право на страхование риска своей профессиональной ответственности. Вместе с тем, А.А. Мохов отмечает, что «до настоящего времени страхование данного вида ответственности не получило в нашей стране какого-либо развития в силу наличия целого ряда правовых и иных проблем» [Мохов, с. 15]. В специальных исследованиях встречается точка зрения о риске злоупотреблений правом со стороны страховых компаний и звучат предложения о создании специализированного органа, который бы осуществлял государственный надзор за страхованием профессиональной ответственности и исключении подобных случаев [Аверьянова], альтернативное предложение заключается в реализации принципов саморегулирования и создания саморегулируемых профессиональных организаций врачей, которые бы способствовали распространению практик страхования профессиональной ответственности [Соболева].

Мы предполагаем, что одним из факторов, который связывается с недостаточным распространением практики страхования профессиональной ответственности врачей и профессиональной ответственности в целом выступает слабое развитие риск-ориентированного подхода в управлении профессиональными рисками, который имеет прямое отношение к развитию страхования и только начинает использоваться в практике российского правового регулирования трудовых отношений [Курсова]. Вместе с тем, риск-ориентированный подход применяется при государственной оценке качества и безопасности медицинской деятельности: он осуществляется в соответствии с

нормами ст. 85 Закона № 323-ФЗ и Положением о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности [Об утверждении Положения о федеральном...]. Согласно ему, проверяется также деятельность медицинских работников (на предмет соблюдения последними обязательных требований в сфере охраны здоровья, требований к объектам, используемым при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья), а категории риска и отнесения к ним конкретных организаций устанавливаются в зависимости от работ и услуг, составляющих медицинскую помощь.

Страхование профессиональной ответственности врачей носит добровольный характер. Обращение к официальному сайту страховой компании «Ингосстрах» показывает, что профессиональная ответственность застраховали около 5000 медицинских работников, средняя стоимость полиса на год – 10 тысяч рублей, страховое покрытие – до 1 млн. рублей. Анализ типовых условий договора показывает, что к страховым случаям относятся следующие ошибки:

- возникающие при диагностировании;
- возникающие при проведении собственно лечения;
- возникающие при назначении лекарственных препаратов;
- возникающие при хирургическом вмешательстве;
- иные медицинские действия в ходе профессиональной деятельности.

Список по факту формируется открытый. Вместе с тем, договор не включает страхование от ошибок событий, которые произошли вследствие:

- эксплуатации любого вида транспорта;
- неисполнения предписаний, выданных уполномоченным органом по устранению нарушений порядка организации лечебного процесса, хранения лекарственных препаратов, эксплуатации медицинского оборудования, зданий, сооружений и инженерных коммуникаций;

- использования несертифицированной крови и просроченных лекарств, несертифицированных лекарственных средств и медицинского оборудования;
- несоблюдение требований к использованию одноразовых медицинских инструментов;
- проведение абортов, кроме тех, что проводятся по медпоказаниям;
- генетические повреждения или манипуляции;
- использование препаратов для коррекции веса;
- воздействие процедур, которые проводились под общей анестезией, поставленной врачом, который не имеет действующего сертификата анестезиолога-реаниматолога;
- разглашение врачебной тайны;
- неудовлетворительные эстетические результаты хирургии;
- невыполнение кем-либо, кроме страхователя назначенного плана лечения;
- проведение клинических исследований;
- несение расходов на лечение социально значимых заболеваний (ВИЧ, рак, гепатиты);
- несение расходов на лечение / оказание услуг для стимуляции / предотвращения беременности, включая операции по стерилизации, искусственному оплодотворению, и убытками, связанными с этим [Страхование ответственности ...].

Как видно, не все риски покрываются договором страхования, в частности, не предусмотрено страхование ответственности наступления ошибки вследствие нарушения правил транспортировки пациентов.

Признание за медицинскими манипуляциями характера медицинской услуги подталкивает к включению в перечень нормативных актов законодательства о защите прав потребителей. Как указал Конституционный суд, медицинские услуги относятся к тем услугам, которые охватываются договорами возмездного оказания услуг [Постановление Конституционного

суда...]. Минздравом утверждены Номенклатура медицинских услуг [Об утверждении номенклатуры...] и Правила оказания платных медицинских услуг, которые определяют, что качество таких услуг должно соответствовать установленным законодательством Российской Федерации требованиям [Об утверждении правил...]. На медицинские услуги в полной мере распространяются положения Закона о защите прав потребителей, в частности, норм о том, что предоставляемая услуга должна отвечать требованиям безопасности (ст. 7) [О защите прав потребителей...].

Одним из правовых инструментов воздействия на индивида, в частности, на врача, является установление ответственности за причинение вреда вследствие ошибочных действий. Законом предусмотрены следующие виды ответственности: гражданско-правовая, дисциплинарная, административная, уголовная.

Обязанность возместить вред, моральный и материальный, закрепляется в Гражданском Кодексе Российской Федерации. П. 1 ст. 1064 определяет, что вред, причиненный личности или имуществу гражданина, а также вред, причиненный имуществу юридического лица, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред. Также отмечается, что Законом может быть предусмотрено возмещение вреда и при отсутствии вины причинителя вреда. П. 1 ст. 1095 ГК РФ гласит, что Вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара, работы или услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге), подлежит возмещению продавцом или изготовителем товара, лицом, выполнившим работу или оказавшим услугу (исполнителем), независимо от их вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет. Установлено также, что вред, причиненный работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей, возмещает юридическое лицо (п. 1 ст. 1068 ГК РФ). Следовательно, ответственность за

причинение вреда врачом вследствие врачебной ошибки будет нести организация, с которой у него заключен трудовой договор.

К видам дисциплинарной ответственности, которую можно применить к работникам за проступки согласно ст. 192 ТК РФ, можно отнести: 1) замечание; 2) выговор; 3) увольнение по соответствующим основаниям. Вследствие совершенной ошибки врач может быть уволен по инициативе работодателя согласно ст. 81 ТК РФ. Пункт 5 части 1 статьи 81 ТК РФ регламентирует, что работодатель имеет право расторгнуть трудовой договор с работником в одностороннем порядке в случае неоднократного нарушения работником своих трудовых обязанностей, при этом работник уже должен иметь дисциплинарное взыскание, полученное ранее и не погашенное на момент увольнения. В полной мере это может быть отнесено ко врачам, которые нарушают трудовые обязанности, что ведет к ошибке.

Кодекс об административных правонарушениях предусматривает ответственность медицинских работников, в частности, по следующим основаниям: ст. 6.3 КоАП РФ (нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения), ст. 6.28 КоАП РФ (нарушение установленных правил в сфере обращения медицинских изделий), ст. 6.31 КоАП РФ (нарушение законодательства о донорстве крови и ее компонентов), ст. 6.32 КоАП РФ (нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности) [Кодекс об административных...]. Во всех случаях необходимо доказать причинно-следственную связь между неблагоприятным событием и принятым врачом решением

Врач также может быть подвергнут уголовной ответственности вследствие совершения врачебной ошибки. В частности, если в его поступке будут обнаружены признаки состава преступления, предусмотренного ст. ст. 109 (ч. 2), 118 (ч. 2), 120, 122 (ч. 4), 124, 238 УК РФ [Уголовный кодекс...]. Санкции статей УК РФ могут предусматривать также дисквалификацию, то

есть, запрет на определенный срок заниматься медицинской деятельностью в случае доказанного факта виновного причинения вреда. Это обстоятельство кардинальным образом способствует предупреждению возникновения врачебных ошибок в дальнейшем, играя не только штрафную, но и упорядочивающую роль в общественных отношениях.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Правовые нормы Российской Федерации об охране здоровья выступают в качестве основы предотвращения совершения врачебных ошибок в профессиональной деятельности врача, устранения условий совершения таких ошибок, и компенсации их последствий, как для врачебной ошибки в широком понимании, так и врачебной ошибки в узком понимании. Представляется, что это свойство правовых норм в отношении врачебных ошибок проявляется в решении следующих задач:

- установление качественного характера медицинской помощи как конституционной ценности. Такой подход определяет развитие прочих законов и подзаконных актов в этом ключе, в частности, Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяется необходимость обеспечения таких свойств медицинской помощи как её безопасность и эффективность;

- профессионализация медицинской деятельности, что достигается, в частности, за счет государственного лицензирования медицинской деятельности, аккредитации специалистов, установления квалификационных требований к лицам, оказывающим медицинскую помощь и обязанность повышения уровня их квалификации;

- правовая регламентация процесса оказания медицинской помощи, что реализуется установлением правил, порядков, стандартов и рекомендаций при оказании медицинской помощи, обладающих статусом подзаконных нормативных актов, а также правил разработки таких актов на уровне

государственных органов и обязанности регулярной актуализации клинических рекомендаций;

- компенсация негативных последствий для жизни и (или) здоровья пациента и (или) его родных и близких, наступивших вследствие допущения врачебной ошибки. На решение этой задачи направлено распространение на медицинские услуги общеправовых положений о безопасности услуг для потребителя, а также компенсационные механизмы гражданского права, предполагающие компенсацию вреда при отсутствии вины причинителя такого вреда. Сюда также можно отнести положения о праве медицинских работников на страхование рисков профессиональной деятельности;

- создание правовых условий для идентификации совершения врачебной ошибки и обстоятельств, приводящих к совершению ошибок в будущем. Такие условия создаются путем введения правового института экспертизы качества медицинской деятельности. Эта задача решается как со стороны государства путем реализации полномочий по контролю и надзору в сфере здравоохранения, так и в рамках надления соответствующими правомочиями отдельных медицинских работников и подразделений лечебно-профилактических учреждений по анализу оказания медицинской помощи на предмет её безопасности, эффективности и наличие ошибочных действий медицинского персонала;

- развитие коллегиального начала в принятии решений, касающихся стратегии и тактики лечения, что выражается в возможности создания таких правовых институтов как врачебные комиссии, консилиумы, научно-практический совет, некоммерческие организации специалистов, наделенных правомочиями по принятию юридически значимых решений;

- установление иных, кроме гражданско-правовой, видов ответственности врача и медицинской организации за совершение врачебной ошибки: дисциплинарной, административной и уголовной. Как представляется,

ответственность в отношении врачебных ошибок в значительной степени несет более превентивную и штрафную, нежели чем компенсационную функцию.

2. Установление различных видов ответственности врача за совершение врачебной ошибки важно в контексте понимания ошибки с точки зрения волевого и организационного аспектов. На устранение обстоятельств совершения врачебных ошибок в организационном аспекте ориентированы нормы законодательства об организации медицинской помощи, обеспечивающие профессионализм врачей, условия трудовой деятельности. Профилактика волевых аспектов совершения врачебной ошибки с учетом виновности деяния врачей предполагает установление различных видов ответственности за совершение таких поступков.

ГЛАВА 2. ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА В КОНТЕКСТЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

2.1. ПРАВОВЫЕ СРЕДСТВА РЕАЛИЗАЦИИ СПОСОБОВ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТА В СЛУЧАЕ СОВЕРШЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ

Наличие субъективных прав, в частности, права на жизнь и здоровье, предполагает не только их манифестацию в документах высшей юридической силы, а также развитие идеи о правах в положениях нормативных и ненормативных актов, но также выработку механизмов, связанных с последствиями нарушения прав человека и гражданина. Можно сказать, что нарушение права является общеправовой категорией и раскрывается правоведами. Далее следует охарактеризовать понятие «нарушение права», а также его взаимосвязь с теми правами, которые имеет пациент как носитель здоровья и жизни.

Характеризуя понятие «нарушение права», А.Ю. Бергер полагает, что нарушение связывается с носящим противоправный характер ограничением возможности человека или других людей применять основные права и свободы, извлекать из них пользу [Бергер]. Другой исследователь в области права, Д.И. Мейер, толкуя нарушение права, использует такой термин как «стеснение» - и нарушение это всегда действие какого-либо лица по отношению к другому лицу, стесняющее последнее в осуществлении его права [Мейер]. Указанные исследователи нарушение права связывают с его ограничениями, по этой причине В.Ю. Матвеев приходит к выводу, что «содержательно эти понятия неразличимы, то есть нельзя нарушить право, незаконно не ограничив его, и нельзя незаконно ограничить право, не нарушив его. При этом степень ограничения права в каждом конкретном случае может существенно различаться от незначительного ограничения, например от требования предоставить какую-нибудь дополнительную, но легко получаемую справку, до

фактического лишения данного права» [Матвеев, с. 47]. Это обстоятельство показывает, что нарушение права включает в себя различные степени ограничения прав. Как представляется, такой подход вполне применим к сфере здравоохранения. Право на охрану здоровья может быть нарушено в виде ограничения такого права путем неправомерного отказа в оказании бесплатных медицинских услуг (например, отказом в бесплатной установке светоотверждаемых пломб при стоматологических вмешательствах), либо грубым нарушением права на охрану жизни и здоровья путем отказа в оказании экстренной медицинской помощи. Оба таких деяния образуют нарушение права на жизнь и здоровье и потому подлежат защите.

Дискуссионность вопроса о нарушении права в случае врачебной ошибки связывается, как представляется, с определением правонарушения в праве, а точнее, с таким его элементом как виновность. В первой главе нами было показано, что врачебная ошибка по мнению ряда авторов включает в себя также круг деяний, где вины врача не усматривается (подробнее о вине врача при определении врачебной ошибки см. в [Засыпкина]). Правонарушение же традиционно понимается как «общественно опасное, противоправное, виновное деяние деликтоспособного субъекта, причиняющее вред общественным отношениям или ставящее их под угрозу причинения вреда, за совершение которого предусмотрена юридическая ответственность» [Теория государства..., с. 248], то есть, виновность становится обязательным признаком правонарушения, нет виновности – нет и правонарушения. Вместе с тем, в настоящее время в теории права практически все признаки правонарушения подвергаются практическому пересмотру и теоретическому переосмыслению, признак виновности здесь не исключение. Об этом пишет, в частности, А.В. Андрушко: «поддается критике еще один признак правонарушения – виновность лица, привлекаемого к юридической ответственности, которая и в других отраслях права необязательна, например, в гражданском или международном праве. Отвергать полностью признак виновности невозможно,

он присущ деяниям тех же, судей, которые привлекаются за ошибки в судебных решениях к дисциплинарной ответственности» [Андрушко, с. 6]. Мы полагаем, что в ситуациях применительно к нарушению прав пациентов вследствие врачебной ошибки проявляется как раз тот случай, когда виновность не является обязательным признаком правонарушения: важен сам установленный факт нарушения права и понесенный ущерб.

Представляется, что врачебная ошибка в контексте нарушения прав всегда ведет к нарушению прав пациента. Последние представляют собой сложную правовую категорию. Мы солидаризуемся с определением, данным Н. И. Платоновой с соавторами, которые полагают, что это «утверждённые нормами международного и национального права, гарантии гражданам охраны их здоровья и предоставления медицинской помощи, в случае необходимости» [Платонова и др., с. 194]. Можно сделать вывод о такой специфической особенности прав пациента: ими по умолчанию обладают все люди, но их реализация, а также нарушение прав возможно только в том случае, если им будет оказываться медицинская помощь или они выступят в качестве получателей медицинской услуги.

Следующий аспект рассмотрения проблемы заключается в определении понятия «защита права». В теории и практике оно употребляется наравне с термином «охрана права». Об этом, в частности, пишет А.А. Васяев, который исходит из разницы между понятиями охраны права и защиты права. Предполагается, что здесь различия заключаются во времени, с которого начинают действовать эти процессы, а также с цели этой деятельности: защита права действует с момента посягательства, либо с нарушения права, она призвана ликвидировать, компенсировать, каким-то образом смягчить последствия, возникшие вследствие нарушения прав, это ограниченный во времени процесс. В свою очередь, охрана прав предполагает, что она возникает с того момента, когда право было закреплено в законе, и помимо компенсации нарушения права имеет своей целью, во-первых, принятие мер по обеспечению

соблюдения прав, во-вторых, недопущению и предотвращению возможных нарушений права, в-третьих, наказанию нарушителей права, в-четвертых, компенсацию и восстановление права, в-пятых, ограничение и приостановление права. При этом, этот процесс во времени не ограничен и действует столько, сколько действует закон [Васяев]. Считаем, что применительно к врачебной ошибке как нарушению прав пациента в полной мере применимо понятие защиты права, так как пациент в результате неадекватных действий медицинского персонала претерпевает неблагоприятные для своей жизни и здоровья последствия, и заинтересован, прежде всего, в сглаживании и компенсации таковых последствий, в восстановлении своего здоровья и устранении угрозы жизни.

Права пациента могут не только защищаться, но и реализовываться, для чего правом предусматриваются различные механизмы, хотя в настоящее время сложилась точка зрения, согласно которой защита права – это элемент осуществления права. Как пишет И.Ю. Крылатова: «защита – это обособленная на основе однородных критериев и отличающаяся собственными признаками система действий субъектов правореализационного процесса, направленная на осуществление прав, свобод и обязанностей, целью которых является создание наиболее благоприятных условий недопущения возникновения препятствий правореализационной деятельности или ее прекращения» [Крылатова, с. 216]. Очевидно, что без защиты права невозможна её реализация, и эти механизмы сложно разделить. Согласно с такой точкой зрения Т.М. Резер с соавторами, которые указывают на общие цели функционирования механизмы защиты и реализации права. Авторы понимают под механизмом реализации и защиты прав «систему методов и инструментов осуществления того или иного права, организованных функционально и хронологически» [Резер, с. 9]. При этом данный механизм имеет сложную структуру, он непосредственно связан с правовой защитой человека.

Характеризуя иерархию и формы защиты прав, А.В. Стремоухов считает, что все формы защиты права делятся на юрисдикционные (их осуществляют уполномоченные органы государства местного самоуправления) и неюрисдикционные (они осуществляются институтами гражданского общества, самим гражданином). В свою очередь, юрисдикционные формы делятся на судебные и несудебные (административные) [Стремоухов, с. 10].

Судебная форма защиты является основной, она наиболее эффективна, так как в суде могут быть обжалованы любые решения как государственных, так и негосударственных органов и должностных лиц, судом осуществляется надзор за законностью в стране. В суд гражданин может обратиться тогда, когда самостоятельно не может восстановить нарушенное право. Судебная защита, согласно Конституции РФ, осуществляется в рамках конституционного, гражданского, административного и уголовного судопроизводства.

Административно-правовая форма защиты прав человека представляет собой уравновешивание права принять решение правом обжалования решения. В рамках действия этой формы граждане имеют право обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения в государственные органы, органы местного самоуправления. Правоотношения, регулирующие обработку обращений граждан регулируются, в частности Федеральным законом «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», который устанавливает порядки рассмотрения, сроки и обязательный характер ответа [О порядке рассмотрения...].

Общественная форма защиты права реализуется посредством деятельности общественных объединений. Определено, что в случаях, установленных законом, каждый может обратиться за защитой своих прав в общественное объединение, членом которого оно состоит, либо в другое, основной деятельностью которого является защита прав человека.

Деятельность общественных объединений регулируется Федеральным законом «Об общественных объединениях» [Об общественных...].

Самозащита права понимается как действия фактического порядка и юридические средства, которые человек применяет для пресечения посягательств на права, либо для их восстановления без обращения в соответствующие юрисдикционные органы.

Общественные отношения в сфере медицины предполагают защиту прав человека и пациента, что закрепляется в федеральном законодательстве. Нормы Закона № 323-ФЗ определяют, что мероприятия по охране здоровья должны проводиться на основе соблюдения и защиты прав граждан (п.1 ст. 5). В перечне прав пациента в пп. 9 ст. п. 5 ст. 19 определено право на компенсацию вреда здоровью, нанесенного при оказании медпомощи, а в пп. 10 – право на допуск к пациенту адвоката или законного представителя для защиты своих прав.

Рассмотрим далее более подробно каждый из видов правовых механизмов защиты. Для определения как наиболее распространенных, так и проблемно реализуемых в современных правовых условиях Российской Федерации механизмов защиты права следует обратиться к диссертациям, где в качестве задачи или цели заявлено определение механизмов защиты нарушенных прав пациентов.

Механизмы защиты нарушенных прав пациентов в результате врачебной ошибки в диссертационных исследованиях рассматриваются, как правило, в аспекте нанесенного вреда в рамках получения медицинской помощи и получения медицинских услуг, а также компенсации такого вреда – это исследования в сфере гражданского права. Так, врачебную ошибку как основание возникновения обязательств вследствие причинения вреда жизни или здоровью граждан рассматривает Е.О. Костикова. Автор артикулирует возможные перспективы развития специальных механизмов защиты нарушенных прав пациентов, сопряженных с причинением вреда: это

третейский суд (досудебная форма разрешения конфликта) и обязательное страхование ответственности медицинских работников, которое, по мнению автора, остаётся неразвитым [Костикова]. Сходные предложения относительно страхования ответственности вследствие врачебной ошибки содержатся в работе Н.А. Ивановой: «предлагается ввести страхование ответственности от врачебных ошибок в системе обязательного страхования врачей и других медицинских работников, что позволит более оперативно решать проблему возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина врачебной ошибкой. Соответствующую норму необходимо закрепить отдельной статьей в Законе РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»» [Иванова, с. 20]. Автор также указывает, что добровольное медицинское страхование, предусматривающее страхование от врачебной некомпетентности может выступать гарантом от врачебной ошибки. К аналогичному выводу о необходимости страхования профессиональных рисков врачей приходит А.В. Мелихов, так как врачевание связано с рискованным характером медицинской деятельности и причинение вреда возможно даже при добросовестном исполнении врачом своих обязанностей [Мелихов]. Отдельной задачей диссертационного исследования С. А. Баринава заявлено определение конкретных способов защиты прав пациента в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской услуги лечебным учреждением. Автор приходит к выводу, что такие способы с позиции гражданского права можно разделить на общие и специальные: к общим способам относится возмещение ущерба, компенсация морального вреда, неустойка, возмещение расходов, словом, все те способы, которые фиксируются в ГК РФ. Кроме того, в качестве специальных способов, которые имеют потенциал к закреплению в законодательстве, автор выделяет такие как приостановление или аннулирование лицензии на осуществление медицинской деятельности, лишение специального права, сообщение о нарушении прав пациента [Баринов]. Это говорит о том, что права пациента носят специальный характер

по отношению к правам человека и нуждаются также в выработке специальных мер защиты. Можно также сказать, что для правового регулирования отношений с пациентами используется термин «отношения по регламентации медицинской деятельности».

Таким образом, можно сделать вывод, что в диссертационных исследованиях, посвященных механизмам защиты прав пациентов, выделяются, помимо общеправовых, специальные механизмы защиты в виде третейского суда и страхования ответственности медицинских работников. Основная цель этих механизмов – возмещение нанесенного жизни и здоровью пациента вреда, превалирует компенсационная их функция. Все исследователи отмечают, что страхование профессиональных рисков врачей может быть действенным механизмом защиты прав пациентов при совершении врачебной ошибки.

Гражданское судебное производство по делам о защите прав пациентов в случае совершения врачебной ошибки осуществляется в рамках судопроизводства по делам о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью. Особенности такого судопроизводства регулируются Гражданским процессуальным кодексом (далее – ГПК РФ). В частности, определено, что такие дела не могут быть переданы на рассмотрение третейского суда или рассмотрены в порядке упрощенного судопроизводства (пп. 7 п. 2 ст. 22.1, пп. 3 п. 3 ст. 232.2 ГПК РФ). Такие иски рассматриваются по месту жительства истца или по месту причинения вреда (п. 5 ст. 29) [Гражданский процессуальный...]. В свою очередь, ГК РФ содержит норму, которая снимает общий срок исковой давности по делам, связанным с возмещением вреда (ст. 208 ГК РФ).

В рамках административной формы защиты прав следует охарактеризовать особенности построения системы здравоохранения в России. Государственная система здравоохранения включает в себя медицинские организации, функционирующие, в том числе, в виде учреждений. Статус учреждения (казенного, бюджетного или автономного) регулируется нормами ГК РФ, Бюджетного Кодекса [Бюджетный кодекс...] и Федеральных законов

«Об автономных учреждениях» [Об автономных...] и «О некоммерческих организациях» [О некоммерческих...]. Учреждения возглавляются руководителем (главным врачом), наделенным по уставу полномочиями издавать обязательные к исполнению всеми сотрудниками акты (в том числе, связанных с отстранением от работы). У учреждений имеется учредитель – как правило, от лица муниципального образования выступает соответствующий муниципальный орган, а от лица субъекта федерации – орган исполнительной власти. Минздрав, согласно Положению, осуществляет контроль федеральных государственных учреждений и федеральных государственных унитарных предприятий в сфере здравоохранения. Аналогично, Департамент здравоохранения Тюменской области согласно Положению, осуществляет функции учредителя, контроль и организационно-методическое руководство деятельностью подведомственных медицинских организаций. Выполнение государственного задания на оказание услуг выступает предметом оценки качества и показателей эффективности деятельности учреждений здравоохранения на каждом из уровней управления. Соответственно, обращение гражданина к руководству учреждения, а также к учредителю с претензией о нанесении вреда в результате врачебной ошибки может выступать одним из внесудебных юрисдикционных способов защиты прав пациента в тех случаях, когда руководство учреждения и учредитель признают факт врачебной ошибки и её последствия принципиально исправимы.

Формой защиты прав пациента выступает государственный контроль и надзор, который осуществляется органами государственной власти в сфере здравоохранения. П. 3 ст. 29 Закона № 323-ФЗ определяет, что государственную систему здравоохранения составляют организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Такой организацией является Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), подведомственная Министерству здравоохранения. Согласно Положению, Росздравнадзор

наделен полномочиями государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (п. 5.1.3). Положение о таком контроле утверждается Правительством Российской Федерации [Об утверждении Положения о федеральном...], подробнее проведение этого контроля регулируется административным регламентом [Об утверждении Административного регламента...]. Последний определяет возможность проведения проверки и привлечения к административной ответственности виновных лиц, в том числе, по обращениям граждан. Определено, что предметом контроля выступает, в частности, проведение проверок применения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. Деятельность специализированного органа распространяется на все без исключения медицинские организации вне зависимости от организационно-правовой формы и формы собственности.

Помимо специализированного органа проверка деятельности медицинских организаций по заявлению гражданина может быть проведена Прокуратурой РФ (кроме того, сам Росздравнадзор проводит внеплановые проверки по согласованию с Прокуратурой). Прокуроры запрашивают информацию по обращениям, связанным с возникновением угроз жизни и здоровью граждан, а также проводят проверки [О Прокуратуре...]. В 2007 году Генеральной прокуратурой был издан приказ № 195 «Об организации прокурорского надзора за исполнением законов, соблюдением прав и свобод человека и гражданина», где работникам органов прокуратуры предписывалось акцентировать особое внимание на защите прав на охрану здоровья и медицинскую помощь и оперативно реагировать на нарушения установленных норм [Об организации прокурорского ...]. Прокурорский надзор осуществляется путем истребования документов, передачи материалов в Следственный Комитет для возбуждения уголовного дела в тех случаях, когда в действиях врачей усматриваются признаки преступлений против жизни и здоровья [Решение Тулунского...].

Специальной формой защиты нарушенного права выступает наличие системы страхования и полномочий субъектов страхового дела, связанных с определением качества оказания медицинской помощи. Отличительной особенностью выступает договорной характер ответственности медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования. В настоящее время в России финансирование сферы здравоохранения осуществляется в основном, посредством Фонда обязательного медицинского страхования, предоставление медицинской помощи регулируется нормами страхового права, в частности, Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который предусматривает возможность проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи. Проведение такой проверки осуществляется Территориальными фондами обязательного медицинского страхования, что регулируется гл. 9 указанного Федерального закона [Об обязательном медицинском...]. Основанием для такой проверки может стать получение жалобы от застрахованного лица или его представителя на качество медицинской помощи в медицинской организации, а также медицинская помощь, оказанная застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью, в случаях получения сведений от медицинской организации (органов дознания и следствия, органов прокурорского надзора, судебных органов) [Об утверждении порядка проведения...]. Утвержден также порядок информирования заявителей о результате проведения экспертизы [Об утверждении порядка информирования...].

Фондом обязательного медицинского страхования разработаны Методические рекомендации «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования», которые указывают следующие виды нарушений:

а) невыполнение или ненадлежащее выполнение условий договора на предоставление лечебно-профилактической помощи по обязательному медицинскому страхованию;

б) выставление счета за фактически неоказанную услугу (случай медицинской помощи):

в) оказание застрахованному медицинской помощи ненадлежащего качества:

г) нарушения в работе медицинских организаций, наносящие ущерб здоровью застрахованных (внутрибольничные инфекции, травмы)

д) преждевременное (с клинической точки зрения) прекращение лечения, приведшее к ухудшению состояния больного, развитию осложнения, обострению, утяжелению течения заболевания (кроме документально оформленных случаев прекращения лечения по инициативе пациента или его родственников);

е) другие нарушения, ущемляющие права застрахованных, гарантированные законом [О методических ...].

Несмотря на то, что в специальных диссертационных исследованиях с 2006 года указывается на потенциал страхования ответственности медицинских работников, на данный момент обязательного страхования их профессиональной ответственности не производится. Вместе с тем отмечается, что в условиях развития биомедицины, генетических технологий существенно возрастает цена ошибки, которую может допустить врач, что может привести к применению «тактики избегания» [Мохов, 2020]. Возможные перспективы развития этого правового института рассматриваются исследователями в контексте создания саморегулируемых медицинских организаций [Соболева]. Слабое распространение этой практики связывается исследователями с вопросами применяемой правовой терминологии [Аверьянова и др.]. Можно согласиться с таким подходом, определяющим страхование как особую финансово-правовую форму защиты прав пациентов.

Общественные (внеюрисдикционные) механизмы связываются с деятельностью общественных объединений. Закон № 323-ФЗ предполагает возможность создания общественных объединений, направленных на защиту прав пациентов, которые могут в установленном законом порядке принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья и решении вопросов, связанных с нарушением таких норм и правил (п. 2 ст. 28 Закона № 323-ФЗ). Крупной общественной организацией является Всероссийский союз пациентов, также при Росздравнадзоре и Министерстве здравоохранения функционируют общественные советы. В соответствии с Уставом, Союз имеет право осуществлять защиту прав пациентов всеми законными средствами, давать консультации гражданам и организациям всех форм собственности, готовить документы, привлекать экспертов и специалистов, давать медико-правовые и экспертные заключения по жалобам и обращениям граждан [Официальный сайт...].

Также в рамках внеюрисдикционного механизма можно упомянуть процедуру медиации - способа урегулирования споров при содействии медиатора на основе добровольного согласия сторон в целях достижения ими взаимоприемлемого решения [Об альтернативной процедуре...]. Применительно к медицинским спорам вследствие врачебной ошибки исследователи указывают на потенциал такого способа защиты прав и нахождения путей компенсации в части конфиденциальности процедуры, отсутствия необходимости в проведении экспертизы и возможностей дальнейшей жизнедеятельности сторон, однако отмечают, с другой стороны, что правовой нигилизм и консерватизм руководителей лечебных учреждений, неосведомленность самих врачей и расчет на низкую социальную активность пациентов тормозят применение этого способа разрешения конфликта и защиты прав пациентов в современной медицинской практике [Шамликашвили].

Другой формой внеюрисдикционного механизма защиты прав пациента при совершении врачебной ошибки может считаться самозащита. Особенностью этого вида защиты выступает то, что она в данном случае носит превентивный характер, предполагает правомерное использование своих прав пациентом для снижения риска совершения врачебной ошибки лечащим врачом (это соотносится с подходом к самозащите как превенции нарушения права, которой придерживается Е.В. Вавилин [Вавилин]). Как справедливо пишут М.Ю. Козлова и А.О. Николаева: «Возможности самозащиты пациентом своих прав сильно ограничены отсутствием у него специальных познаний в медицине и зависимости от исполнителя. В качестве одной из форм самозащиты можно рассматривать отказ от медицинского вмешательства (например, в виде «бегства» из медицинской организации)» [Козлова, Николаева]. Ситуация зависимости определяется информационной асимметрией при предоставлении медицинских услуг или оказании помощи – это когда о предмете договора исполнителю известно намного больше, чем заказчику. Сложность применения данной формы защиты может быть обусловлена также спецификой заболевания, влияющего на волевую сферу защищаемого субъекта (в том числе, в силу имеющегося у него психического заболевания [Трошкина]). Мы полагаем, что примерами самозащиты прав пациента могут быть следующие случаи:

- смена лечебного учреждения, где бесплатно в рамках системы ОМС предоставляется медицинская помощь в рамках предусмотренной законом процедуры с целью получения более качественного лечения, минимизирующего возможность совершения врачебной ошибки;

- параллельное консультирование по одному и тому же заболеванию у нескольких специалистов, например, в частной и государственной медицинской организации, за собственный счет, либо в рамках частного обращения к практикующему специалисту, работающему pro bono или в рамках его сложившихся добрососедских отношений с пациентом;

- самостоятельный анализ назначений врача с целью устранения из назначений лекарств с недоказанной эффективностью посредством обращения к общедоступным базам данных медицинских исследований (типа PubMed), а также утвержденным стандартам и порядкам оказания медицинской помощи;

- публичное обращение (в том числе, посредством интернета и социальных сетей) с изложением обстоятельств нарушения собственных прав вследствие врачебной ошибки или иного неудовлетворительного качества медицинского обслуживания в целом.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Под правовыми средствами реализации способов защиты прав пациента в случае совершения врачебной ошибки следует понимать совокупность правовых гарантий, институтов и процедур, обеспечивающих пресечение посягательств на нарушение прав пациентов и (или) восстановление нарушенного права.

2. Способы защиты прав пациента делятся на юрисдикционные и внеюрисдикционные. В составе юрисдикционных форм выделяется судебная форма защиты, в случае рассмотрения дела в порядке гражданского судопроизводства это дела о возмещении ущерба. Особенностью административной формы юрисдикционной защиты выступает зависимость её реализации от построения национальной системы здравоохранения. Последняя характеризуется:

- наличием системы медицинских организаций в системе публичного управления и правоотношениями "учредитель-учреждение";

- наличием специализированного органа, осуществляющего надзор за деятельностью медицинских учреждений всех форм собственности, включая качество оказания медицинской помощи;

- наличием полномочий у Территориальных фондов обязательного медицинского страхования по проведению оценке качества оказания медицинской помощи.

В специальной литературе отмечается актуальность развития такого правового механизма как обязательное страхование гражданской ответственности медицинских работников как способа компенсации вреда при совершении врачебной ошибки. Несмотря на закрепление этой нормы в федеральном законодательстве, она остается нереализованной на практике.

3. Внеюрисдикционные формы защиты прав характеризуются деятельностью общественных объединений, защищающих права пациентов и некоторыми возможностями реализации самозащиты прав пациента на этапе превенции нарушения прав для снижения вероятности совершения врачебной ошибки.

2.2. ПРАВОВЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ: АНАЛИЗ МАТЕРИАЛОВ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Анализ практической реализации защиты прав пациентов в контексте существования врачебных ошибок осложняется тем фактом, что в виду отсутствия в законодательстве самого термина «врачебная ошибка» достаточно сложно отграничивать такие случаи между собой. Совершение врачебной ошибки подразумевает ряд правовых последствий, регулирование которых охватывается нормами уголовного, гражданского и трудового права, что подразумевает различные процессуальные порядки для данных последствий. Официальные статистические данные по врачебным ошибкам не составляются также ввиду отсутствия терминологического единства. В публикациях в СМИ приводятся различные оценки, тем более что чаще всего резонанс получают именно уголовные дела с участием врачей и медицинского персонала, что квалифицируется не как врачебная ошибка, а как преступление. Издание «Медицинский вестник» провело анализ уголовных дел, участниками которых выступали врачи: «В 2020 году в производстве российских судов по существу

находилось минимум 149 уголовных дел, фигурантами которых были врачи. Эта статистика не дает представления о том, сколько дел против врачей расследуют следственные органы. Кроме того, это самый минимум от реального количества: при подсчетах мы ориентировались на несколько статей и только на те дела, в которых был текст судебного акта. В 2020 году по этим делам суды признали виновными по меньшей мере 60 врачей (в это число входят обвинительные приговоры и дела, прекращенные по нереабилитирующим основаниям). Еще в 47 случаях обвиняемые были оправданы либо их дела были прекращены по реабилитирующим основаниям (например, из-за примирения с потерпевшим). Чаще всего врачам вменяли в вину причинение смерти по неосторожности – по этой статье в 2020 году суд рассмотрел не менее 97 дел, 46 из них закончились обвинительным приговором, 33 – прекращением дела или оправданием» [Калашников]. По оценке Руководителя Коллегии адвокатов при Российском обществе хирургов Николай Григорьев в год в уголовном порядке рассматривается до 6 тысяч дел, из которых 94-96% прекращаются, не дойдя до суда [Гурьянов]. По оценке министра здравоохранения Михаила Мурашко совершение врачами ошибок приводит более чем к 70 тысячам случаев медицинских осложнений [Минздрав]. В условиях пандемии COVID-19 и вызванных ей последствий в виде неизученности влияния, а также возросшей нагрузки на врачей и медицинский персонал появилось мнение, что ответственность врачей может быть смягчена (это обсуждалось на конгрессе врачей в Италии в конце 2020 года), однако такой точки зрения придерживаются далеко не все исследователи, указывая на актуализацию проблемы врачебных ошибок в связи с пандемией, но не на возможность смягчения ответственности [Малышева]. Мы предполагаем, что количество всех совершаемых врачебных ошибок не поддаётся объективному учету, так как чаще всего они становятся очевидными при возникновении значимых последствий, влекущих ущерб здоровью, при этом для объективной фиксации ошибки сам человек, чье здоровье пострадало

в ходе ошибки должен заявить о защите своих прав и инициации разбирательства: досудебного и судебного. В иных случаях этого не происходит, что придаёт врачебной ошибке высокий уровень латентности и осложняет принципиальную фиксацию случаев врачебных ошибок как объективных фактов. Анализ утвержденных Росстатом форм статистического наблюдения не позволяет говорить о ведении статистики врачебных ошибок, некачественного оказания медицинской помощи, принятых жалобах и иной претензионной работе медицинского учреждения [Об утверждении форм...]. Таким образом, анализ практики совершения врачебных ошибок представляется относительно затруднительным в силу описанных обстоятельств.

Судебный способ защиты прав пациентов мы полагаем в качестве основного в силу его исключительного воздействия на общественные отношения. Это воздействие проявляется в следующих особенностях:

- обязательность решения судьи для исполнения всеми участниками дела;
- особый порядок рассмотрения споров в суде, предполагающий наличие совокупности процессуальных прав и обязанностей его участников, протоколирование судебных споров, публикация решения;
- возможность установления вины правонарушителя вплоть до назначения уголовного наказания, свидетельствующего о повышенной общественной опасности деяния, совершенного в результате врачебной ошибки;
- направленность на компенсацию как нарушенного права, так и на пресечение возможного нарушения прав в дальнейшем уже относительно других пациентов.

Факт исключительного воздействия оказывает важность установления в ходе судебного заседания обстоятельств, имеющих правовое значение и несущее правовые последствия для всех участников правоотношений. Следует

более подробно рассмотреть возможные последствия принятия судебных решений в делах о врачебной ошибке. Предполагаем, что в силу отсутствия в российском законодательстве специальных норм о врачебной ошибке, следует обращаться к судебной практике, в совокупности взаимосвязей положений ГК РФ о возмещении вреда и положений федерального законодательства об охране здоровья граждан. При этом следует отметить, что суды при вынесении решений используют понятие врачебной ошибки, ставят перед экспертами вопросы о наличии таковых, о преднамеренности действий, что даёт возможности для анализа судебных решений о врачебных ошибках. Это даёт возможность обратиться к материалам практики судов общей юрисдикции Российской Федерации. При проведении анализа судебной практики по медицинским ошибкам нами был использован портал «Судебные акты» (www.sudact.ru), поиск велся, по ключевым словам, «врачебная ошибка», а дела были ограничены категориями гражданских со ссылками на нормы, фиксирующие обязательства в части деликтных обязательств (гл. 59 ГК РФ). При анализе использовались гражданские дела, связанные с причинением вреда, где причинителем вреда предполагался медицинский работник.

Сложность медицинской деятельности, потребность в специальных знаниях определяют необходимость назначения судами судебно-медицинской экспертизы. Принятие конкретного решения с юридическими последствиями суд основывает именно на данных полученных экспертных заключений.

Прежде всего, системное толкование норм предполагает, что факт вреда должен быть надлежащим образом установлен, а оказание услуг должно подтверждаться документально. Отсутствие подтверждения такого факта, а также отказ в проведении экспертизы, которая назначается в таких случаях для установления вреда и конкретных недостатков служит основанием для отказа в удовлетворении исковых требований пациента. Именно такой случай рассматривался в заседании Железногорского городского суда Курской области [Решение Железногорского...]. Примечательным в этом деле выступает то, что

суд самостоятельно определил необходимость предоставления истцом достоверных и достаточных доказательств наличия врачебной ошибки врача, его халатности или небрежности, непрофессионализма, иных недостатков оказанной услуги. Этот факт отражает два обстоятельства: во-первых, в отсутствие легального определения врачебной ошибки суд в данном случае самостоятельно определил его как недостаток оказанной услуги, во-вторых, доказанный факт врачебной ошибки выступает в качестве одного из оснований для удовлетворения иска о возмещении ущерба. Аналогичный подход к врачебной ошибке с точки зрения оказания некачественной медицинской услуги продемонстрировал суд города Урая [Решение Урайского...]. Довольно часто такие дела касаются некачественного оказания услуг в сфере стоматологической помощи: их рассматривали, в частности, суды города Ульяновска [Решение Заволжского...].

Важным для удовлетворения решения о компенсации вреда выступает установление причинно-следственной связи между действиями врача и наступившими неблагоприятными для пациента последствиями. При этом важно определить, явились ли такие действия причиной наступления последствий и если да, то в какой степени.

В одном из дел о компенсации вреда суд непосредственно поставил перед экспертами вопросы о следующем: 1) была ли допущена в ходе лечения врачебная ошибка и в чем она заключалась; 2) правильно ли был поставлен диагноз; 3) были ли допущены нарушения стандартов и методик; 4) имеется ли причинная связь между действиями по оказанию медицинской услуги по проведению лечения, и возникшими последствиями; 5) были ли допущены дефекты или недостатки в оказании медицинской помощи. Если на вопрос о выборе лечения и постановке диагноза эксперты ответили положительно, то, отвечая на вопрос о врачебной ошибке, упомянули такие дефекты как отсутствующие записи в амбулаторной карте: неполное описание жалоб и локального статуса, что указывает на неполную диагностику и отсутствие

дополнительных назначений (адекватной антибактериальной терапии). Что касается причинно-следственной связи, эксперты указали, что в данном случае ошибку в части неполной диагностики нужно рассматривать не как причину, а как одно из условий утяжеления состояния истицы и прогрессирования заболевания [Решение Железногорского...]. В упомянутом решении суд частично удовлетворил требования истицы: моральный вред был компенсирован, а компенсация расходов на лечение, так как оно было проведено в соответствии со стандартами – нет. Экспертизы с такими же вопросами назначались судами Подольска [Решение Подольского...] и Камышина. В последнем случае определение причинно-следственной связи касалось установления правильного лечения онкобольного, получавшего иммуносупрессивную терапию, смерть при этом наступила от сепсиса [Решение Камышинского...].

В ходе назначения экспертная организация также определяет, насколько решение врача соответствовало принятым стандартам и было ли оно оптимальным в данной ситуации для пациента. В одном из дел эксперты указали как на существенное нарушение существующих стандартов лечения (неверный выбор типа протезов, создающих дополнительную нагрузку), так и принятие ошибочного решения, которое в принципе не содержится в протоколах (обязательное депульпирование опорных зубов эндодонтическое лечение перед изготовлением металлокерамических коронок). Суд посчитал оказанные услуги ненадлежащего качества и присудил компенсацию [Решение Южно-Сахалинского...]. Отметим со своей стороны, что в данном случае проведение манипуляций, не предусмотренных стандартом, может также считаться навязанной услугой, однако в данном случае эксперты посчитали их назначение врачебной ошибкой. Здесь возникает спорная ситуация: навязанная услуга, как правило, осуществляется врачом сознательно с целью извлечения выгоды, в то время как ошибка извлечение такой выгоды не предполагает. Однако есть определенные сложности: в данном случае установить, была ли

назначена «лишняя» процедура в силу некомпетентности врача или в целях извлечения им выгоды можно только по косвенным признакам. В любом случае, оба исхода приводят к нарушению прав пациента, а понесенные им расходы на совершение ненужных манипуляций подлежат компенсации. Подтверждение навязанного характера услуги также в отношении стоматологической медицинской помощи прослеживается в решениях судов Санкт-Петербурга [Решение Крансогвардейского...] и Волгограда [Решение Советского...].

На размер компенсации морального вреда должны влиять не только такое последствие врачебной ошибки как риск жизни и здоровью, но и степень испытываемых пациентом страданий. На это в своем решении указал Апелляционный суд, увеличив размер компенсации морального вреда, определяя, что даже в том случае, если пациента лечили от одного заболевания, а страдания он испытывал от другого, избежать таких страданий могла бы верная диагностика, которую врач надлежащим образом не провёл [Апелляционное определение Омского...]. В контексте определения степени моральных страданий примечательно дело, в котором рассматривался иск гражданки к больнице, в которой ей поставили неверный диагноз на УЗИ, не определив беременность. Обосновывая претензию, истица указала, что ей причинен моральный вред, который выражается в том, что по вине данного врача приходится рожать и воспитывать в дальнейшем ребенка, что в планы истца не входило, она сама уже в течение 5 лет не может трудоустроиться. Суд в удовлетворении иска отказал [Апелляционное определение Свердловского...]. В случае, если требования о компенсации морального вреда основываются также на неподтвержденном факте врачебной ошибки, суд отказывает в их удовлетворении, устанавливая причинно-следственную связь между поведением истца и наступившими последствиями [Решение Ворошиловского...]. Тем самым устанавливается законность таковых требований. В решениях судов по делам, которые заявляют родственники

умерших граждан, часто встречается формулировка, что правопреемники не могут предъявлять претензии от имени умершего потребителя, так как по таким правоотношениям правопреемство не предусмотрено [Решение Ярцевского...].

Исключительно конфликтный характер взаимодействия врача и пациента или его родственников формируют ситуации, когда оказание медицинской помощи с соблюдением всех стандартов не гарантирует позитивного исхода, в особенности, если такой исход по факту становится летальным. Вместе с тем, это не избавляет суд от необходимости установления всех обстоятельств дела, связанных с соблюдением стандартов, установления квалификации, назначения соответствующей экспертизы. В практике Верховного Суда рассматривалось следующее дело: у Кудрина Р.Ю. умер отец (Кудрин Ю.С) в результате расслоения аорты и кровопотери, врач в принимающей больнице поставил неверный диагноз, отказал в экстренной госпитализации и не провёл подобающий случаю комплекс медицинских вмешательств и диагностики. Сын обратился в суд в связи с некачественным оказанием медицинской помощи и с требованием компенсировать ему нанесенный моральный вред. Суды первой и апелляционной инстанций в удовлетворении иска отказали. Во-первых, в результате экспертизы было установлено, что даже в случае выполнения всех необходимых мероприятий прогноз для жизни пациента был крайне неблагоприятным. Летальность при данной патологии составляет 90%. Допущенные дежурным врачом-терапевтом Клинической больницы N 172 нарушения при оказании медицинской помощи не состоят в причинно-следственной связи с наступившими тяжкими последствиями. Во-вторых, наличие недостатков оказанной медицинской помощи могло свидетельствовать о причинении морального вреда только самому Кудрину Ю.С., а не его сыну. Верховный суд в решении указал, что при рассмотрении таких дел нужно учитывать обстоятельства, которые свидетельствуют о причинении конкретно этим лицам физических или нравственных страданий (что соотносится с ранее выраженной позицией ВС РФ в Постановлении Пленума Верховного Суда

Российской Федерации от 26 января 2010 г. № 1 "О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни и здоровью гражданина"[Решение О применении судами гражданского...]). Судебные инстанции, рассматривая настоящее дело, не выясняли, предприняла ли больница все необходимые и возможные меры по спасению пациента (Кудрина Ю.С.) из опасной для его жизни ситуации, способствовали ли выявленные нарушения оказания медицинской помощи развитию неблагоприятного исхода, не истребовали от ответчика доказательств, подтверждающих, что при надлежащей квалификации врачей, правильной организации лечебного процесса не имелось возможности оказать больному необходимую и своевременную помощь. Судебные инстанции не установили, были ли предприняты сотрудниками больницы, в том числе врачом-терапевтом, все необходимые и возможные меры, в том числе предусмотренные стандартами оказания медицинской помощи, для своевременного и квалифицированного обследования пациента по указанным им жалобам и в целях установления правильного диагноза, определению и установлению симптомов имевшегося у Кудрина Ю.С. заболевания, правильно ли были организованы обследование пациента и лечебный процесс, имелась ли у больницы возможность оказать пациенту необходимую и своевременную помощь [Определение Судебной...]. Данный случай, скорее исключение, так как экспертиза назначается судом не только с целью установления корректности ведения документации и вероятности наступления неблагоприятного исхода, но и соблюдения стандартов и рекомендаций.

В другом случае дефекты ведения медицинской документации не обнаружили своей связи с последствиями. Так, дочь обратилась в суд с иском о возмещении морального ущерба в связи со смертью матери. Причиной смерти истец посчитала ошибочные действия врача: неверную диагностику, решение об амбулаторном (а не стационарном) лечении, назначение лекарства, не входящего в стандарт («Нимесил»). В ходе проведения проверки

Росздравнадзором были установлены нарушения, выданы предписания об устранении нарушений. Ответчик пояснил, что указанные нарушения носят характер дефекта ведения медицинской документации (пациент не поставил свою подпись в бланке отказа от госпитализации), врач направил пациента на анализы, однако она их не стала сдавать, а результаты приема не были оформлены в надлежащем виде, так как пациенту была выдана карта на руки для дальнейшего приема у врача-инфекциониста (которого пациентка не посетила), в то время, как в электронной карте все результаты приема отражены и соответствуют нормам. Назначенное лекарство пациентка ставила при помощи некой женщины, о чем пояснил свидетель – фельдшер скорой помощи. В конечном итоге, суд пришёл к выводу об отсутствии связи между дефектами ведения документации и отказал в иске [Решение Тамбовского...]. В указанном решении обращает на себя внимание, что Росздравнадзор и экспертное учреждение (ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Саратовской области») разошлись в оценке соблюдения стандарта оказания помощи при назначении врачом «Нимесида», а суд этот факт не оценил, более того, этот препарат, согласно его инструкции, следует с осторожностью назначать страдающим диабетом. Также этот случай иллюстрирует неоптимальную организацию ведения врачебной документации, когда происходит дублирование документации в электронном и бумажном виде, что увеличивает нагрузку на врачей и ведет к дефектам ведения медицинской документации и спорным ситуациям в дальнейшем. Вместе с тем, суды внимательно изучают обстоятельства дел, и если техническая ошибка ведения документации была исправлена – отражают этот факт в решении, так как он может повлиять на исход дела и квалификацию действий [Решение Вологодского...].

В ходе судебного разбирательства в делах о врачебных ошибках помимо экспертиз фигурируют также результаты внутренних расследований, проводимых в самих учреждениях. Эти результаты полагаются в качестве

основы для принятия решений судом. Так, в одном из случаев, где некачественное оказание медицинской помощи привело к смерти М., фигурировали материалы лечебно-контрольной комиссии, решением которой были установлены допущения грубые нарушения порядка оказания медицинской неотложной помощи больному с сердечной патологией, которые могли сыграть решающую роль в летальном исходе больного. В суде ответчик пояснил, что лечебно - контрольная комиссия, которая была проведена по факту смерти М, констатировала факты по возможным клиническим данным и по времени, которое было отражено в медицинской документации и за эти нарушения объявлены дисциплинарные взыскания. Дисциплинарные взыскания вынесены для предупреждения подобного оформления медицинской документации, когда несоответствие в отраженных объективных данных и временных интервалах можно трактовать как нарушение порядка оказания медицинской помощи. Интерпретируя эти данные, а также основываясь на объяснении облминздрава, указывающего что в результате проверки обнаружены дефекты ведения документации и диагностики, суд пришёл к выводу, что были допущены существенные дефекты оказания медицинской помощи, которые непосредственно не состоят в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти М., поскольку прямая причинно-следственная связь имеется между заболеванием. Однако, при правильном и своевременном оказании медицинской помощи М. имелась вероятность избежать смертельного исхода [Решение Переволоцкого...]. Данный случай иллюстрирует, что дефект ведения медицинской документации одновременно может выступать и диагностическим дефектом, что требует надлежащей оценки судом и влияет на вынесенное решение. Материалы лечебно-контрольных комиссий рассматривались судами в Йошкар-Оле [Решение Йошкар-олинского...] и Рязанской областях, при этом в последнем случае суд критически отнесся к этим материалам, дополнительно указав, что выводы, содержащиеся в протоколе такой комиссии не свидетельствуют об отсутствии

недостатков медицинской помощи, что требует рассмотрения всего объема доказательств по совокупности [Решение Рязского...]. Кроме протоколов лечебно-контрольных комиссий в дела, рассматриваемые в судах, также поступают материалы проверок, проводимых страховыми компаниями по факту жалоб пациентами [Решение Гулькевичского...].

При вынесении решений о компенсации морального вреда может возникнуть вопрос о характере связи между действиями причинителя вреда и нанесенными страданиями, а также установления конкретных виновников и степени их вины в нанесенном вреде. Это в особенности касается тех случаев, когда медицинская помощь оказывается несколькими специалистами. К примеру, в одном из решений описывается следующий случай: гражданин М.Д.В. в результате ДТП получил открытый вывих голени и был госпитализирован в ОГБУЗ «Алексеевская ЦРБ». Травматолог вывих вправил, однако обратил внимание, что имеются нарушения магистрального кровотока в нижней конечности. Так как в больнице не было специалиста по сосудистой хирургии, его для консультации вызвали из другого медицинского учреждения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа». Призванный для консультации сосудистый хирург посчитал, что никаких дополнительных манипуляций не требуется. Однако на следующий день состояние больного ухудшилось, начался некроз, и ногу пришлось ампутировать.

В судебном заседании сосудистый хирург настаивал на верной диагностике, а также на том, что травматологи не осуществили фиксацию голени, что и вызвало повторное травмирование и некроз тканей. Суд установил, что были допущены ошибки:

- со стороны травматологов (неверно выполнено хирургическое вмешательство по фиксации костей голени, что не предотвратило развитие тяжелых осложнений – тромбоз);

- со стороны ангиохирурга (невыполнение операции «Ревизия сосудов левого коленного сустава и голени» при достаточности имеющихся диагностических инструментов и полномочий по проведению)

- со стороны специалистов Алексеевской РЦБ (недостаточная оценка локального статуса нижней конечности после первичного осмотра ангиохирурга).

Как было установлено в ходе экспертизы, отсутствие фиксации сустава на исход травмы в данном случае не повлияло, так как рецидива вывиха по документации и истории болезни не отмечается. Вместе с тем, диагностирование последним могло бы выступить показанием к операции «Ревизия сосудов левого коленного сустава и голени», что могло бы спасти конечность. Невыполнение этой операции и ампутация конечности находится в непрямой причинно-следственной связи. При этом суд указал, что закон не содержит указания на то, что между противоправным поведением причинителя вреда и перенесенными потерпевшим в связи с этим физическими и нравственными страданиями должна быть только прямая причинная связь, это поведение может быть условием. Возможность взыскания с причинителя вреда компенсации морального вреда не поставлена в зависимость от наличия именно прямой причинной связи между противоправным деянием и наступившим вредом. В конечном итоге, суд пришел к выводу о наличии обоюдной вины ОГБУЗ «Алексеевская ЦРБ» в размере 35 % и ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» в размере 65 % в причинении М.Д.В. вреда здоровью и наличию причинно-следственной связи между оказанием ответчиками некачественной и несвоевременной медицинской помощи и наступившими у М.Д.В. последствиями в виде ампутации левой нижней конечности на уровне нижней трети бедра, установлением инвалидности 3 группы бессрочно. Определяя такое процентное соотношение, суд исходит из того, что не своевременное проведение операции по ревизии сосудистого пучка в большей мере повлияло на наступление неблагоприятных

для истца последствий, поскольку не проведение операции не позволило своевременно установить и устранить причину артериальной непроходимости, восстановить кровообращение в конечности и избежать осложнений травмы в виде развития необратимых ишемических изменений в левой голени [Решение Коминтерновского...].

Вместе с тем, применение норм о солидарной ответственности предполагает установление совместных действий. Не всегда на практике дефекты оказания медицинской помощи бывают связаны: например, в поликлиническом учреждении может быть проведен не весь комплекс обследований, в связи с чем не уточнена картина заболевания – это приводит к неверному лечению и к дальнейшему обострению заболевания. Затем следует госпитализация в стационарное учреждение, где принимаются неверные клинические решения, могущие быть не связанными с изначальным неверно поставленным диагнозом. Тогда в таком случае моральный вред взыскивается с обоих учреждений, а не солидарно с каждого, поэтому судом и не устанавливаются степени ответственности каждого учреждения. Такой случай рассматривался, в частности, судом Ульяновска, который определил выплатить по 300 тысяч рублей морального ущерба заявителю – дочери умершего пациента [Решение Ленинского...].

Допущение грубых врачебных ошибок, халатности в частности, при проведении реанимационных мероприятий формирует особо высокие риски наступления летального исхода. При этом дефекты ведения медицинской документации зачастую могут препятствовать установлению виновных лиц и привлечения их к ответственности. Так, в суде рассматривался гражданский иск к ГБУЗ «Гулькевичская ЦРБ» по факту морального вреда в результате смерти беременной женщины, наступившей из-за запоздалой диагностики и в ходе реанимационных мероприятий из-за гипоксии мозга. Представитель ответчика указывал, что так как уголовное дело о причинении смерти по неосторожности, которое возбуждено по факту смерти В.Е., прекращено, по причине не

установленной причинно-следственной связи между действиями врача-анестезиолога и последовавшим летальным исходом, то соответственно, действий, в результате которых действиями работников ГБУЗ Гулькевичская ЦРБ был причинен вред здоровью, повлекший ее смерть и как следствие причинение морального вреда истцу, следствием установлено не было. Эти доводы суд признает несостоятельным, поскольку законодательство не предусматривает наличие прямой причинно-следственной связи между действиями и последствиями. Кроме того, суд отмечает, что экспертиза проведена при частичном отсутствии медицинской документации, что также не может расцениваться как надлежащее поведение причинителя вреда и толковаться в пользу ответчика. Доказательств отсутствия своей вины в причинении вреда здоровью ответчиком суду не представлено. Прекращение уголовного дела по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи в связи с отсутствием состава преступления освобождает от уголовной ответственности, однако не является основанием для исключения гражданско-правовой ответственности, в том числе в виде возмещения ущерба [Решение Гулькевичского...]. Данный случай показывает важность разграничения уголовной ответственности исполнителя и гражданско-правовой ответственности в случае совершения врачебной ошибки и подчеркивает важность адекватного ведения медицинской документации. Так, к примеру, Омутинский районный суд отказал в компенсации морального вреда гражданину в связи со смертью близкого лица, так как отсутствие документов по проведению сердечно-легочной реанимации не позволило оценить полноту и эффективность проведенных мероприятий сердечно-легочной реанимации, а установить связь между смертью гр.Васильева П.Л. и дефектами медицинской помощи не представляется возможным [Решение Омутинского...].

В тех случаях, когда медицинская организация признаёт факт врачебной ошибки, спорным моментом может оказаться размер компенсации. Так, например, гр-ка Тоцакова обратилась в суд с иском о возмещении морального

ущерба и компенсации расходов на лечение вследствие неверно установленного диагноза (врачи диагностировали ушиб, в то время, как по факту это был перелом ладьевидной кости). В перечень расходов, подлежащих компенсации, истица включила:

- транспортные расходы - 5328 руб.;
- расходы на приобретение лекарств – 7137 руб.;
- расходы по оплате медицинских услуг 1735 руб. (анализы - 1465 руб., описание снимков - 270 руб.);
- компенсацию морального вреда в размере 150000 руб.,
- расходы по оплате юридической помощи в размере 5000 руб.

Ответчик факт неверно поставленного диагноза признал, однако возражал против возмещения транспортных расходов и расходов на лечение, в связи с тем, что при полученной травме, даже при своевременной диагностике, ей пришлось бы нести расходы на проезд к месту проведения операции и последующего лечения, а также нести расходы на лекарственные препараты, поскольку она не имеет права на бесплатное их получение.

Суд частично удовлетворил иск, пояснив, что в состав транспортных расходов включены расходы на проезд из города Челябинска до г. Верхнего Уфалея в размере 450 рублей, поскольку в указанный день Тощакова Г.А. была направлена на консультацию в ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», где ей был установлен надлежащий диагноз. Кроме того, суд согласился с доводом ответчика о том, что расходы на лекарства не включаются в состав, так как расходы не связаны с причинением ущерба, а связаны с проведением лечения полученной бытовой травмы. Моральный вред был снижен до 10 000 рублей. Также, применив положения о защите прав потребителя, суд указал, что с ответчика в пользу истца подлежит взысканию штраф за несоблюдение в добровольном порядке удовлетворения требований потребителя в размере 6092 рубля 50 копеек ((10000 руб. + 2185 руб.) x 50 %) [Решение Верхнеуфалейского...]. В другом деле суд отказал в удовлетворении

значительной части требований истца (консультативно-диагностические мероприятия, проживание в гостинице), так как не увидел связи между понесенными расходами и противоправными действиями ответчика, однако признал допустимыми выплаты в связи с проездом до места проведения экспертизы [Решение Центрального...]. Помимо причинно-следственной связи, суды обращают внимание также на достоверность подтверждения указанных истцами расходов [Решение Советского...].

Распространение законодательства о защите прав потребителя на получение медицинских услуг предполагает, что наличие дефектов медицинской помощи, выраженных в недостатках проведения диагностики, ведения документации и проведения лечения, хотя могут и не состоять в непосредственной причинно-следственной связи с причиненным вредом, все же свидетельствуют о нарушении прав потребителя услуг и потому причиненный моральный вред подлежит компенсации в этом случае. Именно такое судебное решение было вынесено в порядке апелляционного производства [Апелляционное определение...].

Отдельную категорию споров, связанных с совершением врачебных ошибок, формируют трудовые споры. Организации здравоохранения заинтересованы в повышении качества медицинской помощи, которая обеспечивается, в том числе, за счет соблюдения медицинскими работниками трудовой дисциплины, стандартов и порядков оказания медицинской помощи, ведения документации. В связи с этим, организации здравоохранения проводят внутренний контроль качества медицинской помощи, по результатам которой при выявлении врачебных ошибок и нарушения трудовых обязанностей назначаются взыскания в соответствии с нормами Трудового Кодекса. Работник может оспорить в судебном порядке назначение дисциплинарного взыскания, в полной мере это касается работников сферы здравоохранения.

Исследователями отмечается, что довольно часто суды в спорах, касающихся увольнения работника и восстановления в должности встают на

сторону работодателя, так как склонны доверять приводимым аргументам и доводам экспертов [Гайворонская]. Вместе с тем, мы полагаем, что в случае с наложением мене строгих дисциплинарных взысканий практика может варьироваться.

Допущение врачебных ошибок может служить основанием для наложения дисциплинарного взыскания, которое, согласно закону, должно быть соразмерным степени тяжести дисциплинарного проступка. Именно такой случай рассматривался в суде: врач-хирург опротестовал назначение ему выговора за формальное ведение медицинской документации и более поздний прием пациента. Условиями, которые суд посчитал неучтенными работодателем при назначении выбора дисциплинарного взыскания с учетом тяжести и условий послужили высокая нагрузка на врача (им было освидетельствовано около 200 призывников). Поэтому суд отменил приказ, в котором был назначен выговор, а также присудил компенсацию морального вреда работнику [Решение Губкинского...].

Также при установлении ответственности работника вследствие совершения врачебной ошибки надлежит полно устанавливать обстоятельства дела, определяя действительную ответственность. Так, в одном из дел суд рассматривал наложение дисциплинарных взысканий на старшую медицинскую сестру ГСУ СО «Специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов» К.А. Егорову, по той причине, что её подчиненная не идентифицировала колото-резаную рану у подопечного интерната как требующую оперативного вмешательства. Суд удовлетворил требование истицы, так как при назначении дисциплинарного наказания работодатель не учел следующие факты: Егорова К.А., не будучи своевременно осведомлена о происшествии и отсутствуя на рабочем месте на законных основаниях, не имела возможности осуществлять непосредственный контроль за работой персонала и принять меры к тому, чтобы медицинская помощь пострадавшему была оказана своевременно и в необходимом объеме. Суд также отмечает, что

при расследовании обстоятельств происшествия, работодатель сделал акцент на несвоевременном оказании медицинской помощи пострадавшему, полностью игнорируя то обстоятельство, что причиной драки и последующей травмы является распитие потребителями социальных услуг алкогольных напитков на территории дома-интерната, которое своевременно не было пресечено персоналом. Причины по которым меры по соблюдению проживающими правил нахождения в доме-интернате оказались неэффективными или недостаточными, руководством учреждения не выяснялись. Суд признал тенденциозный и необъективный характер выводов служебного расследования, постановил соответствующие приказы отменить и выплатить удержанную заработную плату [Решение Тракторозаводского...].

Так же, как и при установлении ответственности за компенсацию морального вреда в ходе производства медицинских манипуляций, при назначении дисциплинарного взыскания также используются материалы экспертиз, в частности, медико-экономической экспертизы страхового случая при оказании медицинской помощи. Наличие дефектов (некорректное описание исследования УЗИ) было признано ошибкой, создающей предпосылку для неверного диагноза и лечения [Решение Нижнеилимского...]. Также суд не всегда требует проведения экспертизы – для установления факта нарушения достаточно акта комиссионной проверки ведения документации, осуществляемой внутри медицинской организации её сотрудниками [Решение Советского...].

Таким образом, анализ судебной практики по делам о врачебных ошибках позволяет выделить ряд правовых последствий её совершения, которые имеют значение в ходе установления этих фактов при разрешении конфликтных ситуаций в судах:

1. В условиях отсутствия легального определения врачебной ошибки суды самостоятельно определяют его как недостаток оказанной услуги или дефект медицинской помощи. Документальные доказательства, истребуемые, в

частности, в порядке осуществления судебно-медицинской экспертизы, подтверждают факт совершения врачебной ошибки, что является основанием для возмещения вреда, нанесенного пациенту.

2. В исковых заявлениях пациентов, считающих себя пострадавшей стороной, заявляются требования о компенсации морального вреда и компенсации расходов, понесенных в связи с осуществлением медицинских манипуляций. Это обуславливает назначение судом медицинской экспертизы, перед которой ставятся различные вопросы, в частности:

- направленные на установление фактов дефективной медицинской помощи, образуемых дефектами диагностики и ведения медицинской документации;

- направленные на установление нарушений стандартов, порядков лечения, клинических рекомендаций, проводимых в ходе лечения;

- направленные на установление причинно-следственной связи между действиями медицинских работников и наступившими неблагоприятными для пациента последствиями.

В зависимости от содержания ответов на эти вопросы суд принимает решение о компенсации: если понесенные на лечение расходы находились в непосредственной связи с принятыми действиями (бездействиями) врачей, то они подлежат компенсации. Отсутствие такой связи обязанности компенсации не образует.

3. Наличие морального вреда из-за врачебной ошибки также должно быть подтверждено истцом и быть установлено в ходе судебного заседания. Чтобы признать наличие нанесенного морального вреда, следует установить наличие выраженных негативных последствий для состояния пациента, его психического состояния вследствие врачебной ошибки.

4. При определении оснований для компенсации морального вреда характер прямой связи действий медицинских работников и нанесенного вреда не имеет значения: в случае выявления нарушений в порядках и стандартах

оказания помощи, либо в ведении медицинской документации, указанные врачебные ошибки свидетельствуют о предоставлении услуг ненадлежащего качества, что само по себе образует основание для компенсации морального ущерба. В решениях эта связь часто называется «косвенной» или «непрямой».

5. При определении последствий врачебных ошибок как условий для компенсации нанесенного вреда здоровью и (или) компенсации морального вреда особое внимание в решениях уделяется определению конкретных врачебных ошибок, которые были совершены разными специалистами на разных этапах оказания медицинской помощи. Определение характера причинно-следственной связи между ошибками имеет важное значение при определении пропорций компенсации вреда, когда медицинская помощь оказывалась в рамках нескольких лечебных учреждений.

6. В спорах, связанных с трудовыми отношениями врачей и медицинских организаций врачебная ошибка рассматривается как следствие недобросовестного выполнения своих трудовых обязанностей и основание для назначения дисциплинарного взыскания. Спорные моменты касаются адекватного определения критического характера врачебной ошибки и обстоятельств назначения взыскания степени строгости взыскания, налагаемого на медицинского работника. Экспертизы в трудовых спорах используются наряду с гражданско-правовыми спорами с пациентами.

7. Наиболее часто встречающимся обстоятельством врачебной ошибки в судебной практике можно считать дефекты медицинской документации, что соотносится с часто упоминаемой проблемой высокой нагрузки на врачей чисто бюрократического характера. Это обстоятельство характеризует особенности организации российской системы здравоохранения, которые формирует риски совершения врачебных ошибок.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе работы была достигнута цель комплексного рассмотрения правовых проблем и сложных аспектов, связанных с изучением проблем врачебной ошибки и защиты прав пациентов. Для достижения цели были решены следующие задачи:

1) была сформулирована авторская концепция врачебной ошибки.

Медицинская ошибка представляет собой разновидность дефекта оказания медицинской помощи; произошедшее или возможное событие, которое влечет за собой существенно неблагоприятный для жизни и здоровья пациента исход медицинской помощи, вызванный действиями или бездействием медицинского персонала, который не предвидел и не мог предвидеть и предотвратить это событие, добросовестно заблуждался относительно диагностики, комплекса медицинских вмешательств, информирования пациента о состоянии его здоровья.

Введение такого определения в законодательство избыточно, так как юридически значимые факты и поступки в сфере медицины охватываются имеющимися категориями права. В каждом конкретном случае нарушение прав пациента предполагает установление степени ответственности не только медицинского персонала, но и выявления факторов, которые повлекли за собой нарушение прав пациента, дабы исключить появление ошибок, инициированных теми же факторами, в дальнейшем процессе оказания медицинской помощи и предоставления услуг.

2) были выявлены задачи, которые решаются посредством установления норм права в плане предотвращения совершения врачебных ошибок и нанесения вреда пациенту. Такими задачами являются:

- установление качественного характера медицинской помощи как конституционной ценности. Такой подход определяет развитие прочих законов и подзаконных актов в этом ключе, в частности, Законом «Об основах охраны

здоровья граждан в Российской Федерации» определяется необходимость обеспечения таких свойств медицинской помощи как её безопасность и эффективность;

- профессионализация медицинской деятельности, что достигается, в частности, за счет государственного лицензирования медицинской деятельности, аккредитации специалистов, установления квалификационных требований к лицам, оказывающим медицинскую помощь и обязанность повышения уровня их квалификации;

- правовая регламентация процесса оказания медицинской помощи, что реализуется установлением правил, порядков, стандартов и рекомендаций при оказании медицинской помощи, обладающих статусом подзаконных нормативных актов, а также правил разработки таких актов на уровне государственных органов и обязательности регулярной актуализации клинических рекомендаций;

- компенсация негативных последствий для жизни и (или) здоровья пациента и (или) его родных и близких, наступивших вследствие допущения врачебной ошибки. На решение этой задачи направлено распространение на медицинские услуги общеправовых положений о безопасности услуг для потребителя, а также компенсационные механизмы гражданского права, предполагающие компенсацию вреда при отсутствии вины причинителя такого вреда. Сюда также можно отнести положения о праве медицинских работников на страхование рисков профессиональной деятельности;

- создание правовых условий для идентификации совершения врачебной ошибки и обстоятельств, приводящих к совершению ошибок в будущем. Такие условия создаются путем введения правового института экспертизы качества медицинской деятельности. Эта задача решается как со стороны государства путем реализации полномочий по контролю и надзору в сфере здравоохранения, так и в рамках наделения соответствующими правомочиями отдельных медицинских работников и подразделений лечебно-

профилактических учреждений по анализу оказания медицинской помощи на предмет её безопасности, эффективности и наличие ошибочных действий медицинского персонала;

- развитие коллегиального начала в принятии решений, касающихся стратегии и тактики лечения, что выражается в возможности создания таких правовых институтов как врачебные комиссии, консилиумы, научно-практический совет, некоммерческие организации специалистов, наделенных правомочиями по принятию юридически значимых решений;

- установление иных, кроме гражданско-правовой, видов ответственности врача и медицинской организации за совершение врачебной ошибки: дисциплинарной, административной и уголовной. Как представляется, ответственность в отношении врачебных ошибок в значительной степени несет более превентивную и штрафную, нежели чем компенсационную функцию.

3) было выявлено содержание и сформулировано определение правовых средств и способов реализации защиты прав пациента в случае совершения врачебных ошибок.

Под правовыми средствами реализации способов защиты прав пациента в случае совершения врачебной ошибки следует понимать совокупность правовых гарантий, институтов и процедур, обеспечивающих пресечение посягательств на нарушение прав пациентов и (или) восстановление нарушенного права.

Способы защиты прав пациента делятся на юрисдикционные и внеюрисдикционные. В составе юрисдикционных норм выделяется судебная форма защиты, в случае рассмотрения дела в порядке гражданского судопроизводства это дела о возмещении ущерба. Особенностью административной формы юрисдикционной защиты выступает зависимость её реализации от построения национальной системы здравоохранения.

Внеюрисдикционные формы защиты прав характеризуются деятельностью общественных объединений, защищающих права пациентов и

некоторыми возможностями реализации самозащиты прав пациента на этапе превенции нарушения прав для снижения вероятности совершения врачебной ошибки.

4) был проведен анализ материалов судебной практики, позволивший выделить правовые последствия врачебной ошибки.

Анализ практики позволяет утверждать, что обнаруживаются следующие закономерности:

- в отсутствие легального определения врачебной ошибки суды определяют его как недостаток оказанной услуги или дефект медицинской помощи, в абсолютном большинстве случаев суды назначают экспертизы, так как установление причинно-следственных связей между ущербом и действиями медицинского персонала требует специальных знаний;

- компенсация нанесения вреда требует установления причинно-следственной связи между действиями медицинского персонала и вредом, а при установлении необходимости компенсации морального ущерба такая связь не имеет значения. В судебных решениях эта связь часто называется «косвенной» или «непрямой»;

- в случае установления вины медицинских работников для определения размера компенсации суды устанавливают степень участия каждого из субъектов медицинской деятельности в процессе оказания помощи или предоставления медицинской услуги;

- наиболее часто встречающимся обстоятельством совершения врачебной ошибки в судебной практике можно считать дефекты медицинской документации, что соотносится с часто упоминаемой проблемой высокой нагрузки на врачей чисто бюрократического характера.

Сформулируем авторские рекомендации по совершенствованию действующей правовой политики в сфере защиты прав пациентов и осуществления защиты прав пациентов:

1. В рамках расширения инструментов юрисдикционной формы защиты прав пациентов разработать и принять Федеральный закон «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций и медицинских работников перед пациентами». В структуру закона включить такие понятия как «дефект медицинской помощи», «дефект медицинской услуги», определить предмет страхования, принципы страхования, порядок обязательного страхования медицинских работников и организаций, формирование комиссий по расследованию страховых случаев при оказании медицинской помощи или медицинских услуг. Это будет способствовать не только защите прав пациентов, которые могут пострадать из-за действий врача, но также сделать более определенной сами условия работы врача, позволяя ему более свободно выбирать стратегию и тактику лечения

2. В состав Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» следует внести положения о самозащите прав пациентов: в п. 5 ст. 19 включить пп. 12: «на самозащиту прав всеми предусмотренными законом способами». Это позволит расширить представления пациентов о возможностях защиты прав, откроет возможность дальнейшей детальной теоретической и практической разработки концепции самозащиты прав граждан.

3. В содержание профессиональных стандартов врачей, относящихся к категории руководителей, возглавляющих подразделения лечебных учреждений, следует включить обязанность проведения аналитической работы своих подразделений. Это позволит создать фактологическую базу для оценки обстоятельств совершения врачебных ошибок и предотвращения их возникновения на уровне оперативного риск-менеджмента.

4. Развивать в учреждениях здравоохранения полноценный электронный документооборот в национальной системе здравоохранения, который бы исключил необходимость дублирования информации на бумажном носителе. Это позволит разгрузить врачей и средний медицинский персонал, снизить

трудоемкость их работы, позволив сконцентрироваться на лечении пациентов. Для этого следует пересмотреть законодательство об электронном документообороте учреждений, относящихся к государственной и муниципальной системе здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Нормативные и правовые акты

1.1 Всеобщая декларация прав человека: принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948 // Российская газета. 1998. - 10 дек.

1.2 Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах: принят 16.12.1966 Резолюцией 2200 (XXI) на 1496-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН) // Бюллетень Верховного Суда РФ. - 1994. - № 12.

1.3 Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 04.07.2020.

1.4 О защите прав потребителей: Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 11.06.2021) // Собрание законодательства РФ. - 1996. - № 3. - Ст. 140.

1.5 Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 16.04.2022) // Собрание законодательства РФ. - 2002. - № 1 (ч. 1). - Ст. 1.

1.6 Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 25.03.2022) // Собрание законодательства РФ. - 1996. - № 25. - Ст. 2954.

1.7 Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 № 138-ФЗ (ред. от 16.04.2022) // Собрание законодательства РФ. - 2002. - № 46. - Ст. 4532.

1.8 Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31.07.1998 № 145-ФЗ (ред. от 16.04.2022) // Собрание законодательства РФ. - 1998. - № 31. - Ст. 3823.

1.9 Об автономных учреждениях: Федеральный закон от 03.11.2006 № 174-ФЗ (ред. от 06.03.2022) // Собрание законодательства РФ. - 2006. - № 45. - Ст. 4626.

1.10 О прокуратуре Российской Федерации: Федеральный закон от 17.01.1992 № 2202-1 (ред. от 01.07.2021) // Собрание законодательства РФ. - 1995. - № 47. - Ст. 4472.

1.11 О некоммерческих организациях: Федеральный закон от 12.01.1996 № 7-ФЗ (ред. от 02.07.2021) // Собрание законодательства РФ. - 1996. - № 3. - Ст. 145.

1.12 Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021) // Собрание законодательства РФ. - 2011. - № 48. - Ст. 6724.

1.13 О внесении изменений в Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации": Федеральный закон от 02.07.2021 N 312-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2021. № 27 (часть I). Ст. 5140.

1.14 О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации: Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ (ред. от 27.12.2018) // Собрание законодательства РФ. - 2006. - № 19. - Ст. 2060.

1.15 Об общественных объединениях: Федеральный закон от 19.05.1995 № 82-ФЗ (ред. от 30.12.2020) // Собрание законодательства РФ. - 1995. - № 21. - Ст. 1930.

1.16 Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 24.02.2021) // Собрание законодательства РФ. - 2010. - № 49. - Ст. 6422.

1.17 Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации): Федеральный закон от 27.07.2010 № 193-ФЗ (ред. от 26.07.2019) // Собрание законодательства РФ. - 2010. - № 31. - Ст. 4162.

1.18 Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации: Постановление Правительства РФ от 19.06.2012 № 608 (ред. от 17.07.2021) // Собрание законодательства РФ. - 2012. - № 26. - Ст. 3526.

1.19 Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг: Постановление Правительства РФ

от 04.10.2012 № 1006 // Собрание законодательства РФ. - 2012. - № 41. - Ст. 5628.

1.20 Об утверждении Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности: Постановление Правительства РФ от 29.06.2021 № 1048 // Собрание законодательства РФ. - 2021. - № 27 (часть III). - Ст. 5426

1.21 Об утверждении Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности: Постановление Правительства РФ от 29.06.2021 № 1048 // Собрание законодательства РФ. 2021. - № 27 (часть III). - Ст. 5426.

1.22 О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации: Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 291 (ред. от 16.02.2022) // Собрание законодательства РФ. - 2012. - № 17. - Ст. 1965.

1.23 Об утверждении показателей эффективности деятельности федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, и их руководителей: Приказ Минздрава России от 29.04.2020 № 387н // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.09.2022)

1.24 Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности: Приказ Росздравнадзора от 10.07.2020 № 5974 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.09.2022)

1.25 Об организации прокурорского надзора за исполнением законов, соблюдением прав и свобод человека и гражданина: Приказ Генпрокуратуры России от 07.12.2007 № 195 (ред. от 21.06.2016) // Законность. - 2008. - № 3.

1.26 Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению: Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н (ред. от 21.02.2020) // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. - 2012. - № 52.

1.27 Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях: Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 786н (ред. от 18.02.2021) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 02.10.2020.

1.28 Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия": Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 923н // Российская газета. - 2013. - N 78/1.

1.29 Об утверждении Положения о научно-практическом совете Министерства здравоохранения Российской Федерации: Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 102н // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 01.04.2019

1.30 Об утверждении порядка и сроков одобрения и утверждения клинических рекомендаций, критериев принятия научно-практическим советом решения об одобрении, отклонении или направлении на доработку клинических рекомендаций либо решения об их пересмотре: Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 104н // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 09.09.2019

1.31 Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации: Приказ Минздрава России от

28.02.2019 № 103н (ред. от 23.06.2020) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 08.05.2019.

1.32 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 Минздрава России от 19.03.2021 № 231н (ред. от 01.07.2021) // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.09.2022)

1.33 Об утверждении порядка информирования застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования: Приказ Минздрава России от 08.04.2021 № 317н // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.09.2022)

1.34 Об утверждении порядка разработки стандартов медицинской помощи: Приказ Минздрава России от 08.02.2018 № 53н (ред. от 28.06.2019) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 05.06.2018.

1.35 Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации: Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 N 502н (ред. от 02.12.2013) // Российская газета. - 2012. - № 141.

1.36 Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи: Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 17.05.2017

1.37 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 Минздрава России от 19.03.2021 N 231н (ред. от 01.07.2021) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 14.05.2021.

1.38 Об утверждении Положения об аккредитации специалистов: Приказ Минздрава России от 22.11.2021 № 1081н // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.09.2022)

1.39 Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения: Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N 541н (ред. от 09.04.2018) // Российская газета. - 2010. - № 217.

1.40 Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья: Приказ Росстата от 20.12.2021 № 932

1.41 Об утверждении профессионального стандарта "Врач-педиатр участковый": Приказ Минтруда России от 27.03.2017 № 306н// Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 18.04.2017

1.42 Об утверждении номенклатуры медицинских услуг: Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н (ред. от 24.09.2020) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 08.11.2017.

1.43 Об утверждении Положения о Департаменте здравоохранения Тюменской области: Постановление Правительства Тюменской области от 24.12.2007 № 320-п (ред. от 05.07.2021) // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.09.2022)

2. Научная литература

2.1 Аверьянова О.В., Андреев С.И., Прокудин Ю.А., Семенов С.Л. Особенности института страхования профессиональной ответственности медицинских работников // Вестник Российской Военно-медицинской академии. - 2020. - № 2 (70). - С. 142-145.

2.2 Аверьянова О.В., Коробов М.И. Некоторые проблемы правового регулирования страхования профессиональной ответственности медицинских работников // Известия Российской военно-медицинской академии. 2019. Т. 3. № S1. С. 168-172.

2.3 Андрушко А. В. К вопросу об определении понятия правонарушения в уголовном процессе постсоветских государств [Электронный ресурс] / А. В. Андрушко // Актуальные проблемы уголовного процесса и криминалистики : сборник статей / Министерство внутренних дел Республики Беларусь, учреждение образования «Могилевский институт Министерства внутренних дел Республики Беларусь» ; редкол.: Ю. А. Матвейчев (отв. ред.) [и др.]. – Могилев : Могилев. институт МВД, 2017. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – С. 4–11.

2.4 Баринов С.А. Правовое обеспечение защиты прав пациента в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской услуги : автореферат дис. ... кандидата юридических наук : 12.00.03 / Баринов Сергей Александрович; [Место защиты: Рос. гос. гуманитар. ун-т (РГГУ)]. - Москва, 2012. - 26 с.

2.5 Бергер А.Ю. Сравнительно-правовой анализ действия конституционных прав и свобод человека и гражданина в частном праве Германии и России // Сравнительное конституционное обозрение. 2014. № 1. С. 100–119.

2.6 Бочарникова Н.А. Административная ошибка: правовое содержание, значение и основные направления преодоления : монография / Н. А. Бочарникова. – Воронеж : Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2013. – 191 с.

2.7 Бударин Г.Ю. Социальные принципы нормативного регулирования медицинской деятельности : автореферат дис. ... доктора социологических наук : 14.02.05 / Бударин Глеб Юрьевич; [Место защиты: Волгогр. гос. мед. ун-т]. - Волгоград, 2013. - 47 с.

2.8 Буранбаева Л.З. «Отрицание» платной медицинской услуги и ее альтернатива бесплатной // Инновационная наука. - 2017. - № 12. - С. 94-96.

2.9 Вавилин Е.В. Самозащита гражданских прав // Российская юстиция. - 2012. - № 1. - С. 5-7

2.10 Васяев А.А. О сходстве и различии правозащитной и правоохранительной деятельности // Российская юстиция. - 2020. - № 1. - С. 55 - 57

2.11 Гайворонская О. Увольнение врачей за ошибки: анализ споров // Трудовое право. - 2018. - № 10. - С. 85 - 96.

2.12 Гурьянов С. Клинический случай: как сократить число врачебных ошибок. Официальный сайт газеты "Известия" - URL: <https://iz.ru/1258570/sergei-gurianov/klinicheskii-sluchai-kak-sokratit-chislo-vrachebnykh-oshibok> (дата обращения: 08.03.2022)

2.13 Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Советская медицина - 1941.- № 3. - С. 3-10.

2.14 Засыпкина Е.В., Катрунов В.А., Кузнецова М.Н. К вопросу о врачебных ошибках: методология и критерии определения // URL: <https://medconfer.com/node/5979> (дата обращения: 07.09.2021)

2.15 Иванова Н.А. Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина : автореферат дис. ... кандидата юридических наук : 12.00.03 / Иванова Наталия Александровна; [Место защиты: Волгогр. акад. МВД России]. - Волгоград, 2007. - 25 с.

2.16 Иванова Н.А. Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина : автореферат дис. ... кандидата юридических наук : 12.00.03 / Иванова Наталия Александровна; [Место защиты: Волгогр. акад. МВД России]. - Волгоград, 2007. - 25 с.

2.17 Казанцева А. Кто бы мог подумать! [Текст] : как мозг заставляет нас делать глупости / Ася Казанцева. - Москва : АСТ : Corpus, печ. 2013. - 317 с.

2.18 Калашников И. Процесс с анамнезом: «Медвестник» подсчитал количество «врачебных» дел в судах URL: <https://medvestnik.ru/content/articles/Process-s-anamnezom-Medvestnik-podschital-kolichestvo-vrachebnyh-del-v-sudah.html> (дата обращения: 08.03.2022)

2.19 Козлова М.Ю., Николаева А.О. Особенности осуществления и защиты прав потребителя в сфере медицинских услуг // Вестник современных исследований. - 2018. - № 4.1 (19). - С. 380-382.

2.20 Косолапова Н.В. Медицинское право России : учебник / Н.В. Косолапова. — Москва : ЮСТИЦИЯ, 2021. - 244 с.

2.21 Костикова Е.О. Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью граждан вследствие медицинской ошибки : автореферат дис. ... кандидата юридических наук : 12.00.03 / Костикова Екатерина Олеговна; [Место защиты: Всерос. гос. налоговая акад. М-ва финансов РФ]. - Москва, 2009. - 26 с.

2.22 Крылатова И.Ю. Механизм реализации и защиты прав человека в Российской Федерации: понятие, сущность, структура, формы // Антиномии. - 2014. - №3. - С. 210-223.

2.23 Кудаков А.В. Врачебная ошибка и ее уголовно-правовая оценка : автореферат дис. ... кандидата юридических наук : 12.00.08 / Кудаков Александр Владимирович; [Место защиты: Саратов. гос. акад. права]. - Саратов, 2011. - 22 с.

2.24 Курсова О.А. Риск-ориентированный подход в трудовом регулировании как новый тип правового воздействия // Государство и право. - 2019. - № 5. - С. 112-122.

2.25 Лебедева Л. Глеб Кузнецов: «Необходимо снизить индивидуальный уровень тревожности» // URL: <https://www.business-gazeta.ru/article/486052> (дата обращения: 08.03.2022)

2.26 Малышева Ю.Ю. К вопросу о врачебных ошибках в условиях пандемии COVID-19 в контексте уголовного закона // Вестник ВУиТ. 2021. №3 (99). С. 131-139.

2.27 Матвеев В.Ю. К вопросу о соотношении понятий «нарушение права» и «незаконное ограничение права» // Вестник МГПУ. Серия «Юридические науки». - 2018. - № 3. - С. 44-49.

2.28 Мейер Д.И. Русское гражданское право (в 2 ч.). По исправленному и дополненному 8-му изд., 1902. Изд. 3-е, испр. М.: «Статут», 2003. – 831 с.

2.29 Мелихов А.В. Гражданско-правовая ответственность за вред, причиненный здоровью или жизни пациента : Вопросы теории и практики : автореферат дис. ... кандидата юридических наук : 12.00.03 / Волгогр. акад. МВД России. - Волгоград, 2006. - 21 с.

2.30 Минздрав озвучил статистику осложнений и гибели россиян из-за врачебных ошибок. Лента. - URL: <https://lenta.ru/news/2020/02/08/ohh/> (дата обращения: 08.03.2022)

2.31 Морозова Л.А. Теория государства и права : учебник / Л. А. Морозова. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : Эксмо, 2010. - 510 с.

2.32 Мохов А.А. Страхование гражданской (профессиональной) ответственности в период становления биомедицины // Медицинское право. - 2020. - № 1. - С. 12 - 18.

2.33 Научно-практический комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (постатейный) / А.Л. Благодар, И.Л. Дубровина, А.А. Кирилловых и др.; под общ. ред. А.А. Кирилловых. М.: Деловой двор, 2012. 600 с.

2.34 Официальный сайт Всероссийского союза общественных объединений пациентов // URL: <https://vspru.ru/> (дата обращения: 08.09.2021)

2.35 Платонова Н.И., Смышляев А.В., Мартиросян Т.Э. Нарушение прав пациентов при оказании им медицинской помощи и способы их урегулирования в Российской Федерации (теоретические основы и судебная

практика) // Проблемы экономики и юридической практики. - 2018. - №6. С. 193-197.

2.36 Полянская Е.В. Трансформации рынка медицинских услуг: на примере Амурской области: автореф. дис. ... канд. экон. наук. - Хабаровск, 2010. - 21 с.

2.37 Понкина А.А. Право на безопасную медицинскую помощь : конституционно-правовое исследование : автореферат дис. ... кандидата юридических наук : 12.00.02 / Понкина Александра Александровна; [Место защиты: Рос. акад. нар. хоз-ва и гос. службы при Президенте РФ]. - Москва, 2013. - 27 с.

2.38 Резер Т.М. Механизмы реализации и защиты прав человека и гражданина : учеб. пособие / Т. М. Резер, Е. В. Кузнецова, М. А. Лихачев / [под общ. ред. Т. М. Резер] ; М-во науки и высш. образования Рос. Федерации, Урал. федер. ун-т. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2019. – 110 с.

2.39 Селиванов Ф.А. Поиск ошибочного и правильного / Ф.А. Селиванов М-во образования Рос. Федерации. Тюм. гос. ин-т искусств и культуры, Тюм. отд-ние Рос. филос. о-ва. - Тюмень : Изд-во Тюмен. гос. у-та, 2003. - 195 с.

2.40 Семенова Т.В., Сизова Ж.М., Найденова Н.Н., Звонников В.И., Малахова Т.Н., Литвинова Т.М. Интерпретация результатов аккредитации в контексте совершенствования качества медицинского образования // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2020. Т. 15. № 3. С. 429-433.

2.41 Соболева М.Е. Саморегулирование в медицине // Аллея науки. - 2020. Т. 2. - № 5 (44). - С. 186-191.

2.42 Соболева М.Е. Саморегулирование в медицине // Аллея науки. 2020. Т. 2. № 5 (44). С. 186-191.

2.43 Страхование ответственности врачей и медицинских работников. Официальный сайт страховой компании "Ингосстрах" - URL: <https://www.ingos.ru/corporate/liability/health-doctor/calc/> (дата обращения: 08.03.2022)

2.44 Стремоухов А.В. Право человека на защиту и формы его защиты в Российской Федерации // Ленинградский юридический журнал. - 2017. - № 1 (47). - С. 9-20.

2.45 Талер Р., Санстейн К. Nudge. Архитектура выбора. Как улучшить наши решения о здоровье, благосостоянии и счастье / Ричард Талер, Касс Санстейн ; пер. с англ. Е. Петровой [науч. ред. С. Щербаков]. — М. : Манн, Иванов и Фербер, 2017. — 240 с.

2.46 Теория государства и права : учебник / А. А. Гогин, Д. А. Липинский, А. В. Малько [и др.]; под ред. А. В. Малько, Д. А. Липинского. — Москва : Проспект, 2014. — 328 с.

2.47 Терских К.О. Страхование как инструмент защиты интересов медицинских работников // Global and Regional Research. 2020. Т. 2. № 4. С. 59-68.

2.48 Тихомиров А.В. Отправные начала идеологии реформирования здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. - №4. – 37-42.

2.49 Трошкина О.Н. Актуальные проблемы защиты прав пациента в России в условиях глобализации // Наука. Общество. Государство. - 2014. - №3. - С. 56-66.

2.50 Хубулава Г.Г. О философии «врачебной ошибки» // Медицинский альманах. - 2016. - № 1 (41). - С. 26-29.

2.51 Хубулава Г.Г. Философско-антропологический анализ коммуникации врача и пациента : автореферат дис. ... доктора философских наук : 09.00.13 / Хубулава Григорий Геннадьевич; [Место защиты: С.-Петербург. гос. ун-т]. - Санкт-Петербург, 2016. - 33 с.

2.52 Чашина Ж.В., Чекушкина Е.Н. Междисциплинарный подход в вопросе изучения профессиональных врачебных ошибок // Вестник Мордовского университета. - 2014. - № 3. - С. 194-198.

2.53 Шамликашвили Ц.А., Островский А.Н., Кабанова Е.В., Сильницкая А.С. Медиация в здравоохранении: от правоприменения к диалогу о правах // Социология медицины. - 2017. - №2. - С. 75-81.

2.54 Carver N, Gupta V, Hipskind JE. Medical Error. [Updated 2021 Jul 9]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430763/>

2.55 Covid is science's Chernobyl // URL: https://graymirror.substack.com/p/covid-is-sciences-chernobyl?fbclid=IwAR09-_pds4k-phvcGpyDMX-1Yzha1V-daxGy59aqG79QfWgs4SHi83Pl2BY

2.56 Grober E. D., Bohnen J. M. Defining medical error. Canadian Journal of Surgery. Journal Canadien de Chirurgie. 2005;48(1):39–44.

2.57 Grober, Ethan D, and John M A Bohnen. Defining medical error. Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie vol. 48,1 (2005): 39-44.

2.58 Hofer TP, Kerr EA, Hayward RA. What is an error? Eff Clin Pract. 2000 Nov-Dec;3(6):261-9.

2.59 Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Edited by Linda T. Kohn et. al., National Academies Press (US), 2000. doi:10.17226/9728

2.60 Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Aldershot: Ashgate; 1997

3. Материалы практики

3.1. По делу о проверке конституционности положений пункта 1 статьи 779 и пункта 1 статьи 781 Гражданского кодекса Российской Федерации в связи с жалобами общества с ограниченной ответственностью "Агентство корпоративной безопасности" и гражданина В.В. Макеева: Постановление Конституционного Суда РФ от 23.01.2007 № 1 П // Вестник Конституционного Суда РФ. - 2007. - № 1.

3.2. По жалобе гражданина Тимова Евгения Михайловича на нарушение его конституционных прав рядом положений Федерального закона "О радиационной безопасности населения" и Положения о лицензировании деятельности в области использования источников ионизирующего излучения: Определение Конституционного Суда РФ от 03.07.2007 № 633-О-П // Вестник Конституционного Суда РФ. - 2007. - № 6.

3.3. О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 № 1 // Российская газета. - 2020. - № 24.

3.4. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 14.10.2019 № 80-КГ19-13

3.5. Решение Тулунского городского суда от 9 ноября 2018 г. по делу № 9А-155/2018~М-1111/2018 // URL: sudact.ru/regular/doc/AfA1oSctVu6g/

3.6. Решение Железногорского городского суда Курской области от 17 июля 2020 г. по делу № 2-651/2020 // URL: sudact.ru/regular/doc/jEwVsdZ4tBxP/

3.7. Решение Урайского городского суда Ханты-Мансийского автономного округа-Югры от 7 июня 2019 г. по делу № 2-479/2018 // URL: sudact.ru/regular/doc/8Itt1ZPeTrVS/

3.8. Решение Заволжского районного суда г. Ульяновска от 28 июля 2020 г. по делу № 2-1721/2020 // URL: sudact.ru/regular/doc/xDdp6KNY3GW1/

3.9. Решение Железногорского городского суда Красноярского края от 9 июля 2020 г. по делу № 2-1255/2019 // URL: sudact.ru/regular/doc/J7KocfuDMiNb/

3.10. Решение Подольского городского суда Московской области от 18 июля 2019 г. по делу № 2-4409/2019 // URL: sudact.ru/regular/doc/RL8wqppwWEJM/

3.11. Решение Камышинского городского суда Волгоградской области от 28 марта 2019 г. по делу № 2-2145/2018 // URL: sudact.ru/regular/doc/GqqhAD1jZZUv/

3.12. Решение Южно-Сахалинского городского суда Сахалинской области от 16 июля 2020 г. по делу № 2-125/2020 // URL: sudact.ru/regular/doc/5XtqUmXQI5UC/

3.13. Решение Красногвардейского районного суда города Санкт-Петербург от 8 мая 2020 г. по делу № 2-154/2020 // URL: sudact.ru/regular/doc/FQIcroJOaglv

3.14. Решение Советского районного суда г. Волгограда Волгоградской области от 10 декабря 2015 г. по делу № 2-587/2015 // URL: sudact.ru/regular/doc/ruh3yQUI24WT

3.15. Апелляционное определение Омского областного суда от 28.02.2018 по делу № 33-1279/2018 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.09.2022)

3.16. Апелляционное определение Свердловского областного суда от 15.03.2019 по делу № 33-4617/2019 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.09.2022)

3.17. Решение Ворошиловского районного суда г. Ростова-на-Дону Ростовской области от 20 мая 2020 г. по делу № 2-1712/2019 // URL: sudact.ru/regular/doc/DV1cejmatEbd

3.18. Решение Ярцевского городского суда Смоленской области от 11 июля 2018 г. по делу № 2-15/2018 // URL: sudact.ru/regular/doc/VWRvuwn0zgJS/

3.19. Решение Тамбовского районного суда Тамбовской области от 21 мая 2020 г. по делу № 2-1881/2019 // URL: sudact.ru/regular/doc/nk1HJvzELa65/

3.20. Решение Вологодского городского суда Вологодской области от 13 ноября 2020 г. по делу № 2-12282/2019 // URL: sudact.ru/regular/doc/5CfQGB6FzPmW/

3.21. Решение Переволоцкого районного суда Оренбургской области от 16 мая 2014 г. по делу № 2-2/2014 // URL: sudact.ru/regular/doc/q1PQAe5qzg5m/

3.22. Решение Йошкар-Олинского городского суда Республики Марий Эл от 3 сентября 2019 г. по делу № 2-4442/2019 // URL: sudact.ru/regular/doc/gLDwXVgWxaZC/

3.23. Решение Рязского районного суда Рязанской области от 28 июня 2019 г. по делу № 2-1/2019 // URL: sudact.ru/regular/doc/kjYJh7n2NDUv/

3.24. Решение Гулькевичского районного суда Краснодарского края от 21 июня 2019 г. по делу № 2-932/2019 // URL: sudact.ru/regular/doc/irKIdxxuptYB/

3.25. Решение Коминтерновского районного суда г. Воронежа от 17 февраля 2020 г. по делу № 2-12/2020 // URL: sudact.ru/regular/doc/CrG7r9F6qSWr/

3.26. Решение Ленинского районного суда г. Ульяновска Ульяновской области от 15 июля 2019 г. по делу № 2-2828/2019 // URL: [//sudact.ru/regular/doc/tJUP4UvPw0bl/](http://sudact.ru/regular/doc/tJUP4UvPw0bl/)

3.27. Решение Гулькевичского районного суда Краснодарского края от 30 января 2020 г. по делу № 2-1991/2019 // URL: sudact.ru/regular/doc/EoOSURXV8bQl/

3.28. Решение Омутинского районного суда Тюменской области от 27 июля 2020 г. по делу № 2-292/2019 // URL: sudact.ru/regular/doc/RIITxQFMFug5x

3.29. Решение Верхнеуфалейского городского суда Челябинской области от 8 октября 2018 г. по делу № 2-312/2018 // URL: sudact.ru/regular/doc/ZIGZQTKUsUb0/

3.30. Решение Центрального районного суда г. Волгограда Волгоградской области от 17 сентября 2019 г. по делу № 2-1457/2019 // URL: sudact.ru/regular/doc/CXiHNAcP5SZK/

3.31. Решение Советского районного суда г. Красноярска (Красноярский край) от 7 августа 2019 г. по делу № 2-13859/2018 // URL: sudact.ru/regular/doc/X05CFwiXqSVg/

3.32. Апелляционное определение Московского городского суда от 20.11.2019 по делу № 33-8132/2019 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.09.2022)

3.33. Решение Губкинского районного суда Ямало-Ненецкого автономного округа от 14 июня 2018 г. по делу № 2-301/2018 // URL: sudact.ru/regular/doc/feVnMczpIiom/

3.34. Решение Тракторозаводского районного суда г. Челябинска от 19 июня 2018 г. по делу № 2-1224/2018 // URL: sudact.ru/regular/doc/A3kwOabyD7xu/

3.35. Решение Нижнеилимского районного суда Иркутской области от 22 ноября 2016 г. по делу № 2-1209/2016 // URL: sudact.ru/regular/doc/hcwZRNctKiLR/

3.36. Решение Советского районного суда г. Орла от 8 декабря 2016 г. по делу № 2-2696/2016 // URL: sudact.ru/regular/doc/ImiWehVrN1Q/

3.37. О переходе медицинских организаций на работу в соответствии с клиническими рекомендациями с 1 января 2022 года: Письмо Минздрава России от 20.05.2021 № 17-4/И/1-7530 // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 10.09.2022)

3.38. О методических рекомендациях "Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования: Письмо ФФОМС от 05.05.1998 № 1993/36.1-и // Здоровоохранение. - 1998. - № 8.