

УДК 34:61

DOI: 10.12737/jrl.2021.111

Юридическая характеристика медицинских ошибок и минимизация рисков их совершения

М. С. Матейкович¹, Е. А. Матейкович²

¹Второй кассационный суд общей юрисдикции, Москва, Россия, mat-maxim@yandex.ru

²Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-2612-7339>

Аннотация. Поиск путей минимизации неблагоприятных исходов в здравоохранении продолжается многие годы. Наряду с медицинскими работниками к решению этой проблемы активно подключились юристы. Одной из наиболее распространенных причин тяжелых осложнений основного заболевания становятся врачебные (медицинские) ошибки. Проблема существенного сокращения таких ошибок имеет мультидисциплинарный характер и включает вопросы права, медицины, биомедицинской этики, медицинской социологии, психологии.

Цель исследования — рассмотреть проблему снижения риска медицинских ошибок с позиции права. Задачи: обобщить сложившиеся подходы к решению проблемы в научной литературе, определить место врачебных (медицинских) ошибок в структуре дефектов оказания медицинской помощи, проанализировать судебную практику и выявить закономерности рассмотрения соответствующих дел.

Материалы исследования: нормативные правовые акты Российской Федерации, клинические рекомендации (протоколы) лечения заболеваний, судебные решения, рассмотренные посредством анализа их содержания, сравнения, обобщения, статистической обработки цифровых данных.

Вывод: предотвращение врачебных ошибок — сложная медико-социальная и правовая проблема. Роль здравоохранения в жизни общества, демографической политике государства, появление новых угроз в виде распространения неизвестных ранее опасных инфекционных заболеваний, серьезный общественный запрос на доступную и безопасную медицинскую помощь требуют качественного пересмотра правового регулирования медицинской деятельности, в том числе на основе идей, заложенных в действующей редакции Конституции Российской Федерации.

Ключевые слова: медицинские ошибки, медицинская помощь, клинические рекомендации (протоколы), суд, дефекты оказания медицинской помощи

Благодарности. Работа выполнена при поддержке РФФИ, проект № 19-011-00316/20.

Для цитирования. Матейкович М. С., Матейкович Е. А. Юридическая характеристика медицинских ошибок и минимизация рисков их совершения // Журнал российского права. 2021. Т. 25. № 9. С. 61—77. DOI: 10.12737/jrl.2021.111

Legal Characteristics of Medical Errors and Minimizing the Risks of Their Commission

Maxim S. Mateykovich¹, Elena A. Mateykovich²

¹Second Cassation Court of General Jurisdiction, Moscow, Russia, mat-maxim@yandex.ru

²Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-2612-7339>

Abstract. The search for ways to minimize adverse health outcomes has been ongoing for many years. In recent years, along with medical professionals, lawyers are actively involved in solving this

problem. Medical errors are becoming one of the most common causes of severe complications of the disease. The problem of significantly reducing such errors is of a multidisciplinary nature, including issues of law, medicine, biomedical ethics, medical sociology, psychology.

The research aim is to consider the problem of reducing the risk of medical errors from a legal perspective. The objectives are: to summarize the existing approaches to solving the problem in the scientific literature, to determine the place of medical errors in the structure of defects in the provision of medical care, to analyze judicial practice and identify patterns in the consideration of relevant cases.

The literature, evaluated in this article, is the regulatory legal acts of the Russian Federation, clinical recommendations (protocols) for the treatment of diseases, court decisions, considered through the analysis of their content, comparison, generalization, statistical processing of digital data.

The author comes to the conclusion that the prevention of medical errors is a complex medical, social and legal problem. The main idea of the article: the role of healthcare in the life of society, the demographic policy of the state, the emergence of new threats in the form of the spread of previously unknown dangerous infectious diseases, a serious public demand for affordable and safe medical care require a qualitative revision of the legal regulation of the provision of medical activity, including on the basis of ideas laid down in the current edition of the Constitution of the Russian Federation.

Keywords: medical errors, medical care, clinical guidelines (protocols), trial, defects in medical care

Acknowledgments. This work was supported by the Russian Foundation for Basic Research, project No. 19-011-00316/20.

For citation. Mateykovich M. S., Mateykovich E. A. Legal Characteristics of Medical Errors and Minimizing the Risks of Their Commission. *Journal of Russian Law*, 2021, vol. 25, no. 9, pp. 61—77. (In Russ.) DOI: 10.12737/jrl.2021.111

В последние годы особую актуальность приобрели вопросы правового сопровождения общественного здравоохранения, защиты прав пациентов и медицинских работников, поиска путей минимизации неблагоприятных исходов. Все это разные аспекты одной и той же проблемы, обусловленной повышенной социальной значимостью медицинской деятельности, экономическими, финансовыми, организационными противоречиями, свойственными обществу здравоохранению, чрезмерной конфликтностью отдельных пациентов на фоне неадекватных потребительских ожиданий и ограниченности ресурсов, высоким риском осложнений, сопровождающим оказание медицинской помощи, особенно экстренной, высокотехнологичной. В последние годы в юриспруденции сформировалось особое направление, именуемое медицинским правом, рассматривающее вопросы защиты прав пациентов, различные гражданско-правовые и административно-правовые аспекты регулирования общественных отношений в здравоохранении. Однако поставленная проблема имеет мульт-

тидисциплинарный характер, включает вопросы права, медицины, биомедицинской этики, медицинской социологии, психологии.

Яркий пример — стремительно развивающиеся биомедицинские технологии, в том числе процедуры экстракорпорального оплодотворения, интрацитоплазматические инъекции, суррогатное материнство, иные методы использования генетического материала в целях воспроизводства человека, широко определяемые как вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). По сути, это сложное направление медицины, наиболее жестко регулируемое правом, имеющее серьезные нравственные ограничения, изучаемые стремительно развивающейся сферой знаний — биоэтикой¹.

Согласно ч. 1 ст. 41 Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, в том числе бесплатную. В со-

¹ См.: Момотов В. В. Биоэтика в контексте законодательства и правоприменения (суррогатное материнство) // *Lex russica*. 2019. № 1. С. 29—39. DOI: 10.17803/1729-5920.2019.146.1.029-039.

ответствии с Законом РФ о поправке к Конституции РФ от 14 марта 2020 г. № 1-ФКЗ «О совершенствовании регулирования отдельных вопросов организации и функционирования публичной власти» конституционно оформлены важнейшие признаки медицинской помощи: качество и доступность (п. «ж» ч. 1 ст. 72).

Академик Т. Я. Хабриева задолго до разработки и принятия данного Закона указала на необходимость комплексного законодательного регулирования вопросов здравоохранения и, соответственно, оказания медицинской помощи в Российской Федерации в «новой иерархии ценностей», прежде всего идеалов социальной справедливости, защиты прав и свобод человека². Новые вызовы, с которыми столкнулось человечество, прежде всего пандемия коронавирусной инфекции (COVID-19), наглядно продемонстрировали важность сохранения и развития именно доступной каждому медицинской помощи. Российская Федерация с ее мощным государственным сектором здравоохранения, значительным конечным фондом, развитой санитарно-эпидемиологической службой, лучшей в мире системой вакцинопрофилактики смогла гораздо эффективнее многих развитых стран противодействовать распространению заболевания и обеспечить эффективное лечение заболевших.

Поэтому в настоящее время, когда отечественное здравоохранение постепенно возвращается в повседневную деятельность по оказанию плановой и экстренной медицинской помощи, но специалисты указывают на высокий риск возникновения новых, потенциально более опасных эпидемий, важно разобраться с правовой природой медицинских оши-

бок, значительно снижающих безопасность медицинской помощи, выявить соответствующие дефекты в правовом регулировании медицинской деятельности, поскольку юридическая неопределенность в этой сфере, противоречивость законодательства и судебной практики в небольшой степени способствуют ослаблению отечественной системы здравоохранения.

Самоотверженные действия российских врачей в условиях пандемии несколько снизили активную пропаганду неблагоприятных исходов медицинской помощи в СМИ, социальных сетях, с вольной интерпретацией их причин, распространение необъективной информации о судебных разбирательствах против врачей и медицинских организаций. Однако в суды по-прежнему активно поступают требования к медицинским организациям и медицинским работникам о компенсации морального вреда. Не снизила актуальности и проблема медицинских ошибок. По-прежнему поступают жалобы по поводу оказания медицинской помощи в различные надзорные органы, которые ежегодно фиксируют рост количества таких обращений³, обусловленный в том числе легкостью их подачи благодаря наличию электронных каналов связи. По разным оценкам, контроль и надзор за деятельностью медицинских организаций и медицинских работников осуществляют до полутора десятков различных государственных, общественных организаций⁴, при этом взаимосвязь количества и полномочий контрольных учреждений с уменьшением

² См.: Хабриева Т. Я. Основные векторы и проблемы развития социального законодательства // Журнал российского права. 2014. № 8. С. 5—15.

³ См.: Гнатюк О. П. Врачебные ошибки и профессиональные правонарушения. Ответственность медицинских работников и меры предупреждения // Вестник Росздравнадзора. 2016. № 2. С. 16—21.

⁴ См.: Баринев Е. Х., Ромодановский П. О. Изучение неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике // Медицинское право. 2012. № 6. С. 44—48.

частоты неблагоприятных исходов в здравоохранении не установлена.

«Потребительский экстремизм» и тотальный надзор во всем мире породили ответную реакцию со стороны медицинского сообщества в виде феномена “defensive medicine” («оборонительной медицины») — выбора варианта лечения, наиболее безопасного с точки зрения потенциального иска и уголовного преследования, отказа от ведения высокорискованных пациентов⁵. Значительная часть медицинских работников, в том числе до половины оперирующих специалистов, не признают допущенные ошибки вообще или считают их случайными либо неизбежными⁶.

Растущее во всем мире количество судебных процессов с участием пациентов и медицинских организаций обусловило дискуссию вокруг категории «дефекты оказания медицинской помощи»⁷. Считается, что это препятствует предотвращению дефектов⁸, а у представителей медицинского сообщества создается иллюзия невозможности оспаривания дефектов.

⁵ См.: *Hershey N.* The defensive practice of medicine: myth or reality // *Milbank Quarterly*. 1972. Vol. 50. Iss. 1. P. 69—98; *Сергеев В. В., Захаров С. О.* Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2000. № 1. С. 7—9.

⁶ См.: *Kaldjian L. C., Jones E. W., Wu B. J., Forman-Hoffman V. L., Levi B. H., Rosenthal G. E.* Disclosing Medical Errors to Patients: Attitudes and Practices of Physicians and Trainees // *Journal of General Internal Medicine*. 2007. Vol. 22. Iss. 7. P. 988—996. DOI: 10.1007/s11606-007-0227-z.

⁷ Подробнее см.: *Тимофеев И. В.* Дефект медицинской помощи: проблемы и пути правовой формализации понятия // *Медицинское право*. 2018. № 6. С. 8—15.

⁸ См.: *Бисюк Ю. В.* Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (критерии экспертной оценки и медико-правовые аспекты проблемы): дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008. 397 с.

Фактически детерминация дефектов значительно упростилась в связи с разработкой и утверждением критериев оценки качества медицинской помощи, предусмотренных ч. 2 ст. 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Исходя из этих критериев, надлежащая медицинская помощь теперь имеет объективные нормативно закрепленные признаки. Соответственно, дефект оказания медицинской помощи нужно рассматривать как антипод качеству, формализованному в соответствующих критериях⁹.

С точки зрения наступления юридической ответственности научную ценность представляет *классификация дефектов оказания медицинской помощи* с позиции субъективного отношения медицинского работника к содеянному (произошедшему событию). Принято выделять четыре вида дефектов: 1) умышленные преступные действия (бездействие) медицинских работников; 2) неосторожные профессиональные преступления; 3) врачебные (медицинские) ошибки; 4) несчастные случаи (казусы)¹⁰.

Для умышленных преступлений характерно осознание общественной опасности преступных действий (бездействия), предвидение возможности наступления общественно опасных последствий, желание их наступления (прямой умысел). При косвенном умысле виновный не желает, но сознательно допускает эти последствия либо относится к ним безразлично (ст. 25 УК РФ). В проанализированной судебной практике нам удалось встретить только один случай при-

⁹ См.: *Старченко А. А.* Профессиональные правонарушения в анестезиологии и реаниматологии. Проблемы юридической ответственности. М., 2016. 944 с.

¹⁰ См., в частности: *Огарков И. Ф.* Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. Л., 1966. 195 с.

влечения к уголовной ответственности медицинского работника в связи с его профессиональной деятельностью по ч. 1 ст. 285 УК РФ: заведующая родильным отделением после проведенной операции скрыла факт рождения мертвого ребенка (одного из двойни), не внесла данный факт в историю родов, не сообщила о случившемся родителям и руководству больницы¹¹.

Неосторожные преступные действия медицинских работников совершаются по легкомыслию или небрежности (ст. 26 УК РФ). Так, по ч. 2 ст. 109 УК РФ, т. е. за причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, в 2018 г. было осуждено 19 медицинских работников, в первом полугодии 2019 г. — 8¹². В 1989 г. М. С. Гринбергом был выдвинут тезис об особой форме неосторожности, отсутствующей в уголовном законе, — преступном невежестве, адаптированный к медицинским работникам Ю. Д. Сергеевым и С. В. Ерофеевым. По сути, речь идет об особой разновидности врачебной (медицинской) ошибки, совершенной с позиции ст. 26 УК РФ по легкомыслию и влекущей уголовную ответственность.

Однако провести грань между преступной неосторожностью и врачебной ошибкой сложно даже профессионалу-юристу, дискуссия об их разграничении не утихает как в России, так и за рубежом. Для большинства пациентов, особенно в условиях глубокого эмоционального стресса, связанного со смертью близкого человека, тяжелой болезнью, отличий между при-

веденными дефектами вообще не существует¹³. Отсюда растет поток заявлений в следственные органы и прокуратуру по поводу привлечения медицинских работников к уголовной ответственности. Несмотря на то что большая часть уголовных дел, возбужденных в отношении медицинских работников, впоследствии прекращается, о чем свидетельствует незначительное количество обвинительных приговоров, в литературе выявлена тенденция подмены гражданско-правовой ответственности медицинских организаций уголовной ответственностью конкретных исполнителей с последующим взысканием с них материального ущерба и морального вреда¹⁴. Высказываются даже идеи ужесточения уголовной ответственности¹⁵, притом что меры криминальной репрессии усугубляют ситуацию в общественном здравоохранении, поскольку приводят к отстранению от медицинской деятельности опытных специалистов, преимущественно «узких».

Согласно приведенным в литературе данным за 2010—2013 гг. судами Московской области принято шесть решений об отстранении врачей (акушеров-гинекологов, неонатологов) от врачебной деятельности, средний стаж работы которых по специальности составил 18,7 года¹⁶. В 2019 г. обвинительные приговоры

¹³ См.: Zhang J., Pate V. L., Johnson T. R. Medical Error: Is the Solution Medical or Cognitive? // Journal of the American Medical Informatics Association. 2002. Vol. 9. Iss. 6 (Supplement). P. 75—77.

¹⁴ См.: Старченко А. А., Зинланд Д. А., Фуркалюк М. Ю., Рыкова И. В., Гончарова Е. Ю., Комарец С. А., Курило И. Н. Иски пациентов: кто несет ответственность? // Менеджер здравоохранения. 2011. № 4. С. 50—62.

¹⁵ См.: Чуряева И. В. Указ. соч.

¹⁶ См.: Гридчик Л. А. Два взгляда на врачебные ошибки и качество оказания акушерской помощи // Российский вестник акушера-гинеколога. 2015. № 6. С. 76—81.

¹¹ См. апелляционное определение судебной коллегии по уголовным делам Тюменского областного суда от 27 марта 2013 г. по делу № 33-1359/2013.

¹² См.: Чуряева И. В. Применение уголовно-правовых норм за некачественное оказание медицинской помощи и (или) медицинской услуги // Судья. 2020. № 2. С. 28—33.

с лишением права заниматься медицинской деятельностью в качестве дополнительного наказания были вынесены в отношении хирурга, педиатра, анестезиолога, травматолога¹⁷, и это произошло в условиях кадрового дефицита в здравоохранении, особенно ярко проявившегося в период пандемии коронавируса. Так, еще до распространения COVID-19 прокуратурой заявлялся иск о незаконном бездействии руководства одной из центральных районных больниц Ямало-Ненецкого автономного округа, выразившемся в отсутствии нормативного количества врачей, и данный иск был удовлетворен судом¹⁸.

Серьезные последствия для общественного здравоохранения порождают и удовлетворенные судами требования пациентов о компенсации морального вреда, которые в последние годы достигают нескольких миллионов и даже десятков миллионов рублей. Из-за отсутствия у медицинских организаций, особенно небольших районных и городских стационаров, денежных средств на выплаты присужденных возмещений, суды вынуждены привлекать к участию в деле органы государственной власти и органы местного самоуправления, несущие субсидиарную ответственность по отношению к подведомственным бюджетным учреждениям¹⁹. Вместе с тем такие иски стимулируют развитие института страхования профессиональной ответственности медицинских работников и медицинских организаций, препятствием для повсеместного внедрения которого опять же является отсутствие средств на выплату страховых премий.

¹⁷ См.: Чуляева И. В. Указ. соч.

¹⁸ См. решение Красноселькупского районного суда Ямало-Ненецкого автономного округа по делу № 2-119/2015.

¹⁹ См., в частности, апелляционное определение судебной коллегии по гражданским делам Смоленского областного суда по делу № 33-1981/2018.

Исходя из положений уголовного закона, в основе разграничения неосторожного преступления и не влекущих уголовную ответственность ошибочных действий медицинского работника лежит вина, т. е. обязанность и возможность предвидеть общественно опасный неблагоприятный исход медицинской помощи. Более того, врачебная ошибка не образует состав административного правонарушения.

Термин «врачебная ошибка» критикуется в литературе, поскольку он не охватывает ошибочные действия иных медицинских работников (фельдшеров, медицинских сестер, акушерок и т. д.), поэтому в настоящее время активно используется категория «медицинская ошибка». Однако ни врачебная, ни в широком смысле медицинская ошибки не являются халатностью медицинского работника²⁰. Если халатность — это неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей, следствие недобросовестного или небрежного к ним отношения, то медицинской ошибкой признается добросовестное заблуждение медицинского работника, отвечающего всем квалификационным требованиям для работы в данном лечебном учреждении, однако допустившего дефект из-за недостатка знаний и навыков, несовершенства существующих методов диагностики и лечения, неординарного течения заболевания, малого количества времени для принятия решения в условиях недостатка персонала, большого потока пациентов и сложности случая.

В зарубежной литературе врачебные ошибки также объясняются объективными причинами, неблагоприятно сложившимися обстоятельствами оказания медицинской

²⁰ См.: Демченко В. А. Понятие халатности медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности в уголовном праве // Вестник Томского государственного университета. 2016. № 409. С. 164—166.

помощи, которые врач, действуя добросовестно, надлежащим образом не учел²¹. Количество медицинских ошибок, их доля в структуре смертности растут²²; подсчитано, что в европейских странах от 8 до 12% пациентов испытывают последствия различных медицинских ошибок²³.

Врачебные ошибки исключают уголовную ответственность медицинского работника, но позволяют привлечь медицинскую организацию к ответственности в гражданско-правовом порядке. Для привлечения такой организации к имущественной ответственности должны быть соблюдены следующие условия: 1) противоправность действий (бездействия) организации и ее работников; 2) неблагоприятный исход в виде причинения пациенту, его близкому родственнику материального и (или) морального вреда; 3) причинно-следственная связь между действиями (бездействием) и неблагоприятным исходом; 4) вина медицинской организации²⁴.

Несчастный случай (казус) исключает ответственность лечебного учреждения и медицинского работника, поскольку неблагоприятный исход здесь наступает при соблюдении клинических рекомендаций (протоколов), чаще всего из-за непредвиденных осложнений, аллергических реакций, особенностей организма пациента и т. д. Казусы могут быть обусловлены нека-

чественными, фальсифицированными лекарственными препаратами.

Далеко не каждый дефект, в том числе врачебная ошибка, влечет неблагоприятный исход медицинской помощи: часто речь идет лишь о риске таких исходов, потенциальной опасности для пациента. Во многом это связано с системой обязательного медицинского страхования, в рамках которой любой дефект (от незаполненного журнала до опечаток в истории болезни) может повлечь серьезные финансовые санкции в отношении медицинской организации. В свою очередь, сокращение страховых возмещений ведет к уменьшению бюджета медицинской организации и тем самым сохраняет угрозу безопасности пациентов²⁵.

Безусловно, массовые отклонения от стандартов, обусловленные кадровым дефицитом, отсутствием должной системы повышения квалификации, недостатком коечного фонда и медицинского оборудования, которые создают реальную угрозу безопасности пациентов, должны получать адекватную реакцию со стороны правоохранительных органов. Виновная медицинская организация может нести, в частности, административную ответственность, а конкретный работник — дисциплинарную. Однако в любом случае при оценке допущенных нарушений нужно учитывать особенности функционирования медицинской организации.

Так, по результатам осмотра, проведенного сотрудниками полиции в благотворительном медицинском частном учреждении «Детский хоспис» (г. Москва), были выявлены нарушения требований п. 5, 6, 8, 13, 14, 15 Правил ведения и хранения

²¹ См.: *Youngson R. M., Schott I.* Medical blunders. N. Y., 1996. 405 p.

²² См.: *Makary M. A., Daniel M.* Medical Error — the Third Leading Cause of Death in the US // *BMJ*. 2016; 353: i2139. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>.

²³ См.: *Ker K., Edwards P. J., Felix L. M., Blackhall K., Roberts I.* Caffeine for the Prevention of Injuries and Errors in Shift Workers // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010. Iss. 5. CD008508. DOI: [10.1002/14651858.CD008508](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008508).

²⁴ См.: *Малеина М. Н.* Человек и медицина в современном праве: учеб. и практ. пособие. М., 1995. 260 с.

²⁵ См.: *Clement J. P., Lindrooth R. C., Chukmaitov A. S., Chen H. F.* Does the Patient's Payer Matter in Hospital Patient Safety?: A Study of Urban Hospitals // *Medical Care*. 2007. Vol. 45. Iss. 2. P. 131—138. DOI: [10.1097/01.mlr.0000244636.54588.2b](https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000244636.54588.2b).

специальных журналов регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ²⁶. На основании составленного протокола об административном правонарушении и представленных материалов судья Зюзинского районного суда г. Москвы 10 декабря 2020 г. признал данную медицинскую организацию виновной в совершении правонарушения, предусмотренного ч. 1 ст. 6.16 КоАП РФ, и подверг ее административному наказанию в виде административного штрафа в размере 200 тыс. руб. При пересмотре дела по протесту прокурора в Московском городском суде было установлено, что осмотр в медицинской организации проводился спустя полтора месяца после получения лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ. Выявленные нарушения были незначительными, не повлекли причинения вреда и последствий для охраняемых общественных отношений. Кроме того, городской суд установил, что «Детский хоспис» является благотворительной организацией, оказывающей комплексную паллиативную помощь неизлечимо больным детям в амбулаторных и стационарных условиях, под опекой которого состоит более 500 человек (60% неизлечимо больных детей, получающих паллиативную помощь в г. Москве), в том числе дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей. Учитывая изложенное, постановление районного судьи о привлечении «Детского хосписа» к административной ответственности было отменено, а дело прекращено в связи с малозначительностью совершенного административного правонарушения²⁷.

²⁶ Утв. постановлением Правительства РФ от 4 ноября 2006 г. № 644.

²⁷ См. решение Московского городского суда от 14 декабря 2020 г. по делу № 7-15280/2020.

Такие недостатки оказания медицинской помощи, не связанные с неблагоприятным исходом, целесообразно отделять от остальных дефектов. По сути, это дефекты медицинской деятельности, которые могут приводить к дефектам оказания медицинской помощи, но всегда должны рассматриваться индивидуально с учетом частоты допущенных нарушений, последствий — как реальных, так и потенциальных, социальной значимости медицинской организации и т. д.

К дефектам медицинской деятельности могут быть отнесены и различные нарушения прав пациентов (на добровольное информированное согласие, выбор врача, несоблюдение норм медицинской этики и т. д.). Вне зависимости от исхода любые дефекты должны анализироваться и предполагать меры по их предотвращению в будущем.

Более того, около 14% врачебных ошибок имеют отдаленные последствия, в частности, дефекты диагностики могут привести к позднему обнаружению и верификации онкологического диагноза²⁸.

Анализ судебной практики (около 150 судебных решений, размещенных в базе данных ГАС «Правосудие» и на портале sudact.ru) показывает, что основными причинами медицинских ошибок являются переоценка врачом собственных возможностей, недостаточная техническая оснащенность медицинской организации, несоблюдение клинических рекомендаций, плохое взаимодействие смежных специалистов, ненадлежащая организация лечебного процесса, особенно в ночное время, в выходные и праздничные

²⁸ См.: Brennan T., Leape L., Laird N., Hebert L., Localio A., Lawthers A., Newhouse J., Weiler P., Hiatt H. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I // The New England Journal of Medicine. 1991. Vol. 324. No. 6. P. 370—376. DOI: 10.1056/NEJM199102073240604.

дни при оказании экстренной медицинской помощи.

По оценкам зарубежных исследователей, до 75% исков, обусловленных медицинскими ошибками, предъявляются к медицинским организациям, оказывающим неотложную стационарную медицинскую помощь с наиболее интенсивной нагрузкой на персонал²⁹. Подсчитано, что весьма распространенная среди врачей дежурных бригад (хирургов, акушеров-гинекологов) 24-часовая работа без сна увеличивает риск медицинских ошибок вдвое³⁰. В амбулаторных условиях к ошибкам могут вести заниженные в целях уменьшения штатной численности персонала нормативы врачебного приема, не обеспечивающие полноценной диагностики и надлежащей оценки состояния пациента, широкое использование труда врачей-совместителей³¹.

Медицинские социологи не видят существенной взаимосвязи врачебного стажа, опыта работы медицинского работника с частотой совершаемых им ошибок. Данный феномен обусловлен острой проблемой профессионального выгорания персонала лечебных учреждений (состояния максимального физического и эмоционального истощения вследствие колоссальных интеллектуальных и физических нагрузок), чему немало способствует постоянный риск привлечения к юридиче-

ской ответственности, в том числе уголовной³².

Как это ни парадоксально, отдельные достижения медицинской науки не только не приводят к снижению частоты медицинских ошибок, но и порождают качественно новые дефекты. Так, весьма распространенными в судебной практике являются иски пациенток по поводу ятрогенных повреждений внутренних органов, обусловленных применением малоинвазивных (эндоскопических) хирургических технологий³³.

Предметом судебного разбирательства могут быть ошибки как собственно лечения, так и диагностики. В чем конкретно выразилась ошибка (недостаточный набор назначенных исследований, некачественное их проведение, использование малоинформативных методов, недооценка полученных результатов и т. д.), суд устанавливает на основе экспертного заключения. Ошибочная диагностика не является сугубо российской проблемой. По оценкам зарубежных исследователей, от 10 до 15% диагнозов в большинстве областей медицины, включая акушерство и гинекологию, ошибочны³⁴. При этом ошибка диагностики при оказании онкологической помощи часто имеет фатальное значение для пациента и нередко становится предметом су-

²⁹ См.: Wu A. W. Handling Hospital Errors: Is Disclosure the Best Defense? // *Annals of Internal Medicine*. 1999. Vol. 131. P. 970—972. DOI: 10.7326/0003-4819-131-12-199912210-00012.

³⁰ См.: Barger L. K., Ayas N. T., Cade B. E., Cronin J. W., Rosner B., Speizer F. E., Czeisler C. A. Impact of Extended-Duration Shifts on Medical Errors, Adverse Events, and Attentional Failures // *PLOS Medicine*. 2006. Dec. 3 (12), e487. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030487.

³¹ См.: Фарбер Е. В., Сергеев Ю. Д., Шурунова Р. В. Указ. соч.

³² См.: Landrigan C. P., Rothschild J. M., Cronin J. W., Kaushal R., Burdick E., Katz J. T., Lilly C. M., Stone P. H., Lockley S. W., Bates D. W., Czeisler C. A. Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units // *The New England Journal of Medicine*. 2004. Vol. 351. No. 18. P. 1838—1848. DOI: 10.1056/NEJMoA041406.

³³ См., в частности, апелляционное постановление Нижегородского областного суда от 19 сентября 2017 г. по уголовному делу № 22-4292/2017.

³⁴ См.: Berner E. S., Graber M. L. Overconfidence as a Cause of Diagnostic Error in Medicine // *The American Journal of Medicine*. 2008. Vol. 121. Iss. 5. P. 2—23. DOI: 10.1016/j.amjmed.2008.01.001.

дебного разбирательства уже после его смерти по искам близких родственников. В отдельных экспертных заключениях, положенных в основу судебных решений, обращается внимание на «гипердиагностику» — ситуацию, когда пациенту назначаются разнообразные инструментальные и лабораторные исследования, при этом упускается время в лечении заболевания или его осложнений, явившихся причиной неблагоприятного исхода (смерти, инвалидности)³⁵.

В 1960-е гг. за рубежом в целях разграничения ошибочных действий медицинских работников и казусов, исключения необоснованной ответственности врачей, повышения безопасности медицинской помощи и одновременно решения проблемы надлежащего контроля расходов на здравоохранение была предложена стандартизация всех разделов медицины и основных манипуляций³⁶.

В Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 25 декабря 2018 г. № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации” и Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” по вопросам клинических рекомендаций» основными документами, регламентирующими вопросы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации выступают клинические рекомендации (протоколы ведения, лечения пациентов). В настоящее время, по данным СПС «КонсультантПлюс», в России утверждено свыше 450 клинических рекомендаций (протоколов ле-

чения) по различным заболеваниям, которые регулярно (не реже одного раза в три года) обновляются с учетом современных достижений медицинской науки. По коронавирусной инфекции (COVID-19) клинические рекомендации неоднократно изменялись в течение 2020 г. По содержанию клинические рекомендации (протоколы) представляют собой компиляцию основных научных знаний с высоким уровнем доказательности по той или иной нозологии. Однако признание их документами, санкционирование Минздравом России, в том числе посредством размещения на официальном сайте в сети Интернет, широкое использование судебно-медицинскими экспертами при оценке клинических случаев, ставших предметом судебного разбирательства, наделяет такие клинические рекомендации (протоколы) элементами нормативного регулирования. Наличие в клинических рекомендациях вариантов медицинского вмешательства и описания последовательности действий медицинского работника исключает при их точном применении медицинскую ошибку и ответственность врача за неблагоприятный исход. Поэтому клинические рекомендации приобретают характер нормативных актов особого свойства, роль и значение которых в правовой системе еще предстоит оценить. Во всяком случае события 2020 г. показали, что клинические рекомендации могут быть первоосновой решений публичной власти, существенно изменяющих жизнь отдельного гражданина и общества в целом (через локдауны, самоизоляцию, цифровые пропуска и т. д.).

В аналогичном направлении развивается и судебная практика. Так, Двадцатый арбитражный апелляционный суд сформулировал вполне категоричную правовую позицию, согласно которой «действующие клинические рекомендации фактически носят обязательный характер и должны учитываться при ре-

³⁵ См., в частности, решение Люберецкого городского суда Московской области от 10 августа 2016 г. по делу № 2-174/2016 (2-10737/2015).

³⁶ См.: *Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care // Milbank Quarterly. 1966. Vol. 44. No. 3. Pt. 2. P. 166—203.*

шении вопросов организации и оказания медицинской помощи»³⁷.

В связи с этим клинические рекомендации (протоколы) — возможный путь к утрате актуальности категории врачебной ошибки, поскольку соблюдение этих рекомендаций автоматически исключает ответственность врача за неблагоприятный исход. Хотя в литературе ставятся вопросы о потенциальной ошибочности протоколов, включении в рекомендации препаратов с недоказанной эффективностью, невозможности выбора врачом более эффективного варианта лечения, чем предлагает протокол, о том, что не любое отклонение от стандарта ведет к неблагоприятному исходу, что каждый случай несоблюдения протокола либо клинических рекомендаций рассматривается субъективно, по аналогичным случаям даются противоположные экспертные заключения. Тотальная стандартизация медицины отвела ключевую роль оформлению медицинской документации, иногда в ущерб процессу собственно лечения, поскольку именно на основе медицинской документации проводится судебно-экспертная оценка неблагоприятного исхода медицинской помощи³⁸. В приведенном решении арбитражного суда несоблюдение клинических рекомендаций в

виде необоснованной госпитализации (пациенту стало лучше, но средства на его лечение потрачены неэффективно) стало основанием для взыскания с медицинской организации солидных денежных штрафов.

Различие экспертных оценок аналогичных клинических случаев приводит к тому, что уже на стадии подготовки к судебному разбирательству может возникнуть спор относительно выбора экспертной организации. Гражданское процессуальное законодательство не допускает обжалования решения суда в части назначения судебно-медицинской экспертизы. Однако в любом случае суд должен использовать предоставленное ему ч. 2 ст. 87 ГПК РФ полномочие назначить по тем же вопросам повторную экспертизу, проведение которой поручается другому эксперту или другим экспертам. Впрочем, стороны вплоть до стадии кассационной проверки вынесенных решений заявляют ходатайства о проведении повторной или дополнительной судебно-медицинской экспертизы, чаще всего комиссионной, однако такие ходатайства могут удовлетворяться при отсутствии признаков злоупотребления процессуальными правами и с учетом принципа процессуальной экономии.

Сложной проблемой является постановка вопросов для эксперта или экспертной комиссии. Закон (ст. 79 ГПК РФ) запрещает ставить на разрешение экспертизы вопросы правового характера (например, о вине медицинского работника, форме вины и т. д.). Вместе с тем судебно-медицинский эксперт не может сосредоточиться исключительно на специальных знаниях в области медицинской науки. Так, степень тяжести вреда, причиненного здоровью пациента, определяется на основе медицинских критериев, утвержденных нормативным актом федерального органа исполнительной власти. Широкое внедрение клинических рекомендаций, включающих

³⁷ Постановление Двадцатого арбитражного апелляционного суда от 28 сентября 2020 г. № 20АП-5089/2020 по делу № А62-1733/2020.

³⁸ См.: *Пашинян А. Г.* Комплексное клиническое, экспертное, медико-правовое исследование профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов при оказании дерматовенерологической помощи: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2005. 197 с.; *Березников А. В.* Судебно-медицинская оценка дефектов оказания терапевтической помощи: дис. ... д-ра мед. наук. Омск, 2011. 332 с.; *Hayward R. A., Hofer T. P.* Estimating Hospital Deaths Due to Medical Errors: Preventability Is in the Eye of the Reviewer // *JAMA*. 2001. Vol. 286. No. 4. P. 415—420. DOI: 10.1001/jama.286.4.415.

нормы, которые можно условно отнести к правовым, еще более формализует задачу эксперта: сопоставить действия медицинского работника, описанные в медицинской документации, с утвержденным эталоном.

Стандартизация существенно упрощает постановку судом вопросов перед экспертной организацией. Эксперт, на наш взгляд, должен решить четыре основные проблемы: 1) исход, т. е. что произошло; 2) причинен ли вред здоровью пациента, и если причинен, то какова его тяжесть; 3) допущен ли дефект оказания медицинской помощи; 4) имеется ли взаимосвязь между допущенным дефектом и наступившим исходом, соответственно, имелась ли возможность предотвращения неблагоприятного исхода?

На практике экспертам адресуются и другие вопросы, в том числе не вполне вписывающиеся в рамки их компетенции: о наличии у медицинского работника возможности предвидеть наступление опасных последствий тех или иных манипуляций; о причинах и условиях, способствующих наступлению неблагоприятного исхода лечения (несвоевременная госпитализация, слабая материальная база больницы и т. п.); о достаточности мер, предпринятых для уточнения диагноза и тактики лечения (консилиумы, консультации узких специалистов и т. д.); о степени вины каждого медицинского работника, если неблагоприятный исход стал результатом действий нескольких человек³⁹.

Противоречия в экспертных заключениях должны быть предметом исключительно судебной оценки. Рецензирование одним экспертом либо специалистом заключения другого эксперта есть не что

иное, как вмешательство в прерогативы правоохранительных органов. При этом как медицинские организации, так и пациенты могут занимать активную позицию при формировании списка вопросов эксперту, заявлять ходатайства о проведении экспертизы в конкретном судебно-медицинском учреждении, при наличии фактов, указывающих на необъективность эксперта, заявлять ему отвод.

Предотвращение врачебных ошибок — сложная медико-социальная, а, на наш взгляд, также правовая проблема.

К организационным мерам относится тщательный анализ каждого клинического случая с неблагоприятным исходом. Важным элементом информированного согласия пациента и его близких родственников на проведение лечебно-диагностических мероприятий должна быть возможность получения объективной информации о причинах неблагоприятного исхода, принятых мерах для смягчения последствий допущенной ошибки и предотвращения подобных ситуаций впредь. Именно отсутствие такой информации у заинтересованных лиц, дефекты коммуникации между медицинским персоналом и пациентами, их родственниками часто провоцируют возникновение судебных споров, которых ввиду малозначительности допущенного дефекта можно было избежать. Так, в американском штате Флорида по итогам анализа судебных претензий, связанных с причинением перинатальных травм, было установлено, что почти половина из этих претензий обусловлена сокрытием информации и мотивом мести со стороны пациентки. В связи с этим американскими исследователями предложено правило, согласно которому раскрытие информации о причинах неблагоприятного исхода влечет существенное уменьшение размера возмещения за причиненный вред в случае сообщения пациенту причин неблагоприятного исхода

³⁹ Подробнее см.: Тягунов Д. В., Тягунова И. Ф. Поводы производства судебно-медицинских экспертиз при неблагоприятных исходах оказания медицинской помощи // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2017. № 1. С. 37—44.

да⁴⁰. Кроме того, более двух третей штатов США уже приняли законы, исключающие возможность использования в судебном процессе информации, полученной пациентом при официальном извинении медицинской организации и конкретного специалиста за допущенную ошибку⁴¹.

Социологи утверждают, что врачи не склонны делиться информацией о допущенной ошибке с коллегами, поскольку не могут в этом случае рассчитывать на поддержку. Конфликты и дефекты коммуникации внутри персонала клиники существенно повышают риск возникновения медицинской ошибки⁴². Поэтому за рубежом широкое распространение получило правило, по которому признание медицинским работником допущенной ошибки, отражение ее в соответствующей отчетности освобождает виновного от дисциплинарной ответственности при отсутствии признаков халатности или умысла на причинение вреда пациенту⁴³.

Заслуживает внимания выдвигнутая зарубежными авторами теория системных барьеров, препятствующих повышению безопасности здравоохранения и требующих серьезных организационно-право-

вых мер по их ликвидации, принимаемых как на уровне медицинской организации, так и через нормативное регулирование уполномоченного федерального органа исполнительной власти. Перечень этих барьеров следующий: 1) широкое усмотрение, автономия работников; 2) стереотипное мышление; 3) отсутствие старшего руководителя; 4) сложные административные процедуры⁴⁴.

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

Итак, роль здравоохранения в жизни общества, демографической политике государства, появление новых угроз в виде распространения неизвестных ранее опасных инфекционных заболеваний, серьезный общественный запрос на доступную и безопасную медицинскую помощь требуют качественного пересмотра правового регулирования медицинской деятельности, в том числе на основе идей, заложенных в действующей редакции Конституции России.

⁴⁴ См.: Amalberti R., Auroy Y., Berwick D., Barach P. Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care // *Annals of Internal Medicine*. 2005. Vol. 142. P. 756—764. DOI: 10.7326/0003-4819-142-9-200505030-00012.

⁴⁰ См.: Wu A. W. Op. cit.

⁴¹ См.: Disclosure of Errors. URL: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/2> (дата обращения: 12.12.2020).

⁴² См.: Sobecks N. W., Justice A. C., Hinze S., Chirayath H. T., Lasek R. J., Chren M. et al. When Doctors Marry Doctors: A Survey Exploring the Professional and Family Lives of Young Physicians // *Annals of Internal Medicine*. 1999. Vol. 130. P. 312—319. DOI: 10.7326/0003-4819-130-4-199902160-00017.

⁴³ См.: Арбузников А. А. Обнародование врачебной ошибки как один из механизмов защиты прав граждан // Приоритетные научные направления: от теории к практике. 2013. № 5. С. 129—137.

Список литературы

Amalberti R., Auroy Y., Berwick D., Barach P. Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care // *Annals of Internal Medicine*. 2005. Vol. 142. DOI: 10.7326/0003-4819-142-9-200505030-00012.

Barger L. K., Ayas N. T., Cade B. E., Cronin J. W., Rosner B., Speizer F. E., Czeisler C. A. Impact of Extended-Duration Shifts on Medical Errors, Adverse Events, and Attentional Failures // *PLOS Medicine*. 2006. Dec. 3 (12), e487. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030487.

Berner E. S., Graber M. L. Overconfidence as a Cause of Diagnostic Error in Medicine // *The American Journal of Medicine*. 2008. Vol. 121. Iss. 5. DOI: 10.1016/j.amjmed.2008.01.001.

Brennan T., Leape L., Laird N., Hebert L., Localio A., Lawthers A., Newhouse J., Weiler P., Hiatt H. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I // *The New England Journal of Medicine*. 1991. Vol. 324. No. 6. DOI: 10.1056/NEJM199102073240604.

Clement J. P., Lindrooth R. C., Chukmaitov A. S., Chen H. F. Does the Patient's Payer Matter in Hospital Patient Safety?: A Study of Urban Hospitals // *Medical Care*. 2007. Vol. 45. Iss. 2. DOI: 10.1097/01.mlr.0000244636.54588.2b.

Disclosure of Errors. URL: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/2> (дата обращения: 12.12.2020).

Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care // *Milbank Quarterly*. 1966. Vol. 44. No. 3. Pt. 2.

Hayward R. A., Hofer T. P. Estimating Hospital Deaths Due to Medical Errors: Preventability Is in the Eye of the Reviewer // *JAMA*. 2001. Vol. 286. No. 4. DOI: 10.1001/jama.286.4.415.

Hershey N. The defensive practice of medicine: myth or reality // *Milbank Quarterly*. 1972. Vol. 50. Iss. 1.

Kaldjian L. C., Jones E. W., Wu B. J., Forman-Hoffman V. L., Levi B. H., Rosenthal G. E. Disclosing Medical Errors to Patients: Attitudes and Practices of Physicians and Trainees // *Journal of General Internal Medicine*. 2007. Vol. 22. Iss. 7. DOI: 10.1007/s11606-007-0227-z.

Ker K., Edwards P. J., Felix L. M., Blackhall K., Roberts I. Caffeine for the Prevention of Injuries and Errors in Shift Workers // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010. Iss. 5. CD008508. DOI: 10.1002/14651858.CD008508.

Landrigan C. P., Rothschild J. M., Cronin J. W., Kaushal R., Burdick E., Katz J. T., Lilly C. M., Stone P. H., Lockley S. W., Bates D. W., Czeisler C. A. Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units // *The New England Journal of Medicine*. 2004. Vol. 351. No. 18. DOI: 10.1056/NEJMoa041406.

Makary M. A., Daniel M. Medical Error — the Third Leading Cause of Death in the US // *BMJ*. 2016; 353: i2139. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>.

Sobecks N. W., Justice A. C., Hinze S., Chirayath H. T., Lasek R. J., Chren M. et al. When Doctors Marry Doctors: A Survey Exploring the Professional and Family Lives of Young Physicians // *Annals of Internal Medicine*. 1999. Vol. 130. DOI: 10.7326/0003-4819-130-4-199902160-00017.

Wu A. W. Handling Hospital Errors: Is Disclosure the Best Defense? // *Annals of Internal Medicine*. 1999. Vol. 131. DOI: 10.7326/0003-4819-131-12-199912210-00012.

Youngson R. M., Schott I. *Medical blunders*. N. Y., 1996.

Zhang J., Pate V. L., Johnson T. R. Medical Error: Is the Solution Medical or Cognitive? // *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2002. Vol. 9. Iss. 6 (Supplement).

Арбузников А. А. Обнародование врачебной ошибки как один из механизмов защиты прав граждан // *Приоритетные научные направления: от теории к практике*. 2013. № 5.

Баринов Е. X., Ромодановский П. О. Изучение неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике // *Медицинское право*. 2012. № 6.

Березников А. В. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания терапевтической помощи: дис. ... д-ра мед. наук. Омск, 2011.

Бисюк Ю. В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (критерии экспертной оценки и медико-правовые аспекты проблемы): дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008.

Гнатюк О. П. Врачебные ошибки и профессиональные правонарушения. Ответственность медицинских работников и меры предупреждения // *Вестник Росздравнадзора*. 2016. № 2.

Гриджик Л. А. Два взгляда на врачебные ошибки и качество оказания акушерской помощи // *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2015. № 6.

Демченко В. А. Понятие халатности медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности в уголовном праве // Вестник Томского государственного университета. 2016. № 409.

Малеина М. Н. Человек и медицина в современном праве: учеб. и практ. пособие. М., 1995.

Момотов В. В. Биоэтика в контексте законодательства и правоприменения (суррогатное материнство) // Lex russica. 2019. № 1.

Огарков И. Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. Л., 1966.

Пашинян А. Г. Комплексное клиническое, экспертное, медико-правовое исследование профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов при оказании дерматовенерологической помощи: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2005.

Сергеев В. В., Захаров С. О. Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок // Здоровоохранение Российской Федерации. 2000. № 1.

Старченко А. А. Профессиональные правонарушения в анестезиологии и реаниматологии. Проблемы юридической ответственности. М., 2016.

Старченко А. А., Зинланд Д. А., Фуркалюк М. Ю., Рыкова И. В., Гончарова Е. Ю., Комарец С. А., Курило И. Н. Иски пациентов: кто несет ответственность? // Менеджер здравоохранения. 2011. № 4.

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

Тягунов Д. В., Тягунова И. Ф. Поводы производства судебно-медицинских экспертиз при неблагоприятных исходах оказания медицинской помощи // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. 2017. № 1.

Хабриева Т. Я. Основные векторы и проблемы развития социального законодательства // Журнал российского права. 2014. № 8.

Чурляева И. В. Применение уголовно-правовых норм за некачественное оказание медицинской помощи и (или) медицинской услуги // Судья. 2020. № 2.

References

Amalberti R., Auroy Y., Berwick D., Barach P. Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care. *Annals of Internal Medicine*, 2005, vol. 142, pp. 756—764. DOI: 10.7326/0003-4819-142-9-200505030-00012.

Arbuznikov A. A. Obnarodovanie vrachebnoy oshibki kak odin iz mekhanizmov zashchity prav grazhdan. *Prioritetnye nauchnye napravleniya: ot teorii k praktike*, 2013, no. 5, pp. 129—137.

Barger L. K., Ayas N. T., Cade B. E., Cronin J. W., Rosner B., Speizer F. E., Czeisler C. A. Impact of Extended-Duration Shifts on Medical Errors, Adverse Events, and Attentional Failures. *PLOS Medicine*, 2006. Dec. 3 (12), e487. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030487.

Barinov E. Kh., Romodanovskiy P. O. Izuchenie neblagopriyatnykh iskhodov v akushersko-ginekologicheskoy praktike. *Meditinskoe pravo*, 2012, no. 6, pp. 44—48.

Bereznikov A. V. Sudebno-meditsinskaya otsenka defektov okazaniya terapevticheskoy pomoshchi. Dr. diss. Omsk, 2011. 332 p.

Berner E. S., Graber M. L. Overconfidence as a Cause of Diagnostic Error in Medicine. *The American Journal of Medicine*, 2008, vol. 121, iss. 5, pp. 22—23. DOI: 10.1016/j.amjmed.2008.01.001.

Bisyuk Yu. V. Nenadlezhashchee okazanie ekstrennoy meditsinskoy pomoshchi (kriterii ekspertnoy otsenki i mediko-pravovye aspekty problemy). Dr. diss. Moscow, 2008. 397 p.

Brennan T., Leape L., Laird N., Hebert L., Localio A., Lawthers A., Newhouse J., Weiler P., Hiatt H. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal of Medicine*, 1991, vol. 324, no. 6, pp. 370—376. DOI: 10.1056/NEJM199102073240604.

Churlyayeva I. V. Application of criminal law rules to providing low-quality medical care and/or medical services. *Sud'ya*, 2020, no. 2, pp. 28—33.

Clement J. P., Lindrooth R. C., Chukmaitov A. S., Chen H. F. Does the Patient's Payer Matter in Hospital Patient Safety?: A Study of Urban Hospitals. *Medical Care*, 2007, vol. 45, iss. 2, pp. 131—138. DOI: 10.1097/01.mlr.0000244636.54588.2b.

Demchenko V. A. Ponyatie khalatnosti meditsinskikh rabotnikov pri osushchestvlenii professional'noy deyatelnosti v ugovnom prave. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta*, 2016, no. 409, pp. 164—166.

Disclosure of Errors. Available at: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/2> (accessed 12.12.2020).

Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly*, 1966, vol. 44, no. 3, part 2, pp. 166—206.

Gnatyuk O. P. Vrachebnye oshibki i professional'nye pravonarusheniya. Otvetstvennost' meditsinskikh rabotnikov i mery preduprezhdeniya. *Vestnik Roszdravnadzora*, 2016, no. 2, pp. 16—21.

Gridchik L. A. Dva vzglyada na vrachebnye oshibki i kachestvo okazaniya akusherskoy pomoshchi. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa*, 2015, no. 6, pp. 76—81.

Hayward R. A., Hofer T. P. Estimating Hospital Deaths Due to Medical Errors: Preventability Is in the Eye of the Reviewer. *JAMA*, 2001, vol. 286, no. 4, pp. 415—420. DOI: 10.1001/jama.286.4.415.

Hershey N. The defensive practice of medicine: myth or reality. *Milbank Quarterly*, 1972, vol. 50, iss. 1, pp. 69—98.

Kaldjian L. C., Jones E. W., Wu B. J., Forman-Hoffman V. L., Levi B. H., Rosenthal G. E. Disclosing Medical Errors to Patients: Attitudes and Practices of Physicians and Trainees. *Journal of General Internal Medicine*, 2007, vol. 22, iss. 7, pp. 988—996. DOI: 10.1007/s11606-007-0227-z.

Ker K., Edwards P. J., Felix L. M., Blackhall K., Roberts I. Caffeine for the Prevention of Injuries and Errors in Shift Workers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, iss. 5, no. CD008508. DOI: 10.1002/14651858.CD008508.

Khabrieva T. Y. Main Vectors and Problems of Development of Social Legislation. *Journal of Russian Law*, 2014, no. 8, pp. 5—15. (In Russ.) DOI: 10.12737/5271.

Landrigan C. P., Rothschild J. M., Cronin J. W., Kaushal R., Burdick E., Katz J. T., Lilly C. M., Stone P. H., Lockley S. W., Bates D. W., Czeisler C. A. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *The New England Journal of Medicine*, 2004, vol. 351, no. 18, pp. 1838—1848. DOI: 10.1056/NEJMoa041406.

Makary M. A., Daniel M. Medical Error — the Third Leading Cause of Death in the US. *BMJ*, 2016; 353: i2139. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>.

Maleina M. N. Chelovek i meditsina v sovremennom prave. Moscow, 1995. 260 p.

Momotov V. V. Bioethics in the Context of Law-Making and Law Enforcement (Surrogate Motherhood). *Lex russica*, 2019, no. 1, pp. 29—39. (In Russ.) DOI: 10.17803/1729-5920.2019.146.1.029-039.

Ogarkov I. F. Vrachebnye pravonarusheniya i ugovnaya otvetstvennost' za nikh. Leningrad, 1966, 195 p.

Pashinyan A. G. Kompleksnoe klinicheskoe, ekspertnoe, mediko-pravovoe issledovanie professional'nykh oshibok i neblagopriyatnykh iskhodov pri okazanii dermatovenerologicheskoy pomoshchi. Dr. diss. Moscow, 2005.

Sergeev V. V., Zakharov S. O. Meditsinskie i yuridicheskie aspekty vrachebnykh oshibok. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*, 2000, no. 1.

Sobecks N. W., Justice A. C., Hinze S., Chirayath H. T., Lasek R. J., Chren M. et al. When Doctors Marry Doctors: A Survey Exploring the Professional and Family Lives of Young Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 1999, vol. 130, pp. 312—319. DOI: 10.7326/0003-4819-130-4-199902160-00017.

Starchenko A. A. Professional'nye pravonarusheniya v anesteziologii i reanimatologii. Problemy yuridicheskoy otvetstvennosti. Moscow, 2016. 944 p.

Starchenko A. A., Zinland D. A., Furkalyuk M. Yu., Rykova I. V., Goncharova E. Yu., Komarets S. A., Kurilo I. N. Iski patsientov: kto neset otvetstvennost'? *Menedzher zdravookhraneniya*, 2011, no. 4, pp. 50—62.

Timofeev I. V. Defekt meditsinskoy pomoshchi: problemy i puti pravovoy formalizatsii ponyatiya. *Meditsinskoe pravo*, 2018, no. 6, pp. 8—15.

Tyagunov D. V., Tyagunova I. F. Povody proizvodstva sudebno-meditsinskikh ekspertiz pri neblagopriyatnykh iskhodakh okazaniya meditsinskoy pomoshchi. *Zdravookhranenie Yugry: opyt i innovatsii*, 2017, no. 1, pp. 37—44.

Wu A. W. Handling Hospital Errors: Is Disclosure the Best Defense? *Annals of Internal Medicine*, 1999, vol. 131, pp. 970—972. DOI: 10.7326/0003-4819-131-12-199912210-00012.

Youngson R. M., Schott I. *Medical blunders*. New York, 1996. 405 p.

Zhang J., Pate V. L., Johnson T. R. Medical error: Is the solution medical or cognitive? *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2002, vol. 9, iss. 6 (Supplement), pp. 75—77.

Информация об авторах

Максим Станиславович Матейкович, председатель судебного состава Второго кассационного суда общей юрисдикции, доктор юридических наук, профессор

Елена Александровна Матейкович, доцент кафедры акушерства и гинекологии Тюменского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук

