ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА

В.В. Кущенко
Кафедра международного частного права и гражданского процесса
Всероссийской государственной налоговой академии

Причинение вреда жизни и здоровью в результате медицинской ошибки является достаточно распространённым явлением. Последние годы выявили не только увеличение числа таких явлений, но и готовность пострадавших и их родственников к законной борьбе за компенсацию причинённого вреда, судебных органов - к удовлетворению подобного рода требований при наличии законных оснований. По разным оценкам, в России за последние несколько лет число исков о компенсации вреда жизни и здоровью, причинённого при оказании медицинской помощи, возросло в 13 раз.

Проблема врачебных ошибок является одной из важнейших в медицинском праве не только в России, но и в мире. По данным Национальной академии наук США, каждый год в больницах из-за медицинских ошибок погибают от 44 до 98 тыс. человек – в основном по причине неправильного выбора или дозировки лекарств. В России такой статистики не ведется.

Закономерно, что в судебной практике все чаще возникают дела (уголовные и гражданские) о врачебных ошибках. Медицинский персонал привлекают к уголовной ответственности, а медицинские клиники несут огромные убытки в виде выплат в качестве компенсаций за причиненный моральный вред и вред, причиненный здоровью. Но в данной цепи также задействованы и другие организации - страховые компании и фармацевтические фирмы. Первые часто обязаны выплачивать солидные суммы пациентам, а затем предъявляют иски медицинскому учреждению, что может стать для них началом конца. Фармацевтические фирмы в свою очередь также могут быть привлечены к ответственности, например, за поставку некачественной фармацевтической продукции.

Из сказанного следует, что крайне необходимо дать ответ на два важных вопроса: что такое врачебная ошибка и какая врачебная ошибка влечет ответственность, а какая не влечет ответственность, прежде всего врача?

Определение

Наиболее распространенное определение врачебной ошибки характеризует ее как добросовестное заблуждение врача, основанное на необычном, атипичном течении заболевания, на недостатке диагностических или лечебных средств и методов или иногда на недостатке опыта и знаний конкретного врача. Ведущим в определении врачебной ошибки является добросовестность действий врача, т.е. выполнение врачом всех необходимых мероприятий для диагностики и лечения конкретного пациента.

По свидетельству А.А. Глашева (Глашев А.А. Медицинское право. Практическое руководство для юристов и медиков. М., Волтес Клувер. 2004.), в литературе распространена точка зрения, согласно которой если совершена врачебная ошибка, то уже есть основания для привлечения, например врача, к уголовной ответственности. Данный в корне неверный подход усугубляется еще и тем, что, как правило, следователь, производящий предварительное следствие, не вникает в тонкости медицинской практики, врачебной деонтологии, не анализирует судебную практику по данной категории дел. Дело в том, что до сих пор ни в медицинских, ни в юридических вузах не преподают фундаментальный прикладной курс медицинского права. Все это приводит к неправильной правовой квалификации деяний, так как и для судьи дело о врачебной ошибке (особенно уголовное) представляется весьма сложным. Ситуация иногда выправляется при наличии в деле адвоката, имеющего соответствующую практику, но и таковых в России не много, в то время как, например, в США, Великобритании и ФРГ существуют адвокатские конторы, где работают адвокаты, специализирующиеся исключительно на вопросах медицинского и фармацевтического права. Поэтому в практике есть случаи, когда медицинский персонал привлекался к уголовной ответственности необоснованно.

Однако надо сказать, что, к сожалению, все чаще врачи совершают ошибки, влекущие уголовную ответственность. И это свидетельствует не только о непрофессионализме отдельных специалистов, но и о том общем неудовлетворительном состоянии, в котором пребывает российская медицина.

Принципиально важно, что ни один самый опытный врач не застрахован от врачебной ошибки. Однако следует помнить, что ***под понятие врачебная ошибка не следует подводить ненадлежащее выполнение врачом своих профессиональных обя-***

занностей. Далеко не всякие безуспешные или неблагоприятные итоги медицинского лечения можно квалифицировать как ошибку. Многое зависит от конкретных обстоятельств данного случая. Общее правило таково, что врач не может и не имеет права гарантировать успешного завершения любого лечения.

«Достаточно подготовленный врач»

В зарубежной судебной практике неоднократно обсуждался важный вопрос, который напрямую связан с врачебной ошибкой, - вопрос о стандарте медицинского ухода и предполагаемых профессиональных навыках, которые ожидаются от врача. В английской практике сложилось правило, согласно которому профессиональные навыки врача могут быть определены с помощью специального теста на соответствие имеющимся стандартам и формулярам. При этом врач не обязан обладать высочайшим уровнем мастерства с риском того, что его сочтут небрежным. Вполне достаточно, если он применяет уровень мастерства, обычный для рядового специалиста, практикующего в данной области. То есть речь идет об обычном враче-практике, который следует установленному стандарту своей профессии или по меньшей мере практикует на должном уровне, обладает достаточными медицинскими познаниями, в большой степени осведомлен о новых достижениях в области медицины, как должен быть осведомлен среднестатистический компетентный врач.

Виды врачебных ошибок

Медицинские ошибки подразделяются на деонтологические, диагностические и лечебные.

В основе ***деонтологических ошибок*** лежит нарушение принципов должного поведения врача по отношению к больному, т.е. несоблюдение врачом этики врачебной практики.

Основными причинами ***диагностических ошибок*** являются: игнорирование или неумелое использование анамнеза; неполное обследование пациента; ошибочная трактовка клинических данных; ошибочная оценка рентгенологического и лабораторного исследования; небрежность и спешка в обследовании; неправильная формулировка диагноза. Однако согласно английской судебной практике, ошибка при постановке диагноза не будет считаться преступной небрежностью, если при этом был соблюден соответствующий стандарт по уходу за пациентом, но будет считаться одной из неизбежных опасностей, сопутствующих медицинской практике.

Лечебные ошибки связаны с неправильными клиническими диагнозами. Как следствие таких диагнозов больному назначается лечение, не соответствующее истинному характеру заболевания, и в то же время не проводится показанная и необходимая терапия.

Ответственность

Существует несколько видов ответственности: дисциплинарная (используемая в трудовых взаимоотношениях, например, в виде замечаний и выговоров), административная (налагаемая органами надзора и контроля в основном в виде штрафов), материальная (в виде лишения части заработка за нарушения условий трудовых контрактов).

В отношении врачебных ошибок, влекущих ответственность, наиболее применимыми являются такие ее виды ***как уголовная, возлагаемая на физических лиц, и гражданско-правовая, то есть имущественная, возлагаемая как на граждан, так и на организации.***

Гражданско-правовая ответственность

Имущественная ответственность за причинение вреда при оказании медицинской помощи регулируется нормами гражданского права в рамках гражданских дел. В уголовном деле, возбуждаемом правоохранительными органами за совершение преступления, пострадавший также может подать гражданский иск об имущественной ответственности за причинение вреда, который рассматривается в рамках отдельного гражданского иска в уголовном процессе. В случае, если такой иск будет удовлетворен, то, кроме уголовного наказания, причинитель вреда будет обязан возместить вред по правилам гражданско-процессуального законодательства, то есть в виде имущественной (чаще всего денежной) компенсации.

Вред может быть причинен истцу любым сотрудником учреждения (организации) здравоохранения, которое ему оказывало медицинскую помощь. Определение небрежности персонала может быть простым в некоторых делах, но в других дать правильную квалификацию весьма сложно. Часто встает вопрос: кто из многочисленного персонала клиники несет ответственность, которая может включать врача общей практики, консультанта, других специалистов больницы, а также младший медицинский персонал? Определение причинной связи между предполагаемой небрежностью персонала, которая якобы стала причиной вреда, и самим вредом также может быть в некоторой степени сложно. Иск может быть подан непосредственно против самого врача, когда имеются основания предполагать небрежность с его стороны. В некоторых странах врач один несет полную ответственность за лечение своих пациентов, и ответственность не может быть возложена на учреж-

дение здравоохранения (клинику), если только данное учреждение не вмешивалось в процесс лечения врачом своего пациента.

Однако в судебной практике все чаще возникают дела, когда клиника также привлекается к ответственности за деяния одного из своих сотрудников. Ситуация усложняется, если врачебная ошибка имела место после того, как, например, врач-терапевт направил пациента для дальнейшего лечения к другим специалистам. Если вред причинен сотрудником клиники, то пациент может использовать несколько возможностей для защиты своих нарушенных прав, подав исковое заявление

- против конкретного физического лица (врача), со стороны которого, по его мнению, имело место нанесение вреда,
- против клиники или
- против обоих, привлекая клинику в качестве соответчика.

На практике многие иски подаются против учреждений здравоохранения (клиник).

Ответственность учреждения (клиники) базируется на:

- обязанности клиники оказывать медицинскую помощь пациентам;
- обязанности клиники нести солидарную ответственность за небрежность своих сотрудников.

Вопрос о солидарной ответственности клиники в настоящее время остается спорным и дискуссионным не только в юридической литературе, но и в судебной практике.

Солидарная ответственность причинителей вреда - это вид внедоговорной (то есть не вытекающей из договорного обязательства) ответственности двух и более лиц при совместном причинении ими вреда.

Нужно сказать, что решение этого важного вопроса зависит также от системы здравоохранения, принятой в соответствующем государстве, от того, каким образом регулируются отношения пациент-врач в частном секторе законодательством соответствующего государства. Так, если говорить о России, то в настоящий момент правильнее будет выделить солидарную ответственность клиники за действия или бездействие своего врача. Вместе с тем новые положения гражданского законодательства и нормативных актов, регулирующих оказание медицинских услуг на платной основе, позволяют при выполнении соответствующих условий возложить всю ответственность за врачебную ошибку на врача и освободить клинику от солидарной ответственности. Данный вопрос не раз рассматривался на самом высоком уровне в судебной практике и стран англо-американской системы права, где подход к нему более гибкий.

Уголовная ответственность

В соответствии с Уголовным кодексом РФ лицо подлежит уголовной ответственности только за те опасные последствия, в отношении которых установлена ***его вина***. Уголовная ответственность за невиновное причинение вреда не допускается.

Виновным в преступлении признается лицо, совершившее деяние ***умышленно*** или ***по неосторожности***. Врачебной практике России почти не известны случаи умышленного причинения вреда.

Деяние, совершенное только по неосторожности, признается преступлением лишь в случае, когда это специально предусмотрено соответствующей статьей УК РФ, то есть если такие действия сформулированы как состав преступления в УК РФ.

Статья 26 УК содержат указание на состав преступления, совершенного ***по неосторожности***. Это деяние, совершенное по легкомыслию или небрежности.

Преступление признается совершенным ***по легкомыслию,*** если лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий.

Преступление признается совершенным ***по небрежности,*** если лицо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло предвидеть эти последствия.

В медицинской практике небрежность определяется как существенное расхождение по сравнению с общепринятыми нормами действий медицинских работников со схожим образованием и опытом, приведшее к ущербу для здоровья данного пациента.

При установлении того, имела ли место небрежность, суды придерживаются тех же определений, которые они используют при рассмотрении любых других гражданских исков или уголовных дел. Главный вопрос, на который нужно ответить судье - ***имело ли место ненадлежащее исполнение стороной своих обязательств?*** Иными словами, было ли лечение, примененное врачом (клиникой), ниже того стандарта лечения, который установлен законом, и, следовательно, можно ли говорить о наличии гражданско-правового нарушения или уголовно наказуемого деяния. Главная и самая трудная задача, которую должен решить пострадавший пациент в судебном разбирательстве, - это бремя доказывания того, что небрежность врача стала причиной нанесенного ущерба. Истец должен доказать не то, что врач не смог его вылечить от недуга, а то, что при лечении он существенным образом отклонился от общеприня-

тых норм, что негативным образом повлияло на состояние здоровья истца. Как правило, задача эта весьма трудновыполнимая. Практика показывает, что пациенту, пытающемуся добиться успеха в процессе против врача, придется столкнуться с гораздо большими трудностями, чем при участии в любом ином судебном процессе о причинении вреда. Анализ судебной практики стран Западной Европы, где медицинское право и прецедентная практика более развиты, показывает, что суды выносят решение в пользу истца, присуждая определенную сумму, примерно в 30-40% дел по сравнению с 86% общего количества всех остальных дел немедицинского характера.

Статья 109 УК РФ предусматривает ответственность за причинение тяжкого вреда здоровью или смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей - ограничение свободы на срок до 3 лет либо лишение свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Отдельными видами уголовно-наказуемого преступления являются: принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации, заражение ВИЧ-инфекцией, в том числе вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, незаконное производство аборта, неоказание помощи больному, оставление в опасности.

Процессуальная оценка действий врача

Причинение тяжкого или средней тяжести вреда по неосторожности имеет место тогда, когда:

а) действия или бездействие врача, повлекшие вред, совершаются или допускаются виновным умышленно и при этом он предвидит причинение вреда потерпевшему, но легкомысленно надеется его предотвратить либо не предвидит, хотя должен был и мог предвидеть;

б) действия или бездействие и причиненный вред совершены или допущены по неосторожности.

В тех случаях, когда действия виновного совершаются умышленно и в результате этих действий потерпевшему наносится тяжкий вред, который виновный не предвидел, хотя мог и должен был предвидеть, его действия должны расцениваться как причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности. Степень тяжести причиненного вреда здоровью определяется следователем в ходе расследования и судом во время судебного разбирательства в соответствии с выводами судебно- медицинской экспертизы. В соответствии с уголовно-процессуальным законом проведение экспертизы для определения степени тяжести причиненного здоровью вреда обязательно.

Следует отметить, что в настоящее время утратили силу Правила, утвержденные приказом Минздрава РФ N 407 от 10 декабря 1996 г. «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз», которые предусматривали описание признаков средней тяжести, тяжкого вреда здоровью, расстройства здоровья, утраты трудоспособности. Это создает дополнительную неопределенность в оценке действий медицинского персонала и суду в большой мере приходится полагаться на оценку экспертов.

Эксперты - это, как правило, привлекаемые истцом или ответчиком врачи, которые свидетельствуют о том, насколько, с их точки зрения, порядок и характер проведенного лечения соответствовал нормам данной профессии. Например, при решении о том, допустил ли хирург ошибку при операции на сердце, суд заслушает мнение стороннего врача-эксперта о том, каким образом осуществляется операция на сердце в условиях, подобных тем, в которых оказался истец. Кстати, к более узким специалистам - таким, например, как нейрохирурги - предъявляются повышенные требования и соответственно от них ожидается больше профессиональных усилий, чем от врачей более широкого профиля, таких как терапевты.

Направления совершенствования законодательства

В течение 80-х и 90-х годов, а затем и в нынешнем веке представители зарубежных (в основном англо-американской системы права) медицинских специальностей и страховых компаний неоднократно заявляли, что настал кризис в области исков о врачебных ошибках, о чем свидетельствуют резко возросшие суммы компенсаций, присуждаемых судом, и стоимость страховых полисов. В результате некоторые штаты США даже ввели в действие законы, ограничивающие суммы исков, размеры оплаты юристам и сроки давности, в пределах которых истцы имеют право подать в суд на ответчика. Кроме того, в некоторых штатах было введено обязательное страхование врачей, а также учрежден порядок рассмотрения исков в арбитраже, прежде чем иск может быть представлен в суде присяжных. Обсуждаются также такие вопросы, как снижение суммы компенсации по такой статье, как «физическая боль и страдания», а также вычет разницы по страховой оплате или компенсации. Следует отметить, что те или иные предложения о реформе в области исков о врачебных ошибках обычно обсуждаются в период предвыборных политических кампаний в аспектах, угодных избирателям.

Российские условия свидетельствует о наличии схожих процессов, закономерно происходящих со значительным временным отставанием от западных стран. Естественным при этом будет заимствование их опыта в поисках путей совершенствования нормативно-правовой базы.

Ни у законодателей, ни у медработников, ни у пациентов нет сомнений, что вопросы, возникающие в связи с разрешением споров о врачебных ошибках, являются наиболее сложными в правоприменительной практике. Это объясняется с одной стороны сложностью самого предмета – медицины и безусловной уникальностью каждого спорного случая, а с другой стороны – скудостью нормативных ориентиров для врачебной деятельности. Учитывая специфику медицинской деятельности, невозможно отразить все нормативы в актах законодательного уровня. Невозможно себе представить подробное описание медицинских процедур в тексте закона. Поэтому требуется иное, «техническое» регулирование на подзаконном уровне.

В других отраслях человеческой деятельности, например в международной торговле, морских перевозках, при отсутствии законодательного регулирования (то есть норм, письменно закрепленных в законе) действуют выработанные столетиями обычаи делового оборота, которые восполняют неурегулированные законом ниши. Несмотря на неписаный характер таких обычаев, они являются нормами права.

В медицине роль таких обычаев, «технологических» регуляторов должны выполнять методические рекомендации, национальные стандарты, формуляры диагностики и лечения. Зарубежный опыт свидетельствует о том, что стандартизация медицинской деятельности не только может оказать реальную помощь судам при разрешении споров о врачебных ошибках, но и оказать эффективное влияние на качество медицинского обслуживания в стране. Юридический статус стандартов и формуляров различен в каждой стране. Они могут носить как обязательный, так и рекомендательный характер.

Министерство здравохранения и социального развития РФ с 1998 г пытается идти по пути реализации системной политики стандартизации в здравоохранении (см. Программу работ по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении, утвержденную Министерством здравоохранения Российской Федерации, Государственным комитетом Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 21.07.98/25.04.98/17.07.98). В том же 1998 г. утвержден «Порядок рассмотрения и утверждения проектов нормативных документов по стандартизации в здравоохранении». В 2000 г. создается экспертный совет Минздрава России по стандартизации в здравоохранении, основной задачей которого является проведение экспертизы, согласования и принятия нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении Российской Федерации. Тем не менее, результаты этой работы вряд ли можно признать удовлетворительными. В настоящее время указанный Порядок признан утратившим силу, а новых правил нет. Не совсем ясно, кто является инициатором и участником принятия новых стандартов.

Несмотря на это, в последние годы Министерством разработаны Порядки оказания различных видов помощи, предоставления наборов услуг, утверждены более 200 стандартов медицинской (санаторно-курортной) помощи.

Экономические условия, безусловно, накладывают ограничения на широту применения этих стандартов. В условиях недостатка финансовых средств Министерство здравоохранения и социального развития не обязывает, а только рекомендует применение данных стандартов руководителям федеральных специализированных учреждений при оказании дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи. Это создает неопределенность статуса данных документов, а, следовательно, и ответственности за их неисполнение. Вместе с тем для рассмотрения судебных споров о врачебных ошибках наряду с заключениями экспертов данные стандарты могут быть использованы.

Для дальнейшей разработки национальных стандартов необходим реальный и прозрачный механизм их создания. В этом направлении должны действовать не только подразделения и комиссии министерства, лаборатории, государственные образовательные и научные учреждения, но и профессиональные общественные организации. К разработке стандартов должны привлекаться эксперты, ученые, должно учитываться мнение профессиональных сообществ. Необходимы механизмы опубликования предлагаемых для утверждения стандартов.

Учитывая наукоемкость и затратность деятельности по разработке стандартов, государство должно принимать участие в финансировании процессов стандартизации, а отраслевое Министерство, утверждая стандарты, придавать им статус медицинского эталона, к которому надо стремиться при осуществлении врачебной деятельности.