

**ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА: ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ЭТИЧЕСКОГО И  
ПРАВОВОГО ПОЛЯ  
(опыт США и российские реалии)**

**Доника А.Д., Кожевников Л.Л., Рева И.Е.**

*В статье изложены современные тенденции правового и этического регулирования в области оказания медицинских услуг на примере моральной и юридической оценки врачебной ошибки. Проведен сравнительный анализ предлагаемых моделей реформирования законодательства США и России в области здравоохранения.*

*Ключевые слова: врачебная ошибка, права пациента, моральный вред, компенсации вреда здоровью, этическая оценка.*

***MEDICAL MISTAKE: THE DIFFERENTIATION ETHICAL AND THE LEGAL FIELD  
(experience of the USA and the Russian realities)  
Donika A.D., Kozhevnikov L.L., Reva I.E.***

*The article contains modern lines of legal and ethical regulation in the field of rendering medical services on an example of a moral and legal estimation of a medical mistake are stated. The comparative analysis of offered models of reforming of the legislation of the USA and Russia in the field of public health services is lead.*

*Key words: a medical mistake, the rights of the patient, moral harm, indemnifications of harm to health, an ethical estimation.*

Одной из острых проблем современного российского законодательства является регулирование общественных отношений в сфере здравоохранения. Базовый закон - «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», принят в 1993 г, и, несмотря на вносимые изменения, не отвечает современным экономическим, социальным и правовым реалиям российского социума. В свою очередь, вынесенный на обсуждение проект нового закона получил неоднозначную и во многом негативную оценку врачебной общественности, отраженную в, частности, в решении VII (XXIII) Всероссийского Пироговского съезда врачей (Москва, 26-27 ноября 2010), проведенного в рамках Пироговского движения врачей.

Правовая неопределенность регулирования медицинской помощи наиболее болезненно проявляется в контексте дефиниций врачебной ошибки и дефекта медицинской помощи.

Предлагаемый случай из судебной практики наглядно демонстрирует дисинхронизм моральной и юридической оценки врачебной ошибки.

**Случай.** Мужчина ввиду травмы, полученной несколько недель назад был оформлен в больнице скорой медицинской помощи как неотложный пациент. В ходе наркоза и начавшейся операции у больного появилась синюшная окраска кожи и слизистых оболочек ввиду кислородного голодания, которое врачи оказались не готовыми купировать, что привело к гибели коры полушарий головного мозга пациента и возникло коматозное состояние, длившееся полтора года.

**Ответчик:** МУЗ Городская больница скорой медицинской помощи № 2 г. Омска

**Дата подачи искового заявления:** 14.07.2003

**Заявленные требования:** Взыскать с ответчика денежную компенсацию причиненного морального вреда в размере 900000 рублей в пользу истца Н. Взыскать с ответчика компенсацию понесенных расходов на погребение в размере 3183 рублей. Взыскать с ответчика денежную компенсацию причиненного морального вреда в сумме 600000 рублей в пользу истцов Р. К. Д.

**Решение суда первой инстанции:** В иске Н. к МУЗ Городской больницы скорой медицинской помощи № 2 о возмещении материального и компенсации морального вреда – отказать.

Согласно выводам, содержащимся в заключении комиссионной судебно-медицинской экспертизы дела № 203 *к развитию гипоксической гипоксии привели анатомо-физиологические особенности организма*<sup>1</sup> О., не учтенные при выборе вида наркоза. Избранный вид наркоза не предотвратил развитие гипоксии, а применённые во время клинической смерти и в постреанимационном периоде медицинские мероприятия, способствовали удлинению времени кислородного голодания и не пресекли гибель коры головного мозга. Из данного заключения видно, что *и безошибочное оказание медицинской помощи во время клинической смерти полностью не исключало возникновение наступивших последствий*. Таким образом, поскольку гипоксическая гипоксия у О. не явилась прямым следствием ошибок при даче наркоза, а связана с особенностями организма больного, то поэтому она *не квалифицируется как причинившая вред здоровью*. Из п. 4 вышеназванного заключения видно, что проба на переносимость фторотана не предусмотрена. Из п. 12 заключения повторной комиссионной судебно-медицинской экспертизы № 21 от 28.04.2003 г. видно, что наиболее вероятной причиной остановки сердца, при наркозе является индивидуальная чувствительность больного к фторотану, приведшая к депрессии миокарда (сердечной мышцы) и остановке сердца. На это указывает факт развития гипоксии у О. в начальной стадии наркоза. Западение языка наступает при глубоком наркозе фторотаном, когда происходит расслабление мускулатуры. Поэтому нет оснований полагать, что в конкретном случае имело место западение языка. Из п. 14 вышеназванного заключения эксперта видно, что после глубокой постгипоксической энцефалопатии (5-10 минут отсутствия сердечной деятельности) приведшей к гибели клеток коры головного мозга, в постреанимационном периоде обследования и лечения больного О. проводилось на современном уровне, по общепринятым положениям, адекватно характеру и тяжести патологического процесса.

Оценив представленные доказательства, суд приходит к выводу, что смерть О. не явилась прямым следствием ошибок врачей при даче наркоза, а *связана с особенностями организма больного* и не квалифицируется как причинившая вред. Соответственно иски о компенсации материального и морального вреда не могут быть удовлетворены, т.к. право на возмещение и компенсацию вреда возлагается на лицо, причинившее вред. Между тем, доказательств наличия вины врачей, оказывающих

---

<sup>1</sup> Курсив авторов

медицинскую помощь О., а также наличие причинной связи между действиями врачей и смертью О. в суд не представлено. При этом суд учитывает, что О. дал свое согласие на проведение операции, предупреждался о возможных негативных последствиях применения наркоза, о чём свидетельствует заполненная форма «согласие пациента» т.е. его согласие на оперативное вмешательство.

**Рассмотрев кассационную жалобу, было вынесено следующее кассационное определение суда:** Взыскать с МУЗ «Городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 2» в пользу Н. 3 683 (три тысячи шестьсот восемьдесят три) рубля 75 копеек расходов на погребение, 3 748 (три тысячи семьсот сорок восемь) рублей 50 копеек расходов по проезду на похороны, 2 000 (две тысячи) рублей расходов по проживанию в гостинице при поездке на похороны, 60 000 (шестьдесят тысяч) рублей денежной компенсации морального вреда, 100 (сто) рублей расходов по оплате помощи представителя, Р. – 30 000 (тридцать тысяч) рублей денежной компенсации морального вреда. К. – 30 000 (тридцать тысяч) рублей денежной компенсации морального вреда и в доход федерального бюджета 2 377 (две тысячи триста семьдесят семь) рублей 29 копеек госпошлины, в случае недостаточности денежных средств для возмещения вреда у МУЗ «Городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 2» взыскать их и Департамента финансов и контроля администрации г. Омска из средств казны г. Омска.

Оценивая в совокупности собранные по делу доказательства, суд считает, **что допущенные врачами МУЗ ГК БСМП № 2 недостатки при оказании медицинской помощи О. находятся в причинной связи с гибелью клеток головного мозга больного, возникшим вегетативным состоянием и последовавшей смертью.** Доводы ответчиков об отсутствии такой связи и своевременном начале реанимационных мероприятий опровергаются выводами экспертов. Кроме того, экспертами отмечено, что при индивидуальной непереносимости больным фторотана (на что ссылаются ответчики), наступившие вредные последствия **связаны с запоздалым реанимационным пособием.** Наступившая гибель клеток мозга и вегетативное состояние экспертами квалифицируется как необратимое, что является основанием для констатации факта смерти. При таком положении суд считает **доказанным отсутствие вины врачей в причинении смерти О.** Соответственно требования истцов, жены и детей потерпевшего, о взыскании компенсации морального вреда суд считает обоснованными.

**Комментарий.** Рассматриваемая проблема требует корректного правового регулирования. Проект закона «Основы законодательства об охране здоровья...» предусматривает свою схему страхования рисков. Так, предлагается ввести обязательное страхование гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами (по подобию ОСАГО). Законопроект страхует медицинскую организацию – 2% с каждой медицинской услуги, что, естественно, приведет к повышению ее стоимости. Предусмотрено только два варианта страховых случаев: наступление смерти пациента (2 млн.руб) и факт выхода на инвалидность ( от 500 до 1 500 тыс руб). Комиссия по расследованию жалоб пациента будет возглавляться

представителем органа власти субъекта федерации – на общественных началах, но за зарплату (?).

Издание «USA Today» называет медицинские ошибки – на восьмом месте в списке основных убийц. В 1999 г. Institute of Medicine представил данные о том, что от 44,000 до 98,000 человек погибают в США каждый год в результате врачебных ошибок, которые можно было избежать. За последнее десятилетие отмечается более высокий уровень смертности от врачебных ошибок. По оценкам медицинской рейтинговой компании Health Grades в 2004 г. в США более чем 190 000 человек погибли в результате врачебных ошибок. Hearst Newspapers отметила в 2009 г., что число смертельных исходов в результате врачебных ошибок достигает уже 200 000.

Современное американское право к причинам возникновения смерти относит любые незаконные действия, обусловившие смерть в течение 3 лет после их совершения. Врач обязан сообщить об очевидных и подозрительных признаках насильственной смерти коронеру или медицинскому ревизору (включая внезапную смерть при медицинских вмешательствах). Врачебные ошибки являются причиной исков по компенсации причиненного вреда здоровью. В 2009 г в США из 10 772 выплат по врачебным ошибкам, около двух третей (64,5 %) составила компенсация за халатные действия врачей, которые привели к «значительным необратимым дефектам», «основным постоянным травмам», квадриплегии, повреждению мозга, необходимости в постоянном пожизненном уходе или же привели к смерти.

Таблица 1

Процентное соотношение выплат по видам повреждений, 2009 г[1]

Вид повреждений	Сумма	Процентное соотношение
Смерть	\$1,116,251,850	32.0%
значительные необратимые увечья	\$646,629,800	18.5%
серьезные постоянные травмы	\$631,127,850	18.1%
квадриплегия, повреждения головного мозга, необходимость в постоянном пожизненном уходе	\$476,109,750	13.7%
незначительные постоянные травмы	\$252,779,300	7.3%
серьезные временные травмы	\$227,192,300	6.5%

незначительные временные повреждения	\$88,339,450	2.5%
не могут быть определены	\$23,570,750	0.7%
только моральный ущерб	\$17,561,750	0.5%
незначительные повреждения	\$8,581,300	0.3%

При этом в денежном выражении выплаты за значимые серьезные увечья составили 82,2 % от общей стоимости всех выплат за 2009 г. Выплаты за незначительный ущерб и моральный вред составили от 0,2% до 0,5 % от общей суммы, выплаченной в 2009 г.

В 2009 г. было произведено 3 537 выплат по судебным решениям за смертельные исходы, произошедшие в результате медицинской халатности. Это означает, что даже если использовать низкие показатели Institute of Medicine, количество «убитых» людей в больницах в 2009 г. в результате предотвратимых врачебных ошибок в 12 раз превышает количество компенсационных выплат выжившим. Используя показатели «Летальный исход», только одна из каждых 57 смертей от врачебных ошибок была компенсирована или другими словами примерно от 83 до 98 % смертей в результате халатности врачей не были компенсированы в рамках гражданско-правовой ответственности.

Таким образом, проблема компенсации «врачебной ошибки» в случае менее тяжкого вреда здоровью, является острой и для американских налогоплательщиков. В связи с этим в США предлагалось ввести «Суды здравоохранения». В начале 1990 гг. ученые из Harvard School of Public Health провели полноценные исследования врачебных ошибок в больницах штатах Utah и Colorado для оценки того, будет ли административная система компенсаций экономически жизнеспособной в Соединенных Штатах. Несмотря на обнаружение в общей сложности 170 случаев причинения вреда здоровью в результате врачебных ошибок, ученые установили, что только 18 пациентов подали иски. Чтобы сделать систему «Судов здравоохранения» жизнеспособной, ученые предложили гораздо более жесткие ограничения

компенсаций, чем в других государствах и которые вероятно не отвечали бы требованиям справедливой компенсации:

- Выплаты за причиненные боль и страдания /моральный вред/ - \$100 000.
- Выплачивать компенсации только пациентам, которые были нетрудоспособны более 4 недель.
- Возмещать только 2/3 утраченного заработка.

Другие модели, основанные на данных вышеназванного исследования пытались добиться запрета выплаты компенсаций пациентам, которые были нетрудоспособны 8 недель или менее или запрета компенсаций семьям пациентов, умерших в результате предотвратимых врачебных.

Реформа федерального законодательства США по деликтам из врачебным ошибок предполагает ограничивать ущерб, требуя составлять заранее график компенсаций и равномерно распределять выплаты по периодам, а не единовременно. Графики выплат будут покрывать ущерб, но при этом не будут учитывать индивидуальные особенности и нужды каждого потерпевшего. Периодические платежи будут также стандартными без учета потребностей пациентов или имущественного положения плательщика. Наконец, такие нововведения как «суды здравоохранения» обладают дополнительными недостатками: они уменьшают мотивацию врачей и больниц в необходимости уменьшения врачебных ошибок.

Например, в 1987 г., в штате Вирджиния был создан административный фонд, который оплачивал расходы на лечение травм, полученных во время родов и который действовал подобно предложенным «судам здравоохранения». Жалобы на врачебные ошибки, исключенные из компетенции судов, разбирали государственные дисциплинарные отделы, которые стали единственным органом привлечения к ответственности врачей и больниц. Восемнадцать лет спустя, когда фонд прекратил свое существование, количество исков, предъявляемых к врачу или больнице по основанию причинения вреда здоровью во время родов существенно возросло.

В решении VII (XXIII) Всероссийского Пироговского съезда врачей (Москва, 26-27 ноября 2010) прозвучало аналогичное предложение: в качестве *механизмов и инструментов защиты* прав пациента предлагается здравоохранная прокуратура – специализированная прокуратура в сфере здоровья и медицинской помощи. В этой связи мы считаем целесообразным учитывать зарубежный практический опыт создания организационных структур подобного рода, а не пытаться в очередной раз проложить свою «тропинку» рядом со «столбовой дорогой цивилизации».

В рассматриваемом проблемном поле представляет интерес анализ причин, побуждающих пациентов или их родственников обращаться в суд с исковыми заявлениями, проведенный на материале судебной практики Архангельской области (Цыганова О.Ф., 1997-2008 г.г), который показал, что в 83,9% от всех поданных исков дефекты оказания медицинской помощи были связаны с отношениями «медицинский работник- пациент». Среди так субъективных причин исков: этические нарушения со стороны медицинских работников (62,2%), несовпадение ожиданий пациентов с полученными результатами (11,5%), психосоматические особенности истца (5,1%). Только в 5,1% «субъективных» исков причиной являются противоправные действия медицинских работников.

Вторую группу причин составляют - объективные, т.е. обусловленные состоянием здравоохранения и медицинской науки. К ним в свою очередь отнесены: низкая квалификация работников ЛПУ и дефекты оказания медицинской помощи (52,8%), недостаточные научные, технологические и инфраструктурные возможности медицины (8,9%). Первое место по числу исков занимают специальности терапевтического профиля (34,2%; в том числе – 6,3% - фтизиатрия; 2,5% - неврология; 5,1% - психиатрия); второе место – специальности хирургического профиля (24,1%) и третье – стоматологического профиля (13,9%). Меньше всего приходится на акушерство и педиатрию. Группа прочих специальностей составил 7,6% всех исков. Наибольшая доля (33,3%) удовлетворенных судами исков также

приходится на специальности терапевтического профиля, затем хирургического (26,7%) и акушерство (16,7%). Специальности педиатрического профиля занимают четвертое место (13,3%). Меньше всего удовлетворенных исков отмечено в стоматологии (6,7%) и прочих специальностях (3,3%).

Этические причины судебных исков являются аргументом в пользу механизма досудебного решения споров между медицинскими работниками и пациентами, реализуемого деятельностью этических комитетов. [2] Проведенный социологический опрос россиян показал, что наблюдается рост авторитета этических комитетов среди пациентов, считающих, что работа этических комитетов может помочь обеспечить защиту интересов пациентов (22,45% ответили «да» и 25,36% - «скорее да», против 14,3%, ответивших «нет» и 22,87% - «скорее нет».[3] В этой связи мы считаем, что расширению сети и компетенций региональных этических комитетов будет способствовать оптимизация правового регулирования общественных отношений в сфере здравоохранения.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Воробьева Т.М , Панов А.В. О тенденциях разрешения гражданских исков по врачебным ошибкам в США за 1991-2009 годы /12.04.2010/ [www/pravo-med.ru](http://www.pravo-med.ru).
- 2.Седова Н.Н. Все законы когда-то были нормами морали, но не все моральные нормы становятся законами / Н.Н.Седова // Биоэтика . – 2009. - № 1(3). – С.37-42.
- 3.[Электронный ресурс]: <http://www.medlinks.ru/pollBooth.php?op=results&pollID=29&mode=&order=&thold=>. – Режим доступа 12.01.2011.