

сутствиям, товариществам. Однако его брошюры имеют в первую очередь ярко выраженный пропагандистский характер и написаны в основном с целью доказать несовершенство законов о страховании. Содержат они и изложение основных положений страховой программы большевиков: требование объединенных больничных касс, передачи медицинской помощи в руки рабочих и т.п. Будущее, по мнению автора, – за всеобщим обязательным социальным страхованием под строгим контролем самих рабочих.

Таким образом, первый период историографии исследуемой проблемы имел ряд особенностей: в эти годы шел процесс накопления, сбора фактического и статистического материала; многие работы имели обзорный, публицистический характер. Значительное число авторов поднимало проблемы страхования не столько из научных соображений, сколько исходя из собственных идейно-политических, классовых, партийных интересов. Это привело к субъективности изложения, к преувеличению роли

того или иного фактора в развитии страхования в ущерб другим, не менее значительным.

¹ Моррелли Т. Кодекс природы. – М., 1956; Фурье Ш. Теория четырех движений и всеобщих судеб. – М., 1938.

² Бердяев Н.А. Русская идея. Основные проблемы русской мысли XIX века и начала XX // О России и русской философской культуре. – М., 1990; Ключевский В.О. Добрые люди Древней Руси // Богословский вестник; Лосский Н.О. Условия абсолютного добра. – М., 1991.

³ Литвинов-Фалинский В.П. Фабричное законодательство и фабричная инспекция. – Изд. 2-е, испр. и доп. – М.: Типография А.С. Суворина, 1904.

⁴ Вигдорчик Н.А. Теория и практика социального страхования. – М., 1923.

⁵ Там же.

⁶ Вигдорчик Н.А. Страхование от несчастных случаев в России. – СПб., 1915; Винокуров А. Социальное обеспечение трудящихся. Исторический очерк. – М., 1920.

⁷ Данский Б.Г. Страховая кампания. Рабочие, хозяева, чиновники и введение страхования. – СПб., 1913.

Е.И. Наделяева

НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (УСЛУГИ) В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

Wrong treatment and diagnosing are very widespread in Russia. In connection with it is necessary to learn this problem and to reduce the rate of wrong treatment and diagnosing.

В современной России сложилась ситуация, когда стремительно происходит ухудшение состояния здоровья населения, прежде всего трудоспособного возраста, на фоне сокращения общей численности населения. Эта проблема представляет собой серьезный дестабилизирующий фактор. Еще большую тревогу вызывает здоровье детей и подростков. Такое положение приводит к постоянному росту потребностей в медицинской помощи. При этом возникает вопрос: «Насколько качественна эта помощь?». Так, в 2003 г. в восьми регионах было проведено анонимное анкетирование 290 врачей высшей и первой категорий со средним стажем работы 20 лет; 67% врачей отметили в своей практике ситуации, которые могли бы закончиться обращением пациентов в суд¹. Количество преступлений по неосторожности, в том числе совершаемых в профессиональной сфере, постоянно растет. В сложившейся ситуации охрана здоровья граждан выходит на первый план. Эта функция осуществляется различными методами, в том числе и правовыми. Так, ст. 41 Конституции РФ устанавливает, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Эта норма соответствует положениям ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах² и ст. 25 Всеобщей декларации прав человека³. Наряду с Конституцией Российской Федерации, основополагающую роль в законодательном регулировании вопросов оказания медицинской помощи играют «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.93, а также приказы Минздрава РФ.

Сегодня для улучшения результатов лечения и снижения летальности крайне важно иметь объективную информацию о факторах ненадлежащего оказания медицинской помощи и, таким образом, максимально уменьшить количество неблагоприятных исходов, связанных с ошибками, в первую очередь с такими, которые с позиций современных знаний абсолютно недопустимы⁴.

Ошибки при оказании медицинской помощи устойчиво входят в первую десятку списка наиболее частых при-

чин смерти. От них умирает больше людей, чем от рака, СПИДа и автомобильных аварий⁵.

Итак, проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи сегодня сверхактуальна и в то же время явно недостаточно изучена с клинических, экспертных и правовых позиций. Вместе с тем отдельные научные исследования, проведенные за рубежом и в нашей стране, выявили не просто высокий уровень распространенности этого негативного явления, а, по образному выражению президента Всемирной ассоциации медицинского права проф. А. Карми, настоящую «молчаливую эпидемию». В этой связи важное значение приобретает достоверное, научно обоснованное определение обстоятельств, способствующих ненадлежащему оказанию пациентам лечебно-диагностической помощи⁶.

В русском языке «надлежащий» обозначает: «какой следует, нужный, соответствующий»⁷. Соответственно «ненадлежащий» обозначает полную противоположность т.е. несоответствующий, не такой, какой следует.

В уголовно-правовой литературе большинство авторов едино при определении понятия «ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей». Так, ряд авторов считает, что «под ненадлежащим исполнением лицом своих профессиональных обязанностей следует понимать как полное невыполнение таких обязанностей (бездействие), так и их недобросовестное, небрежное выполнение (частичное либо ненадлежащим образом)»⁸. Другие ненадлежащее исполнение виновным профессиональных обязанностей определяют как «поведение лица, в полной мере или частично не соответствующее официальным предписаниям, требованиям, предъявляемым к нему при выполнении профессиональных функций (медицинского или фармацевтического работника, электрика, крановщика и т.д.)»⁹.

И.Г. Вермель рассматривает проблему ненадлежащего оказания медицинской помощи в двух аспектах: в связи с неправильной диагностикой; при правильной диагнозе.

При оказании медицинской помощи чаще всего приходится сталкиваться с нарушением профессиональных обязанностей на стадии диагностирования. Блестящий клиницист С.П. Боткин писал: «Я считаю себя неплохим диагностом, но все же я был бы удовлетворен, если бы 30% моих диагнозов были правильными»¹⁰. С тех пор прошло много времени, неизмеримо выросли диагностические возможности медицины. Но, к сожалению, число диагностических ошибок до сих пор остается высоким. И.Ф. Огарков, анализируя экспертные материалы г. Ленинграда за 1958-1963 гг., пришел в выводу, что ошибки при лечении встречаются в три с лишним раза реже, чем при диагно-

стике заболеваний¹¹. Не улучшилась ситуация и в современной России. Так, согласно исследованию, проведенному В.Д. Пристансковым, причиной смерти 7,5% пациентов, умерших в специализированной кардиологической клинике, стали ошибки в диагностике¹².

Как указывает В.Ф. Чавпец, медицинское учреждение и лечащий врач должны гарантировать гражданину и (или) его доверенному лицу (страховой организации) следующее: создать условия, обеспечивающие прерывание, замедление исходного патологического процесса; исключить условия, затрудняющие прерывание, замедление исходного патологического процесса; не создавать условий, ускоряющих развитие исходного патологического процесса (состояния); не повышать вероятность возникновения нового патологического процесса (состояния); не провоцировать возникновение нового патологического процесса (состояния); не создавать условий, повышающих вероятность преждевременной смерти пациента или его инвалидизации; исключить условия, повышающие вероятность снижения трудовой активности пациента.

Вопрос о ненадлежаще оказанной медицинской помощи неразрывно связан с понятием оценки качества оказанной помощи. Эта оценка основывается на сопоставлении реальных действий врача и представлений о том, какими они должны быть, с учетом индивидуальных особенностей больного и конкретных условий оказания медицинской помощи¹³.

По мнению А.Г. Шантурова, Б.В. Шеврыгина, О.В. Леонова, Х.Х. Хапий, процесс оценки качества медицинской помощи включает три основных этапа: выявление ошибок; обоснование их; обоснование рекомендаций по предотвращению ошибок на основе выяснения причин их возникновения.

Большой интерес в вопросе ненадлежащего оказания медицинской помощи вызывает определение дефиниции дефекта оказания медицинской помощи в процессе оказания лечебно-профилактических мероприятий.

Говоря о дефектах в проведении лечебно-диагностического процесса, И.В. Тимофеев дает следующую дефиницию дефекта: ошибочное действие (бездействие) медицинского персонала, являющееся нарушением правил, действующих инструкций, руководств, положений и постановлений, директив и приказов, выразившееся в неправильном оказании (неоказании) медицинской помощи, неверной диагностике заболеваний и лечении заболевших (при отсутствии прямого умысла причинения вреда больному).

В своей классификации дефектов в проведении лечебно-профилактических мероприятий И.В. Тимофеев, помимо указания дефектов, отмечает причины, их обуславливающие. Итак, И.В. Тимофеев выделяет:

1. **Достационарный период.** Дефекты в оказании медицинской помощи; дефекты в эвакуации; дефекты диагностики; дефекты лечения; прочие дефекты достационарного периода.

2. **Стационарный период.** Дефекты в оказании медицинской помощи; дефекты диагностики; дефекты лечения; дефекты эвакуации; прочие дефекты стационарного периода.

Причины дефектов:

1) невнимательное отношение к больному: отсутствие динамического наблюдения за ним, отсутствие контроля за проведением назначенного лечения;

2) нарушение деонтологических принципов в отношениях с больным и его родственниками;

3) недостаточная квалификация медицинского работника; низкий уровень клинического мышления врача, неумение логически осмысливать выявленные данные, сформулировать на основании клинических данных пра-

вильный диагноз, недостаточный уровень профессиональной подготовки;

4) позднее обращение больного за медицинской помощью;

5) недостатки в организации профилактических, диагностических и лечебных мероприятий.

6) отсутствие активного выявления больных, многоэтапность при их лечении, устранение врача от осмотра и лечения больных, несоблюдение регламентированной системы диагностики и регламентированной системы лечения, отсутствие необходимых консультаций специалистов, невыполнение рекомендаций консультантов, несоблюдение больным лечебного режима, отсутствие преемственности в обследовании и лечении, прочие недостатки;

7) недостатки в проведении диспансерного обследования;

8) недостатки в работе врачебных комиссий;

9) объективные трудности в проведении лечебно-профилактических мероприятий: сложные условия оказания помощи в районе нахождения больного, молниеносная форма или атипичное течение болезни, отсутствие необходимых средств диагностики и лечения, алкогольное (токсическое, медикаментозное, наркотическое) опьянение больного, значительные топографо-анатомические изменения органов и тканей, крайне тяжелое состояние больного, ограниченные пределы диагностических возможностей конкретного метода обследования при невозможности применения других методов, кратковременность пребывания больного в лечебном учреждении, перегрузка лечебного учреждения больными, другие объективные трудности;

10) прочие причины дефектов в оказании медицинской помощи.

Указанная классификация, с нашей точки зрения, позволяет достаточно четко отграничить ненадлежащее оказанную помощь от надлежаще оказанной.

Таким образом, в настоящее время увеличилось количество обращений граждан в различные инстанции по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи с причинением вреда жизни и здоровью пациентов. И как следствие, эта проблема получила достаточно широкое отражение в средствах массовой информации. В связи с чем появилась необходимость комплексного изучения данного явления, уровня распространенности ненадлежащего оказания медицинской помощи, профилактики правонарушений в медицинской практике.

¹ Рос. газета 25 декабря 2003 г.

² Сборник действующих договоров, соглашений и конвенций, заключенных с иностранными государствами. – М., 1978. – Вып. XXXII. – С. 36; Ведомости Верховного Совета СССР, 1976, № 17 (1831).

³ Рос. газета, 10 декабря 1998 г.

⁴ Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно-правовые аспекты). Научно-практическое руководство. – М.: Авторская академия; Товарищество научных изданий КМК, 2008.

⁵ Отчет Института медицины. – ИОМ, 2000.

⁶ Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи. ...

⁷ Ожегов С.И. Словарь русского языка М.1970 С.365

⁸ Комментарий к уголовному кодексу РФ с постановочным материалом и судебной практикой / под общ. ред. С.И. Никулина. – М., 2000. – С. 327.

⁹ Комментарий к Уголовному кодексу РФ /отв. ред. А.А. Чекалин. – М., 2002. – С. 278-279.

¹⁰ Цит. по книге В.Л. Попова «Теоретические основы судебной медицины». – СПб., 2000.

¹¹ Огарков И.Ф. Правонарушения врачей и уголовная ответственность за них. – Л., 1966. – С. 136.

¹² Пристансков В.Д. Теоретические и методологические проблемы расследования ятрогенных преступлений: дис. ... канд. юрид. наук. – СПб., 2000.

¹³ Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи. ...