

В.П. Шадрин, В.И. Гордеев, Г.П. Тимченко

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

В условиях реформы здравоохранения появились новые проблемы, касающиеся как защиты прав пациентов, так и защиты прав работников здравоохранения [2–4, 6–8]. С внедрением медицинского страхования произошло резкое возрастание случаев обращения пациентов в судебные органы, территориальные общества защиты прав потребителей, фонды обязательного медицинского страхования с исками о возмещении ущерба, причиненного ненадлежащим оказанием лечебной и диагностической помощи, в том числе морального вреда.

Имеющиеся публикации в виде единичных монографий и статей в основном посвящены уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения и носят либо информативный характер [4, 6–8], либо статистический [2, 3, 6]. В существующих и действующих законодательных документах имеется достаточно информации о правах пациентов и их защите, а что касается прав работников здравоохранения при выполнении своего профессионального долга, то они представлены единичными статьями в ряде законов РФ и в отдельных ведомственных приказах МЗ РФ [4, 6].

Таким образом, возникла необходимость исследований, касающихся анализа медико-юридических проблем в медицине критических состояний, позволяющих разработать систему правовой защиты медицинского персонала, имеющего наибольший медико-юридический риск (н-р, анестезиологи-реаниматоры), и внедрения правовой информации в медицинскую документацию.

Одной из важнейших задач государства является охрана здоровья граждан, которая закреплена в Конституции РФ (1993) и в ряде законов РФ: «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (1991); «О медицинском страховании граждан в

РФ» (1991); «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (1992); «О защите прав потребителей» (1992); «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993) и др. Базовым законом, определяющим взаимоотношение государства, его органов, учреждений и граждан нашей страны являются Основы законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» (в дальнейшем «Основы»), принятые Верховным Советом 22.07.1993 г.

Законом «О медицинском страховании граждан РФ» предусматривается обязанность страховой медицинской организации по финансированию медицинской помощи определенного объема и качества, по праву граждан на получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса.

Юридическое и судебно-медицинское значение медицинских документов

В России большинство федеральных нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения содержат положения об информированном согласии. Согласно «Основам» (1993), законодательному акту, определяющему основные права граждан в сфере здравоохранения, информированное добровольное согласие является необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства (ст. 32). Хотя в этом документе не упоминается об обязательности письменного оформления согласия с подписью пациента, в то же время в Методических рекомендациях Федерального фонда ОМС РФ отмечено, что «получение пациентами информации и согласия на медицинское вмешательство оформляется в медицинской документации и подписывается пациентом, либо его законным представителем и лечащим врачом» [5].

В соответствии со ст. 1095 ГК РФ недостоверная или недостаточная информация об услуге (ГК РФ (с постатейным приложением материалов судебной практики). – М., 2001) (ст.30 «Основ» определяет лечение

как услугу) с правовой точки зрения дает право распространять на медицинскую деятельность положения закона «О защите прав потребителей» [5], а причинение вреда здоровью или жизни пациента влечет обязательное возмещение этого вреда исполнителем, независимо от его конкретной вины и наличия договора. Если же пациент был информирован обо всех возможных рисках, то в этом случае информированное согласие становится формой обеспечения правовой защищенности врача. В то же время ни «Основы», ни инструктивные документы МЗ не регламентируют форму данного согласия. В последние годы этическим правилом врачей всех специальностей является подробное информирование пациента или его законного представителя о сути болезни, прогнозе, методе диагностики и лечения, а также связанных с ними возможных осложнениях. Все сведения должны быть предоставлены в доступной для понимания форме с учетом индивидуального пожелания родителей и ребенка старшего возраста получить данные сведения («Основы», ст. 31). При предоставлении информации врачи должны учитывать характер взаимоотношений между родителями и ребенком, степень компетентности родителей. Если ребенку менее 15 лет, врач дает полную информацию родителям, а с 15 лет – должно учитываться мнение ребенка, насколько он хочет информировать родителей о своем состоянии.

В той же статье сказано, что информация о состоянии здоровья может быть представлена «лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении». Но, во-первых, у пациента в отделении анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии как минимум два лечащих врача (врач профильного отделения и анестезиолог-реаниматолог); во-вторых, заведующих отделениями тоже двое, в-третьих, непонятно, кто считается «другими специалистами». Это могут быть: врач-лаборант, рентгено-

лог, внешний консультант и др. – то есть, лица, владеющие неполной информацией и по-разному ее интерпретирующие. Таким образом, в законе фактически заложена возможность получения законным представителем больного противоречивой информации. Становится понятной возрастающая частота предъявляемых к стационарам гражданских исков.

Таким образом, судебная практика свидетельствует, что при наличии правильно оформленного информированного согласия на лечение суд чаще всего признает такие иски необоснованными. Кроме того, наличие информированного согласия на операцию, анестезиологическое пособие, переливание крови и кровезаменителей, лечение разрешит ряд этических проблем.

Юридическая ответственность анестезиолога-реаниматолога за профессиональные правонарушения

По данным Гордеева В.И. и Александровича Ю.С. [2], при разборе судебных дел против врачей в нашей стране довольно типичной была следующая структура: 30% случаев квалифицировались как правонарушения, 10 – как врачебные ошибки и 60% – как несчастные случаи. Больше половины дел касалось врачей хирургического профиля, к которым относится и анестезиолог-реаниматолог [1, 2].

Основаниями ответственности по Российскому уголовному праву являются противоправность деяния и вина лица, совершившего это деяние. В тех случаях, когда врач обвиняется в нарушении профессиональных обязанностей, повлекшем тяжелые для больного последствия, его действия принято исследовать судебно-медицинскими экспертными комиссиями. Наличие и мера ответственности за уголовные преступления определяются только судом в соответствии с УК РФ.

Ни в Трудовом законодательстве, ни в «Основах», ни в УК РФ, ни в подзаконных актах (приказы МЗ РФ и соответствующие должностные инструкции) нет указаний о преимущественной ответственности врача какой-либо одной специальности. Не имеется также указаний на преимущественную ответственность врача, занимающего какое-либо служебное положение. Каждый врач отвечает только за свои действия.

Ниже рассматриваются наиболее частые правонарушения, связанные с профессиональной деятельностью врачей, работающих в медицине критических состояний, и влекущие за собой уголовную ответственность.

В соответствии со ст. 8 УК РФ основанием для привлечения граждан к уголовной ответственности «является совершение деяния, содержащего все признаки состава преступления, предусмотренного настоящим Кодексом».

Возникновение осложнений в ходе диагностики, интенсивной терапии, анестезиологического обеспечения, повлекших за собой тяжкий или средней тяжести вред здоровью больного, квалифицируется по ст. 118 УК РФ. Особо заметим, что прежде чем ст. 118 УК РФ будет отнесена к врачу или сестре, которые обычно являются субъектами преступления по этой статье, необходимо тщательно изучить ст. 28, 39 и 41 УК РФ, в которых описываются защищающие врача обстоятельства, часто встречающиеся в практике анестезиологов-реаниматологов.

Ст. 118 УК РФ содержит 4 пункта, но к медицинским работникам относятся только два, в которых описывается причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (п.2) и средней тяжести вреда (п.4) «вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей».

Более подробная расшифровка повреждений и последствий причинения вреда здоровью приводится в «Правилах судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений», утвержденных МЗ СССР в 1978 г. В них не только дается разделение на тяжкие, средней тяжести и легкие («менее тяжкие») повреждения, но и регламентация потери слуха, зрения, продолжительности и степени утраты трудоспособности и т.п.

В соответствии со ст. 26 УК РФ, преступление, совершенное по неосторожности, может быть связано с двумя явлениями:

1) преступным легкомыслием (самонадеянностью), когда врач предвидел возможность наступления опасных последствий своих действий (бездействия), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывал на то, что справится с ними;

2) преступной небрежностью, когда врач не предвидел возможности наступления опасных последствий, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности мог и должен был их предвидеть.

Смертельные исходы в медицине критических состояний, связанные с профессиональной деятельностью врачей и других медицинских работников, чаще всего квалифицируются по ст. 109 УК РФ – причинение смерти по

неосторожности. П.1 этой статьи относится к причинению смерти по неосторожности любым субъектом преступления, тогда как согласно п.2 ст. 109 УК РФ – это «причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, которое наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет...».

Установление ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей производится на основе анализа положений об обязанностях специалиста, должностных инструкций, нормативных указаний Министерства здравоохранения, правил внутреннего распорядка

В ст. 293 УК РФ («Халатность») также имеется п.2, в котором описана смерть по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения обязанностей должностным лицом. Она относится к должностным лицам, которые обязаны обеспечить нормальные условия для оказания медицинской помощи.

Таким образом, становится актуальной и обратная проблема - защита врача от необоснованных, а иногда и от обоснованных, претензий пациентов.

Нами предлагается система досудебной профилактики и разрешения конфликтов и критических инцидентов в практике анестезиологов-реаниматологов. Система включает 3 этапа:

1 - меры по предотвращению упущений и дефектов в ведении и заполнении медицинских документов (истории болезни, амбулаторные карты, талоны вызова скорой помощи и т.д.);

2 - предотвращение этических и медико-юридических проблем, внедрение в практику анестезиологов-реаниматологов разработанного сотрудниками кафедры варианта информированного согласия на лечение, оперативное вмешательство, анестезию, переливание препаратов крови и кровезаменителей. В случае отказа от лечения – оформление юридического документа с указанием ст. «Основ» на отказ от лечения, снимающего ответственность врача в случае возникновения летального исхода;

3 - проведение независимых комиссионных экспертиз. Опыт проведения таких экспертиз при возникновении критических инцидентов и неблагоприятных исходов в педиатрической и акушерско-гинекологической анестезиологии и реаниматологии в ЛПУ Санкт-Петербурга и Ленинградской области определил их целесооб-

разность. В качестве экспертов должны выступать специалисты высокого профессионального уровня – профессора ведущих медицинских вузов.

Заключение.

1. Для профилактики и разрешения этических, страховых, юридических конфликтов при возникновении неблагоприятных исходов необходимо заполнение медицинских документов с учетом внедрения правовой информации.

2. Разработанные сотрудниками кафедры анестезиологии-реаниматологии и неотложной педиатрии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии шкалы риска анестезии и интенсивной терапии, информационное согласие на лечение, переливание препаратов крови и кровезаменителей, анестезию и оперативное вмешательство разрешат возникающие судебные и страхо-

вые конфликты, а также критические инциденты в практике анестезиологов-реаниматоров.

3. Предложенная система досудебной профилактики этических и юридических конфликтов также позволит предотвратить возникновение жалоб и исков в практике анестезиологов-реаниматоров.

Литература

1. **Быховская О.А.** Дефекты оказания медицинской помощи в условиях крупного города и их судебно-медицинская оценка: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2002. – 20 с.

2. **Гордеев В.И., Александрович Ю.С.** Педиатрическая анестезиология-реаниматология. – СПб, 2004. – 408 с.

3. **Гордеев В.И., Вахрушев А.Е., Воробьева Е.В.** Этические и медико-юридические

проблемы в анестезиологии и реаниматологии и понятие о страховом риске. – СПб., 1995. – 14 с.

4. **Зильбер А.П.** Этика и закон в медицине критических состояний // Этюды критической медицины. – Петрозаводск: ПетрГУ, 1998. – Т. 4. – 560 с.

5. **Обеспечение** прав граждан на соблюдение конфиденциальной информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него: Метод, рекомендации ФФ ОМС РФ. – М., 1999.

6. **Новоселов В.П., Канунникова Л.В.** Правовое регулирование профессиональной деятельности работников здравоохранения. – Новосибирск, 2000. – 256 с.

7. **Peter A. Singer** Recent advances: Medical ethics // BMJ. – 2000. – 321. – P. 282-285.

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

В.П. Николаев

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЯКУТИИ В 20-х гг. XX в.: КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Посвящается 200-летию здравоохранения Якутии

В Якутской области кадровое обеспечение лечебных учреждений было извечно трудной проблемой. Из-за отсутствия врачей больничные учреждения зачастую закрывались или длительное время их обязанности выполняли недостаточно подготовленные лекарские помощники.

В конце 19 в. область обеспечивалась только прикомандированными из других губерний медицинскими работниками, проезд которых затруднялся из-за чрезмерно тяжелых условий жизни и быта на Севере, неудовлетворительных условий работы. Так, участковый врач, яркий публицист Г.И. Попов, ознакомивший общественность Сибири и России с тяжелейшим положением медицинского дела в Якутской области, писал, что «... особый уклад жизни, особое мировоззрение на все, и следовательно, на сущность, происхождение и лечение болезней... плюс специфические условия данного «гиблого» края, делают жизнь и работу врача настолько тяжелой, что неохотно едут сюда врачевать, несмотря на льготы и преимущества, а если ехали и едут, то ради этих пре-

имуществ (или за стипендию), а не ради служения ближнему. ... Сколько здесь спилось и погибло не сумевших вынести тяжелых условий» [8].

Медицинская общественность, видя эти проблемы, искала пути выхода из нее. Так, на первых съездах врачей Якутской области (1897 и 1898) были обсуждены вопросы кадрового обеспечения медицинского дела, в частности необходимость открытия в г. Якутске фельдшерской школы. В резолюции первого съезда (1897) было вынесено решение о том, что медицинскому инспектору В.А. Вонгородскому «ныне же войти с ходатайством об учреждении школы» [12].

В соответствии с резолюциями двух первых съездов и общественной инициативой врачей лечебницы Красного Креста в 1906 г. в г. Якутске была открыта мужская фельдшерская школа с 3-годовичным курсом [11]. На её содержание в год предусматривалось 6080 руб. из земских средств Иркутского генерал-губернаторства.

Благодаря инициативе, энергии и усилиям Областного медицинского инспектора, первого ее директора В.А. Вонгородского и его соратников, при активном содействии Общества врачей Якутской области Якутская фельдшерская школа «вскоре же достигла

довольно цветущего состояния и получила почетную известность даже за пределами области, откуда возник же немалый приток желающих поступить в нее» [5].

Так, Якутская фельдшерская школа в 1909-1911 гг. выпустила 19 специалистов для лечебных учреждений [12].

Однако в годы земского самоуправления и гражданской войны школа пришла в упадок, даже ставился вопрос о ее закрытии. И только с 1922 г. ее работа оживилась в связи с восстановлением и строительством новой системы здравоохранения.

В дореволюционное время врачами стали 4 представителя народа саха. Из них И.Н. Скрыбин, П.Н. Сокольников и А.Г. Потапов приняли самое деятельное и активное участие в развитии системы охраны здоровья населения области и республики, оставив о себе неизгладимую память как о великодушных врачах, талантливых организаторах здравоохранения и известных общественных деятелях. Г.Н. Слепцов после окончания учебы остался в России и успешно работал хирургом в Московском военном госпитале. Также большую лепту внесли выпускники Якутской фельдшерской школы Т.Е. Сосин и Е.Г. Федоров.

НИКОЛАЕВ Валериан Парфеньевич – к.м.н., ученый секретарь ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я)