



**Всероссийский образовательный форум 2019**  
**«Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в**  
**акушерстве и гинекологии»**  
**103 форум**



**Участие врача анестезиолога-реаниматолога в**  
**комплексных судебных медицинских экспертизах по**  
**делам, связанным с неблагоприятными исходами**  
**медицинской помощи**

**С.А. Сумин**

**Заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной**  
**терапии**

**ФПО ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России,**  
**заслуженный работник высшей школы РФ,**  
**д.м.н., профессор**

**7 -8 февраля 2019**

**Белгород**

# I. Введение

Количество уголовных дел в отношении врачей и гражданских исков пациентов к медицинским организациям, связанных с неблагоприятными исходами оказания медицинской помощи, неуклонно растёт из года в год [14].

Тематика ненадлежащего оказания медицинской помощи врачами периодически освещается в средствах массовой информации, а в официальном правительственном издании «Российская газета» даже появилась постоянная рубрика под названием «Халатность врачей» [17].

Однако, данная проблема не так однозначна, как может показаться врачебному сообществу.

## С одной стороны ...

С одной стороны, наша судебная система далека от совершенства и критикуется за обвинительный уклон и ничтожно малое количество оправдательных приговоров.

Так, на сайте Судебного департамента при Верховном Суде Российской Федерации [18] опубликована статистическая информация о результатах рассмотрения уголовных дел в 2017 году, согласно которой были осуждены 744000 человек, оправданы лишь 2900 человек, то есть количество оправдательных приговоров в России в прошлом году составило около 0,4% от общего количества приговоров, а за первое полугодие текущего года эта цифра составила 0,2%. Видимо потребуется еще небольшое усилие нашей судебной системы и эта цифра станет равна 0.

# С другой стороны ...

**С другой стороны, приговоры и решения судов по уголовным и гражданским делам, связанным с неблагоприятными исходами медицинской помощи, всегда основаны на заключениях экспертов. Любому вынесенному в отношении врача обвинительному приговору или принятому против медицинской организации судебному решению всегда предшествует судебная медицинская экспертиза, устанавливающая дефекты оказания медицинской помощи и их причинно-следственную связь с неблагоприятным исходом.**

# Кто участвует в проведении экспертиз?

Такие экспертизы носят комплексный характер и проводятся с привлечением в качестве экспертов врачей разных специальностей, в задачу которых входит выявление профильных дефектов и фактов ненадлежащего оказания медицинской помощи

**Применительно к делам, связанным с неблагоприятными исходами оказания медицинской помощи врачами анестезиологами-реаниматологами, это означает, что выступающий в качестве эксперта коллега дал соответствующую негативную оценку клинической ситуации, послужившей причиной судебного разбирательства.**

# Спасение утопающих — дело рук самих утопающих

Поэтому сообществу анестезиологов-реаниматологов в первую очередь следует озаботиться не сложившейся в России правовой реальностью, которую мы не в состоянии изменить, а тем, насколько объективны наши оценки собственных действий, если судебные акты, основанные на выводах наших коллег, вызывают профессиональное непонимание и возмущение, впрочем иногда из этих выводов можно узнать много нового и крайне интересного.

# Пример нового и крайне интересного

**В «Заключении эксперта» № 163.17 (комплексная судебно-медицинская экспертиза), выполненная в БУЗ ВО «Воронежское областное бюро СМЭ», на с. 36 -37 написано: «В обычных условиях введение миорелаксанта обычно осуществляется до интубации, приблизительно за 2-3 минуты. В данном же случае у пациента до проведения оперативного вмешательства была констатирована предполагаемая трудная интубация, обусловленная анатомическими особенностями верхних дыхательных путей, оценка которой по шкале Mallampati соответствовала III-IV (то есть максимальной) степени сложности. В этом случае введение миорелаксантов допустимо только после успешного осуществления интубации, в противном случае пациент утрачивает способность к самостоятельному дыханию до того, как получает его аппаратную замену».**

Под этим подписались **Шмитков Николай Владимирович** – зав. отделением анестезиологии и реаниматологии №1 БУЗ ВО «ВОКБ №1», врача анестезиолога-реаниматолога, имеющего высшую квалификационную категорию, специальность «Анестезиология и реаниматология», сертификат специалиста № 034621 от 18.05.2014 г., стаж работы с 1984 г.; **Ермоленко Сергей Викторович** - зав.отделением реанимации и интенсивной терапии №2 БУЗ ВО «ВОКБ №1», врача анестезиолога-реаниматолога высшей квалификационной категории, кандидата медицинских наук, имеющего специальность «Анестезиология и реаниматология», сертификат специалиста А № 082911 от 09.03.2013 г., стаж работы с 1990 г.

# Пример нового и крайне интересного

В ходе очередного судебного заседания я участвовал в качестве специалиста. Мною, в присутствии представителя прокуратуры было сделано заявление, что вышеуказанные выводы наших коллег являются заведомо ложными показаниями. Суду были представлены учебники для студентов и ординаторов, где детально описана процедура интубации, а судья даже сфотографировала выходные данные этих книг.

Однако, в **ПРИГОВОРЕ** Советского районного суда г. Воронежа от 01 октября 2018 года написано, что: «Доводы подсудимой и показания специалиста Сумина С.А. об обязательности введения миорелаксанта «Листенон» до интубации трахеи опровергается результатами комплексной судебно-медицинской экспертизы № 022.17 от 24.03.2017».

# На основании данного примера ...

Ну раз так решил СУД, видимо, нашему сообществу нужно будет инициировать процедуру внесения исправлений и дополнений в нормативные документы, в частности приказ Минздрава России от 15.11.2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "анестезиология и реаниматология"» и целый ряд других документов.

Видимо, нам также нужно будет хорошо подумать и решить, а что же нужно делать: вначале давать наркоз а затем производить оперативное вмешательство, или наоборот.

# Заключение эксперта (комплексная судебно-медицинская экспертиза) №126.18

« ... На основании изложенного эксперт комиссии считает, что врачом анестезиологом-реаниматологом была дана **неверная оценка сложившейся клинической ситуации** и не были проведены необходимые диагностические мероприятия имеющие основания, в связи с чем повреждение подключичной вены не было установлено прижизненно. Таким образом, неполнение (видимо, неисполнение) своих профессиональных обязанностей данным медицинским работником следует признать ненадлежащим».

Таким образом, эксперт по специальности «Анестезиология и реаниматология» И.М. Губкин считает, что **неверная оценка сложившейся клинической ситуации есть факт ненадлежащего исполнения служебных обязанностей.**

Такой вывод противоречит правовой позиции Верховного Суда Российской Федерации, о чем я скажу несколько позже и сути методических рекомендаций «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи (2017)» приведенной в списке использованных методик в данной СМЭ.

**II. Нормативные правовые акты и  
иные документы, знание которых  
необходимо врачу анестезиологу-  
реаниматологу, привлекаемому в  
качестве эксперта по уголовным  
и гражданским делам**

# Уголовный и уголовно-процессуальный кодексы РФ

**1. Содержание статьи 307 Уголовного кодекса Российской Федерации об уголовной ответственности эксперта за заведомо ложное заключение или показание.**

**2. Положения нижеперечисленных статей Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации:**

статьи 57, определяющей понятие «эксперт» и регламентирующей его права, обязанности и ответственность,

взаимосвязанные положения статей 61 и 70, регулирующие основания и порядок отвода эксперта,

частей 1 и 2 статьи 80, определяющих понятия «заключение» и «показание» эксперта,

статьи 195 – порядок назначения судебной экспертизы,

статьи 196 – обязательное назначение судебной экспертизы,

статьи 197 – присутствие следователя при назначении судебной экспертизы,

статьи 198 - права подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, свидетеля при назначении и производстве судебной экспертизы,

статьи 199 - порядок направления материалов уголовного дела для производства судебной экспертизы,

статьи 200 - комиссионная судебная экспертиза,

статьи 201 - комплексная судебная экспертиза,

статьи 204 - заключение эксперта,

статьи 205 - допрос эксперта,

статьи 207 - дополнительная и повторная судебные экспертизы,

статьи 282 - допрос эксперта в суде.

# Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации

## 3. Положения следующих статей Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации:

статьи 82 – комплексная экспертиза,

статьи 83 – комиссионная экспертиза,

статьи 85 - обязанности и права эксперта,

статьи 86 - заключение эксперта.

•

# Федеральные законы

4. **Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31.05.2001 № 73-ФЗ.**
5. **Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.**

# Приказ Минздравсоцразвития России

6. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 г. № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».

Для анестезиологов-реаниматологов представляют интерес следующие разделы этого документа:

- ▣ раздел III - порядок организации и производства экспертиз,
- ▣ раздел VIII - Особенности порядка организации и проведения дополнительных, повторных, комиссионных и комплексных экспертиз.

# Приказы Минздрава России

7. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
8. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».
9. Приказ Минздрава России от 23.04.2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи».
10. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».

# Приказы Минздрава России

13. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "анестезиология и реаниматология"».

14. Приказ Минздрава России от 12.11.2012 г. № 909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю "анестезиология и реаниматология"».

15. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н" Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

# Другие документы

16. Стандарты оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология».

17. Клинические рекомендации по профилю «анестезиология-реаниматология».

18. Методические рекомендации «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи», утверждённые директором ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России 21.07.2017 г.

# **III. Проблема понятия «дефект оказания медицинской помощи» и её последствия**

# Закон тождества

Закон тождества известен со времён Аристотеля, современные его формулировки несколько отличаются, но суть сводится к тому, что при рассмотрении любого понятия его содержание и объём должны оставаться неизменными:

Закон тождества (лат. *lex identitatis*) – один из четырёх законов формальной логики, согласно которому каждая мысль, которая приводится в данном умозаключении, при повторении должна иметь одно и то же определённое, устойчивое содержание [8].

Закон тождества – закон логики, согласно которому в процессе рассуждения каждое осмысленное выражение (понятие, суждение) должно употребляться в одном и том же смысле [16].

# Дефект оказания медицинской помощи, что это такое?

Пунктом 25 приказа Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 г. № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека» **предусмотрено, что ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью.**

**Официального определения термина «дефект оказания медицинской помощи», закреплённого в законе, приказе Минздрава России или ином нормативном документе, до настоящего времени не существует, что не мешает экспертам с успехом выявлять эти «дефекты», вкладывая подчас в данное понятие неизбежные осложнения способов лечения.**

Значительное количество научной литературы, посвящённой вопросам оценки неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи [2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 15], проблему не решает, поскольку авторы либо не раскрывают понятие «дефект оказания медицинской помощи», либо понимают его по-разному. **Это противоречит закону тождества классической (формальной) логики и ставит под сомнение достоверность любого вывода о наличии или отсутствии дефекта оказания медицинской помощи.**

## **«Когда в товарищах согласья нет, на лад их дело не пойдёт, и выйдет из него не дело, только мука»**

Правовые последствия отсутствия единого понимания термина «дефект оказания медицинской помощи» можно проиллюстрировать следующими диаметрально противоположными примерами оценки такого распространённого осложнения способа лечения как случайное повреждение органа при инвазивном вмешательстве без возможности визуального контроля (вслепую).

## Пример № 1, 2013 год.

На официальном сайте Заводского районного суда г. Новокузнецка Кемеровской области в открытом доступе размещено решение по гражданскому делу № 2-25/13 по иску пациентки N к муниципальному бюджетному лечебно – профилактическому учреждению о взыскании компенсации морального вреда [19].

### Суть ситуации

Пациентка N была доставлена в экстренном порядке в лечебное учреждение службой скорой медицинской помощи с признаками острого аппендицита. В ходе видеолапароскопической аппендэктомии при проколе брюшной стенки была повреждена брюшная аорта, что повлекло проведение полостной операции по ушиванию раны. Рана была ушита, кровопотеря компенсирована, пациентка осталась жива. **Истица утверждала, что повреждение брюшной аорты причинило тяжкий вред её здоровью.**

# Выводы экспертной комиссии

Основания для такой позиции формально имелись, так как согласно пункту 6.1.26 Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека, утверждённых приказом Минздравсоцразвития России № 194н от 24.04.2008 г., повреждение аорты расценивается как тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни.

Экспертная комиссия пришла к выводам о том, что повреждение брюшного отдела аорты, исходя из его локализации, характера проведённых манипуляций, явилось следствием травмы при введении троакара в брюшную полость. **Подобные осложнения возможны при технически верно проведённой процедуре, что обусловлено выполнением ее вслепую.** Частота подобных осложнений, по литературным данным, составляет от 0,4 до 0,03% с летальностью от 10 до 56%. Одним из факторов риска интраоперационных осложнений явилось астеническое телосложение пациентки (вес 48 кг при росте 156 см), при котором уменьшается расстояние между кожными покровами и забрюшинным пространством, где находится аорта. ... Согласно действующим нормативным документам («Правила определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека», утверждённые Постановлением Правительства РФ № 522 от 17.08.2007 г.), как причинение вреда здоровью рассматривается ухудшение состояния здоровья, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи. **Дефектов (нарушения методики и техники проведения операции) при проведении операции лапароскопии пациентке N не установлено ... оснований для определения тяжести вреда, причинённого здоровью пациентки N, экспертная комиссия не усматривает.**

# Да здравствует наш суд, самый гуманный суд в мире!

В итоге суд посчитал, что причинение повреждения аорты в ходе проведения видеолапароскопической операции не свидетельствует об оказании медицинских услуг ненадлежащего качества, а подлежит расцениванию как непредвиденно возникшее осложнение при технически верно проведённой операции данного вида, в редких случаях (от 0,03% до 0,4%) происходящее на практике в связи с особенностями технологии производства такой операции с учётом уровня разработанности данной технологии (её выполнением вслепую) и индивидуальных особенностей строения организма и места расположения органов у конкретного человека.

В удовлетворении исковых требований суд отказал с учётом результатов назначенной по делу экспертизы.

## Пример № 2, 2018 год

На официальном сайте Железногорского городского суда Курской области в открытом доступе размещён обвинительный приговор в отношении врача-хирурга высшей квалификационной категории, кандидата медицинских наук N [20].

### Суть ситуации

Пациентка N в плановом порядке была госпитализирована в удовлетворительном состоянии в хирургическое отделение лечебного учреждения с диагнозом «Жёлчнокаменная болезнь, хронический холецистит», ей была показана плановая лапароскопическая холецистэктомия.

Из процитированных в приговоре показаний подсудимого врача-хирурга N известно, что в ходе проведения операции по выбранной им методике он сначала ввёл в брюшную полость пациентки N иглу Вереша, а затем троакар, которым, скорее всего, и причинил ранение левой подвздошной артерии. В результате ранения началось внутреннее кровотечение, произошла остановка сердца. Ввиду острой массивной кровопотери у пациентки N развились постреанимационная болезнь и полиорганная недостаточность, в результате которых наступила её смерть.

# Информация к размышлению

- ❑ Две проведённые по уголовному делу судебно-медицинские экспертизы расценили повреждение левой подвздошной артерии как **дефект оказания медицинской помощи**, причинивший тяжкий вред здоровью пациентки N, состоящий в прямой причинно-следственной связи с её смертью.
- ❑ Действия врача-хирурга N суд квалифицировал по части 2 статьи 109 УК РФ, **как причинение смерти по неосторожности вследствие** ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, и назначил наказание в виде ограничения свободы сроком 2 года с лишением права заниматься врачебной деятельностью 1 год.

# Информация к размышлению

По мнению суда, основанному на выводах дополнительной комплексной экспертизы, оперирующий врач-хирург перед оперативным вмешательством обязан был оценивать все необходимые критерии для определения рабочей длины инструмента (троакара) и точки его ввода, но ... исполняя свои профессиональные обязанности ненадлежащим образом, в нарушение своей должностной инструкции, не организовал своевременное и квалифицированное обследование и осмотр пациента, не оценил все необходимые критерии и индивидуальные свойства организма – положение и тонус мышц передней брюшной стенки, наличия спаечного процесса в брюшной полости, не определил рабочую длину инструмента и точку его ввода, позволяющую не повредить забрюшинные сосуды при проведении пациентке N операции лапароскопическая холецистэктомия.

# Самая болезненная точка в нашей специальности

Давно известна и проблема привлечения к уголовной ответственности врачей анестезиологов-реаниматологов за осложнения катетеризации подключичной вены [12, 13, 14].

Например, ещё в 2012 году в статье профессора А.А. Старченко «Криминальность медицинской услуги «катетеризация подключичной и других центральных вен»: «приговор» Московского областного суда» был подробно описан случай осуждения врача анестезиолога-реаниматолога по части 2 статьи 118 Уголовного кодекса РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей) за повреждение правой подключичной вены и лёгкого при постановке подключичного катетера [11].

# А ЧТО МЫ ИМЕЕМ?

Однако за прошедшие после этой публикации шесть лет кардинально ничего не изменилось: наше профессиональное сообщество до сих пор не разработало и не унифицировало критерии оценки неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология», поэтому одними экспертами **осложнения способов лечения продолжают расцениваться как дефекты оказания медицинской помощи,** другими как факт ненадлежащего исполнения служебных обязанностей, **без ссылок на какую-либо нормативную документацию,** что открывает путь на скамью подсудимых любому практикующему анестезиологу-реаниматологу.

# **IV. Объективные критерии оценки неблагоприятного исхода медицинской помощи**

# Что является объективными критериями оценки неблагоприятного исхода медицинской помощи?

Таковыми критериями являются требования нормативных документов, регулирующих сферу здравоохранения.

Частью 1 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрено, что медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

# Таким образом...

1. Оценка неблагоприятного исхода медицинской помощи обязательно должна основываться на требованиях порядков и стандартов её оказания.
2. Вместе с тем порядки оказания медицинской помощи носят общий характер, а стандарты являются медико-экономическими и указывают частоту предоставления медицинской услуги.
3. Определить наличие или отсутствие показаний для медицинской услуги при частоте её предоставления по стандарту менее единицы можно на основании клинических рекомендаций.

# Наши потенциальные возможности

Согласно части 2 статьи 76 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают, в том числе с учётом результатов клинической апробации, и утверждают клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.**

*Использование клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи и оценке её неблагоприятного исхода позволит внести предсказуемость и определённость и для врача-клинициста, и для врача-эксперта, так как даёт им единый эталон правильных действий.*

**Примечание.** Помимо порядков, стандартов оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций, привлечённый в качестве эксперта врач анестезиолог-реаниматолог должен руководствоваться **Критериями оценки качества медицинской помощи утвержденными приказом Минздрава России от 10.05.2017 г. № 203н.**

# Региональное нормативное регулирование

При оценке неблагоприятного исхода медицинской помощи также должно учитываться и региональное нормативное регулирование.

Пример: Приказ комитета здравоохранения Курской области № 463 от 28.12.2011 г. «О совершенствовании преемственности при госпитализации больных и пострадавших бригадами скорой медицинской помощи в стационары и амбулаторно-поликлинические учреждения на территории города Курска».

## Какими должны быть выводы привлечённого в качестве эксперта врача анестезиолога-реаниматолога о ненадлежащем оказании медицинской помощи

- ❑ Каждый вывод привлечённого в качестве эксперта врача анестезиолога-реаниматолога о ненадлежащем оказании медицинской помощи должен быть обоснован, т.е. иметь обязательную ссылку на официальные требования и предписания.
- ❑ Не следует давать ответы на вопросы гипотетического характера, типа, а вот чтобы могло быть, если бы ..., а какова вероятность благоприятного исхода и т.д.

Подтверждением этого тезиса служит следующая правовая позиция Верховного Суда Российской Федерации:

«По смыслу положений ч. 2 ст. 109 УК РФ, под ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей виновным понимается поведение лица, полностью или частично не соответствующее официальным требованиям или предписаниям, предъявляемым к лицу, в результате чего наступает смерть потерпевшего. Суть такого поведения заключается в отношении лица к правовым предписаниям, выражающимся в неисполнении предъявляемых требований. Исходя из этого, обязательным условием для привлечения лица к уголовной ответственности является установление правовых предписаний, регламентирующих поведение лица в той или иной профессиональной сфере. **Отсутствие соответствующей правовой нормы (правил поведения) свидетельствует и об отсутствии самого общественно опасного деяния, поскольку в таком случае нельзя установить отношение лица к тем или иным правовым предписаниям (профессиональным обязанностям)**» – кассационное определение Верховного Суда РФ от 03.03.2015 г. № 13-УД15-1, «Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации № 3 (2015)», утв. Президиумом Верховного Суда РФ 25.11.2015 г. [9].

# **V. Обоснованный риск методов оказания медицинской помощи**



# Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации

Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации, принятый Первым национальным съездом врачей Российской Федерации 05.10.2012 г., декларирует в статье 18: «При всё возрастающем многообразии и активности современных методов диагностики и лечения, каждый врач обязан обеспечить максимальную безопасность оказания медицинской помощи, чтобы снизить риск возникновения ятрогенных заболеваний, действуя в пределах обоснованного риска».

# Риски, риски, риски ...

- Многие виды медицинских вмешательств неизбежно сопровождаются риском неблагоприятных последствий для жизни и здоровья пациента: лекарственные средства при правильном применении могут вызывать реакцию индивидуальной переносимости; при любом оперативном вмешательстве независимо от квалификации и опыта хирурга существует вероятность случайного повреждения кровеносного сосуда; эндотрахеальный способ общей ингаляционной анестезии сопровождается опасностью постинтубационных и иных осложнений и т.д.
- Всё это свидетельствует о необходимости внедрения единых правил экспертной оценки обоснованного риска медицинского вмешательства при неблагоприятном исходе медицинской помощи.

# Что такое «обоснованный риск»

- ❑ Врачу анестезиологу-реаниматологу необходимо чётко разграничивать юридическое понятие «обоснованный риск» и медицинское понятие «риск методов оказания медицинской помощи», не допускать их подмены и не выходить за пределы компетенции эксперта.
- ❑ Определение **обоснованному риску** дано в части 2 статьи 41 Уголовного кодекса РФ: «Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам».
- ❑ **В силу части 1 данной статьи не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели.**

# Кто решает вопрос о наличии или отсутствии обоснованного риска

- ❑ **Решение вопроса о наличии или отсутствии обоснованного риска в действиях врача выходит за пределы компетенции эксперта и является исключительной прерогативой суда, прокурора и органов предварительного расследования.**
- ❑ **В пункте 4 постановления Пленума Верховного Суда РФ № 28 от 21.12.2010 г. «О судебной экспертизе по уголовным делам» разъяснено: «Вопросы, поставленные перед экспертом, и заключение по ним не могут выходить за пределы его специальных знаний. Постановка перед экспертом правовых вопросов, связанных с оценкой деяния, разрешение которых относится к исключительной компетенции органа, осуществляющего расследование, прокурора, суда (например, что имело место - убийство или самоубийство), как не входящих в его компетенцию, не допускается».**

# Что такое «риск метода оказания медицинской помощи»

- Вместе с тем эксперт может определить риск метода оказания медицинской помощи, что вытекает из содержания части 1 статьи 22 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где указано: «Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи».
- Из процитированного положения закона усматривается такое медицинское понятие как «риск методов оказания медицинской помощи».
- Официального определения этого понятия не существует, что роднит его с дефектом оказания медицинской помощи, но важность его несомненна.

# **Спасение утопающих – дело рук самих утопающих**

**К настоящему времени накопился достаточный научный и методический материал, обобщение которого позволяет выработать общепринятое во врачебном сообществе определение термина «риск методов оказания медицинской помощи» и утвердить критерии его обоснованности.**

Так, проблеме обоснованного риска в медицинской практике была посвящена в 2001 году статья В.И. Акопова в журнале «Проблемы экспертизы в медицине» [1].

# Риск медицинского вмешательства - пример формулировок

В справочно-информационных материалах ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» комитета здравоохранения Курской области [7] предлагаются следующие формулировки:

**«Риск медицинского вмешательства – вероятность наступления неблагоприятного исхода для жизни или здоровья пациента, а также вероятность не достижения той цели, ради которой проводится медицинское вмешательство;**

оценивается экспертом:

а) по наличию объективных и субъективных условий для возникновения неблагоприятного исхода или не достижения поставленной цели медицинского вмешательства;

б) по выполнению объема и качества профилактических мер неблагоприятного исхода и не достижения цели медицинского вмешательства.

Обоснованный риск медицинского вмешательства характеризуется наличием общественно полезной цели вмешательства, которая не может быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) при обязательных условиях:

принятие достаточных мер для предотвращения вреда здоровью и жизни пациента;

наступление вредных последствий возможно, но не неизбежно;

пациент информирован о вмешательстве в установленном законом объеме и порядке».

# А зачем нам это надо?

- Практическая значимость унификации определения термина «риск методов оказания медицинской помощи» и критериев его обоснованности для врачей анестезиологов-реаниматологов состоит в том, что неблагоприятные исходы медицинской помощи, обусловленные обоснованным риском методов её оказания, не будут расцениваться как уголовно наказуемые дефекты.
- Мотивированное заключение эксперта об обоснованности риска метода оказания медицинской помощи при неблагоприятном исходе послужит весомым аргументом в пользу того, чтобы органы предварительного расследования или суд признали такую ситуацию обоснованным риском, исключаящим преступность действий врача.

**VI. О необходимости разработки и утверждения Федерацией анестезиологов-реаниматологов России методических рекомендаций, регламентирующих единый подход к оценке неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи врачами анестезиологами-реаниматологами**

# На чем должны основываться выводы эксперта

**Выводы эксперта должны основываться на соответствующих методах и методиках исследования.**

**Такие требования содержатся:**

- ❑ в пункте 9 части 1 статьи 204 УПК РФ: «В заключении эксперта указываются содержание и результаты исследований с указанием применённых методик»;
- ❑ в статье 25 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31.05.2001 № 73-ФЗ: «В заключении эксперта или комиссии экспертов должны быть отражены ... содержание и результаты исследований с указанием применённых методов»;
- ❑ в пункте 25 Порядка проведения судебных медицинских экспертиз, утверждённого приказом Минздравсоцразвития России РФ от 12.05.2010 г. № 346н: «Приступив к производству экспертизы, эксперт использует медицинские технологии, разрешённые к применению на территории Российской Федерации, а также другие рекомендованные экспертные методики и имеющиеся в распоряжении государственного судебно-экспертного учреждения технические средства для объективного, всестороннего, полного, строго научно обоснованного решения поставленных перед ним вопросов».

# Методические рекомендации судебно-медицинских экспертов

В пункте 15 постановления Пленума Верховного Суда РФ № 28 от 21.12.2010 г. «О судебной экспертизе по уголовным делам» говорится: «Необоснованным следует считать такое заключение эксперта, в котором недостаточно аргументированы выводы, не применены или неверно применены необходимые методы и методики экспертного исследования».

**Профессиональным сообществом врачей судебно-медицинских экспертов соответствующие методические рекомендации разработаны:**

- ▣ 2012 год – методические рекомендации «Экспертная оценка дефектов оказания медицинской помощи больным хирургического профиля по данным анализа основной медицинской документации»;
- ▣ 2014 год – методические рекомендации «Проведение судебно-медицинской экспертизы неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи»;
- ▣ 2017 год - методические рекомендации «Экспертная оценка дефектов оказания медицинской помощи и неблагоприятных исходов в кардиологической практике» и «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи» [21].

Однако вышеуказанные методики экспертного исследования не решают проблем, затронутых в настоящей статье, и не отвечают в полной мере особенностям специальности «анестезиология-реаниматология».

**У анестезиологов-реаниматологов аналогичной методики нет.**

# Что делать?

**Выход из сложившейся ситуации возможен путём разработки и утверждения Федерацией анестезиологов-реаниматологов России методических рекомендаций «Экспертная оценка неблагоприятных исходов медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология"», которые должны содержать:**

- ▣ ● правовые нормы, регулирующие деятельность врача анестезиолога-реаниматолога, привлечённого в качестве эксперта;
- ▣ ● основные термины и понятия. Необходимо определить и утвердить общепринятые среди анестезиологов-реаниматологов понятия «дефект оказания медицинской помощи», «осложнение способа лечения», «обоснованный риск методов оказания медицинской помощи»;
- ▣ ● подробный алгоритм экспертного исследования;
- ▣ ● критерии оценки неблагоприятного исхода медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология»;
- ▣ ● критерии обоснованного риска методов оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология»;
- ▣ ● требования к структуре и обоснованию выводов для экспертов анестезиологов-реаниматологов.

**Такие методические рекомендации обеспечат единую общепринятую оценку действий врачей анестезиологов-реаниматологов при неблагоприятных исходах медицинской помощи и защитят их от необоснованного привлечения к уголовной и гражданской ответственности.**

# Что нами сделано

По официальным каналам нами было направлено письмо Президенту *Союза медицинского сообщества «Национальная медицинская палата»* Л.М. Рошалю с просьбой разработать и утвердить в установленном порядке требования к эксперту, который привлекается для оценки качества оказания медицинской помощи и выявления ее дефектов.

Ответ мы пока не получили.

# Динамика процесса

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВО  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**от 8 декабря 2018 г. N 1502**

**О ПРАВИТЕЛЬСТВЕННОЙ КОМИССИИ  
ПО КООРДИНАЦИИ СУДЕБНО-  
ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

# Постановление Правительства РФ от 08.12.2018 N 1502

## "О Правительственной комиссии по координации судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации"

В целях совершенствования судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Образовать Правительственную комиссию по координации судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации.
2. Утвердить прилагаемое Положение о Правительственной комиссии по координации судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации.
3. Реализация настоящего постановления осуществляется федеральными органами исполнительной власти и государственными органами в пределах установленной штатной численности и лимитов бюджетных ассигнований федерального бюджета на очередной финансовый год и плановый период.



# **ЗАЩИТА ПРАВ ВРАЧЕЙ: ПРАКТИКУМ ПО ТАКТИКЕ**

# ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Глава 1. Система правоотношений врача и пациента</b> .....	<b>6</b>
1.1. Выбор врача пациентом.....	7
1.2. Отказ врача от ведения пациента.....	8
1.3. Запрет на видеосъемку медицинского работника, а также на аудиозапись его голоса.....	10
1.4. Оскорбление медицинского работника.....	12
1.5. Причинение медицинскому работнику пациентом телесных повреждений.....	14
1.6. Правила внутреннего распорядка медицинской организации.....	17
1.7. Претензионная работа в медицинской организации.....	21
1.8. Административный иск к законным представителям пациента.....	24
<b>Глава 2. Защита чести, достоинства, доброго имени и профессиональной репутации медицинского работника. Взаимодействие медицинских работников со СМИ</b> .....	<b>28</b>
2.1. Правовые аспекты защиты профессиональной чести, достоинства, репутации и доброго имени медицинского работника.....	29
2.2. Борьба с распространением не соответствующей действительности информации о медицинских работниках и их оскорблениями в сети Интернет.....	32
2.3. Взаимодействие медицинских работников со СМИ.....	36
<b>Глава 3. Уголовная ответственность медицинских работников</b> .....	<b>42</b>
3.1. Привлечение медицинских работников к уголовной ответственности: общие положения.....	43
3.2. Доследственная проверка.....	49

3.3. К вопросу о применении ст. 238 УК РФ в отношении медицинских работников.....	55
3.4. Обвинение медицинских работников в получении взятки.....	59
3.5. К вопросу об оказании медицинскими работниками медицинской помощи вне рабочего места.....	64

## **Глава 4. Гражданско-правовая ответственность медицинских организаций и медицинских работников**.....

4.1. Гражданско-правовая ответственность при оказании медицинской помощи: общие положения.....	69
4.2. Законодательство о защите прав потребителей в сфере здравоохранения.....	71

## **Глава 5. Документооборот в медицинской организации**.....

5.1. Применение нормативно-правовых актов, устанавливающих правила ведения и формы медицинской документации: особенности судебной практики.....	77
5.2. Изъятие медицинской документации.....	81
5.3. Предоставление медицинской документации пациенту.....	86

## **Глава 6. Информированное добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства. Врачебная тайна**.....

6.1. Информированное добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства.....	90
6.2. Врачебная тайна.....	93

## **Глава 7. Трудовое право медицинских работников**.....

7.1. Трудовое право медицинских работников: общие положения.....	98
7.2. Предоставление медицинским работникам дополнительного отпуска по результатам СОУТ.....	105
7.3. Вопрос – ответ.....	108

<http://www.arfpoint.ru/wp-content/uploads/2018/11/zashhita-vrachej-praktikum-2018.pdf>

# Литература

- 1.Акопов В.И. К истории судебной ответственности врачей и судебно-медицинской экспертизы при дефектах медицинской помощи // Проблемы экспертизы в медицине. — Ижевск, 2002. — №1. — С. 3-8.
- 2.Акопов В.И. Проблема обоснованного риска в медицинской практике. // Проблемы экспертизы в медицине. — Ижевск, 2001. — №1. — С. 8-10.
- 3.Бобровская О.Н. К вопросу о дефектах качества медицинской помощи. // Медицинское право: теория и практика. — М., 2015. — Том 1, № 1 — С. 35-40.
- 4.Вакуленко И.В. Экспертная и правовая оценка дефектов оказания медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.03.05 / И.В. Вакуленко; ФГБОУ ВО Астраханский гос. мед. ун-т М-ва здравоохранения Рос. Федерации. — Астрахань, 2017. — 23 с.
- 5.Веселкина О.В. Судебно-медицинская экспертиза дефектов медицинской помощи по материалам дела: проблемы нормативно-правового регулирования. // Медицинское право: теория и практика. — М., 2016. — Том 2, № 2 (4) — С. 49-54.
- 6.Веселкина О.В. Экспертные ошибки при квалификации дефектов медицинской помощи, причинивших вред здоровью. // Медицинское право: теория и практика. — М., 2016. — Том 2, № 2 (4) — С. 55-60.
- 7.Использование специальных медицинских знаний при расследовании преступлений: справочно-информационные материалы. / Ч. 4 Назначение комплексных судебно-медицинских экспертиз в случаях неблагоприятных исходов в медицинской практике / Курск, ОБУЗ «Бюро СМЭ», 2013. — 28 с.
- 8.Кондаков Н.И. Логический словарь-справочник. — М.: Наука, 1975. — 719 с.
- 9.Обзор судебной практики Верховного Суда РФ № 3 (2015), утв. Президиумом Верховного Суда РФ 25.11.2015 г. // Бюллетень ВС РФ. — 2016. — № 3.
- 10.Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М. — 2001. — 293 с.
- 11.Старченко А.А. Криминальность медицинской услуги «катетеризация подключичной и других центральных вен»: «приговор» Московского областного суда // Новости анестезиологии и реаниматологии. — М., 2012. — № 2. — С. 49-62.
- 12.Сумин С.А., Горбачев В.И. Катетеризации центральных вен с позиций нормативно-правовых актов. Вестник интенсивной терапии, 2017. № 4. - с. 5 – 12.
- 13.Сумин С.А., Горбачев В.И., Кузьков В.В. Клинический протокол или стандартная операционная процедура «катетеризация подключичной и других центральных вен», как вариант действия. Анестезиология и реаниматология. 2018. №4. - с. 4 – 8.
- 14.Сумин С.А., Юридические последствия неблагоприятного исхода лечения. Анестезиология и реаниматология. 2018. №1. - с. 4 – 8.
- 15.Сумин С.А., Ярославкин Р.А. Участие врача анестезиолога-реаниматолога в комплексных судебных медицинских экспертизах по делам, связанным с неблагоприятными исходами медицинской помощи. Анестезиология и реаниматология. 2019. №1. Принята в печать.
- 16.Философский словарь / Под ред. И.Т. Фролова. — 7-е изд., перераб. и доп. — М.: Республика, 2001. —719 с.

# Электронные ресурсы

17. <https://rg.ru/sujet/2923/>

18. <http://www.cdep.ru/index.php?id=79&item=4477>

19. [https://zavodskoy--kmr.sudrf.ru/modules.php?name=sud\\_delo&srv\\_num=1&name\\_op=doc&number=30218225&delo\\_id=1540005&new=0&text\\_number=1](https://zavodskoy--kmr.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=doc&number=30218225&delo_id=1540005&new=0&text_number=1)

20. [https://zheleznogorsky--krs.sudrf.ru/modules.php?name=sud\\_delo&srv\\_num=1&name\\_op=doc&number=43340318&delo\\_id=1540006&new=0&text\\_number=1](https://zheleznogorsky--krs.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=doc&number=43340318&delo_id=1540006&new=0&text_number=1)

21. <http://www.rc-sme.ru/Science/index.php>

22. [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru)

**Благодарю за  
внимание**

