

Криминальная отрасль

Казалось бы, ну и что особенного? Всего лишь очередная из сотен подобных историй, которые ежегодно происходят в системе здравоохранения Российской Федерации на протяжении последних двадцати лет: засудить врача и потребовать большую финансовую компенсацию.

На самом деле особенность данной истории в том, что на её примере мы решили составить алгоритм правильных действий медработников и медицинских организаций в случаях конфликтов с пациентами и их родственниками. Надеемся, что, используя этот свод правил, многим врачам и лечебным учреждениям удастся либо избежать неприятной триады «следствие – суд – наказание», либо выйти из сражения с минимальными потерями. Помочь нам в составлении такого алгоритма согласился адвокат, доктор медицинских наук, профессор **Николай ГРИГОРЬЕВ**.

– **Николай Николаевич, давайте начнём с истории вопроса: где отправная точка нынешней ситуации, которую можно назвать «хватать любого в белом халате, там разберёмся»?**

– Вы правы, говоря о том, что охота на медработников началась в нашей стране лет двадцать назад, именно тогда стали появляться первые юридические конторы, специализирующиеся на защите прав пациентов. Со временем они набрали силу, и сегодня, даже если сам пациент или его родственники не имеют претензий к врачам в случае неблагоприятного исхода лечения, то найдётся некто с корочками юриста, который посоветует по-пробовать-таки наказать докторов, причём, желательнее на деньги, вдруг выгорит. Кстати, серьёзного аналогичного института по защите прав медработников ни тогда, ни сегодня в России не существует.

А десять лет назад произошло событие, которое ещё сильнее осложнило жизнь медицинского сообщества: из прокуратуры был выделен следственный комитет. Почему данное обстоятельство неблагоприятно для здравоохранения? Потому что до этой реформы прокуратура сама имела право возбуждать уголовные дела и отказывать в их возбуждении, когда не видела оснований. Если гражданин обращался в милицию, и там ему отказывали в возбуждении дела, он мог пожаловаться в прокуратуру, где возбуждали дело сами.

Сегодня прокуратура такой возможности лишена. В итоге человек, которого обокрали, обманули, избили и ограбили на улице, может годами обращаться в структуры МВД с просьбой найти и наказать преступников и получать отказы. Прокуратуре это теперь не интересно, она не вмешивается, и реальные уголовники остаются ненаказуемы. В отличие от медицинских работников, расследовать «преступления» которых правоохранители берутся безотказно. Почему? Да потому, что с заявлениями на врачей граждане обращаются непосредственно в Следственный комитет России (СКР), и здесь по любому заявлению обязательно проводится проверка – таков порядок.

А в связи с тем, что заявлений на медиков пишут много, в составе СКР появилось специальное подразделение по «врачебным ошибкам». Возбуждается колоссальный объём дел – 5-6 тыс. ежегодно! До суда, правда, доходит небольшая их доля – около 10%, и эта статистика, к счастью, не меняется в сторону увеличения. Но от этого не легче, потому что расследования несуществующих преступлений отнимают у врачей и администраций лечебных учреждений массу сил и времени, создают невероятную психологическую нагрузку вдобавок к тому, что сама врачебная работа – это постоянный стресс. Но главное – остальные 90% дел, которые не имеют шансов дойти до суда и тем

Острая тема

Великая инквизиция,
век XXIПочему мошенники и грабители ненаказуемы,
а врач – заведомо преступник?

Над одной из крупных больниц Московской области нависла грозная туча. Несколько месяцев назад сюда поступила по «скорой» пациентка с некомпенсированным сахарным диабетом, некомпенсированной артериальной гипертензией и ожирением IV степени. Будучи сильно и давно нездоровой, женщина не обращалась к врачам, не принимала специальные лекарства, не соблюдала диету. Повод для экстренной госпитализации – диабетическая стопа в стадии гангрены. От высокой ампутации ноги, что рекомендовано в таком случае, категорически отказывается. Потом соглашается на ампутацию, но на более низком уровне, что само по себе не гарантирует желаемого результата. Операция проводится успешно, послеоперационное заживление идёт без осложнений. Пациентка получает всю необходимую терапию основного и сопутствующих

заболеваний. Но через семь дней пребывания в стационаре у неё развивается обширный острый инфаркт миокарда, спасти больную не удаётся.

По результатам патолого-анатомического вскрытия, степень окклюзии коронарных артерий – 85%, то есть сердечная катастрофа могла произойти в любое время и в любом месте, в том числе когда женщина находилась дома, а не в стационаре. Но именно последнее обстоятельство оказалось роковым для врачей и больницы. Нашёлся «добросовестный» юрист, который подсказал семье умершей женщины идею (и, разумеется, предложил свою небескорыстную помощь в её реализации) подать в суд иск на хирургов, которые допустили такой исход оказания медицинской помощи. Попросту – убили человека, который пришёл к ним лечиться. И началось...



не менее ведутся следователями, тоже создают информационный шум и формируют негативное отношение к конкретным медработникам и российской медицине в целом.

– **Парадоксальная ситуация: вместо того, чтобы заниматься обеспечением качества оказания медицинской помощи, государство создало мощную систему контроля качества и наказания медицинских учреждений. Если бы с таким же энтузиазмом власти взялись за повышение уровня медицинского образования, за оснащение лечебных учреждений современным и безопасным оборудованием, за решение вопроса лекарственной доступности, глядишь, плодотворные органы не потребовались бы.**

– К перечню задач государства я добавил бы ещё один пункт – законодательная декриминализация врачебной деятельности в России. Об этом уже года три с разных трибун говорят разные врачебные профессиональные сообщества, но ни одного шага навстречу им власть не сделала. О чём идёт речь? О том, что есть отрасли, где риск при исполнении работником его профессиональных обязанностей всегда существует, гарантировать стопроцентный положительный результат невозможно в принципе. Медицина – именно такая область деятельности. Проводить разбирательства в случаях неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи, где есть основания заподозрить дефекты, связанные с откровенными нарушениями стандартов, должен не следователь, а в первую очередь профессиональный арбитраж, как его ни назови – Третейский суд, служба медиации или ещё как-то.

Пример такого подхода – Морской арбитраж. Бывает, что во время шторма матроса смывает с судна. Как часто за это сажают

в тюрьму капитана и вообще возбуждают уголовное дело? Да не бывает такого, потому что есть Морской арбитраж. Аналогично работает Воздушный арбитраж. В здравоохранении ничего подобного нет, система полностью переведена в область уголовного права, то есть искусственно криминализована.

«В составе банды
себе подобных...»

– **Арсенал инквизиционных средств, которые используют следователи в отношении врачей, постоянно пополняется новыми статьями Уголовного кодекса. Какие ещё ресурсы УК РФ начали применять в 2020-2021 гг.? Чего ожидать медицинскому сообществу?**

– Действительно, к традиционному набору статей, по которым привлекают к ответственности медработников – 109, 118 и 124 – добавилась пара новых.

Начала активно применяться статья 238 УК РФ – оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, которое повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека. В случае, когда расследуется не результат работы конкретного врача, а деятельность медицинской организации, то деяние рассматривается, как совершённое группой лиц по предварительному сговору. Тяжёлая статья с большими сроками реального тюремного заключения для «банды врачей».

Первыми под раздачу попали пластические хирурги. Дела, как правило, резонансные, истории пациентов, которым причинён вред, подаются в СМИ настолько убедительно, что складывается впечатление, будто пластическая хирургия – в чистом виде криминальная область отечественной медицины, работают там исключительно непрофессионалы.

Здесь необходимо сказать, что к огромному сожалению на формирование столь неблагоприятного имиджа работают сами клиники пластической хирургии. Я говорю о случаях, когда в клинику приходит новый сотрудник с дипломом врача, и руководство организации не проверяет ни подлинность документа и достоверность имеющегося медицинского образования, ни наличие врачебного опыта. Я знаю такие истории, немалая часть уголовных дел по данному разделу медицины приходится как раз на такие клиники.

Возвращаясь к 238-й статье УК РФ: совокупная ответственность лечащего врача, заведующего отделением и главного врача больницы за неблагоприятный исход лечения больного может наступить и в других разделах медицины. Так, в настоящее время по этой статье в суде рассматривается дело в отношении анестезиолога и главного врача стоматологической клиники в городе недалеко от Москвы. Их обоих обвиняют в том, что у пациента произошла нежелательная реакция на препарат для местной анестезии, которая вызвала смерть человека. Если стороне обвинения удастся доказать вину медиков, будет создан крайне неприятный прецедент. Случаев нежелательных реакций на анестезию бывает немало, но к счастью, трагически они заканчиваются крайне редко, однако за сам факт такой реакции при получении медпомощи можно будет попытаться отсудить у клиники хорошую сумму. Поэтому внимание к выбору препарата для обезболивания для конкретного пациента необходимо усилить, чтобы предотвращать и сами нежелательные реакции, и дальнейшие проблемы в суде.

Ещё две статьи УК РФ, которые стали применяться в отношении медиков с нынешнего года – 200.5 и 200.6. Первая предполагает наказание за подкуп работника контрактной службы, контрактно-управляющего, члена комиссии по осуществлению закупок. Вторая – за заведомо ложное экспертное заключение в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд. Одним словом, речь идёт о финансовой чистоте госзакупок и качестве приобретаемого медицинского оборудования.

Тут как раз просматривается желание правоохранительной системы навести порядок в этой сфере, что на руку медработникам: прекратится практика обвинения врача или медсестры, как единственного виновного в причинении вреда больному из-

за поломки медицинской техники. Чаще всего такие отказы случаются с хирургическим и анестезиологическим оборудованием, аппаратами для физиотерапии. Либо куплена техника заведомо невысокого качества, либо давно не проводились её техническая проверка и ремонт. У таких происшествий точно есть виновные, и это точно не сами врачи: они работают с тем, чем их оснастили. Во всём мире принято разделять зоны ответственности между теми, кто по должности занимается обеспечением клиники медоборудованием и отвечает за её исправность, и врачом, который с помощью этого оборудования лечит пациентов.

– **Вы приветствуете появление этих статей в арсенале следователей по медицинским делам?**

– Коль скоро СКР будет действовать статьи 200.5 и 200.6 УК РФ в расследовании «врачебных ошибок», значит, вместе с хирургами, анестезиологами и врачами других профилей перед законом предстанут закупщики медицинской техники и эксперты, которые давали заключение о качестве товара. Считаю это абсолютно справедливым, поскольку знаю немало ситуаций с замыканием электрокоагулятора во время операций, с замыканием барокамер. Все помнят истории с отказами в работе и возгоранием только что закупленных аппаратов ИВЛ в начале пандемии COVID-19.

Но в целом считать проблему техногенной ятрогении полностью решённой нельзя, потому что в данном случае телегу поставили впереди лошади. Как можно привлечь к ответственности человека, который отвечает за закупку медтехники, если в стране нет института оценки качества этой самой медицинской техники, а в законодательстве оборудование для лечебных учреждений не обозначено как источник повышенной опасности, не прописаны сроки эксплуатации медтехники, регламентов проверки и ремонта, нет требований о её списании за рамками установленного срока службы. У нас основным критерием выбора товара на конкурсах и аукционах является цена. О качестве речи не идёт, главное – купить дешевле. При таких пробелах в законодательстве мы опять встаём на путь наказания за ненадлежащее качество медицинской помощи, а не повышения самого качества.

Без промедления

– **Вернёмся к теме, которую мы заявили как главную: каким должен быть правильный алгоритм действий врача и администрации лечебного учреждения в случае, если наступил неблагоприятный исход лечения и возник конфликт с пациентом либо его родственниками? Одним словом, когда следует нажимать «тревожную кнопку»?**

– Если произошёл самый трагичный из всех возможных случаев – смерть пациента во время или после оказания медицинской помощи, тяжёлые осложнения, которые привели к инвалидизации – и пациент или его родственники написали письменную жалобу в Минздрав, Росздравнадзор, обратились в средства массовой информации, то ждите визита следователя. Потому что даже если сами пострадавшие заявление в Следственный комитет не подали, сигнал поступит туда через СМИ, правоохранители не могут не отреагировать на публикацию или телесюжет о «врачебной ошибке».

Прежде всего, предостерегу от ошибочных действий: ни в коем случае не надо прятать или пытаться внести исправления в медицинскую документацию.

Первое, что должен сделать медработник в ситуации любого конфликта с пациентом или его родственниками – незамедлительно, в тот же день

поставить в известность руководство лечебного учреждения. Начало конфликта необходимо зафиксировать, поэтому напишите докладную записку главному врачу, а также зафиксируйте произошедшее в истории болезни.

Второе: не надо пытаться гасить конфликт на своём уровне, о чём-то просить и уговаривать пациента или его представителей. Конфликты нужно не пытаться решить путём уговоров пациента, а рассматривать и урегулировать – это разные процедуры. Тем более, никогда не надо давать им свой телефонный номер в знак примирения. Чем это может обернуться? Врачу начинают регулярно названивать, он ведёт искренние разговоры, а потом эти записки выкладываются в сети Интернет и преподаются следователю и судье, как одно из доказательств вины доктора.

Третье: администрация лечебного учреждения должна как можно быстрее провести консилиум или клинико-экспертную комиссию, коллегиально рассмотреть клиническую ситуацию и результаты лечения пациента, затем сообщить результат этого коллегиального разбирательства заявителю. В большинстве случаев после этого претензию отзывают, если выясняется, что в решениях и действиях врача не было ошибки.

Четвёртое: как только в медицинское учреждение пришёл представитель СКР и провёл опрос сотрудников отделения, пообщался с администрацией больницы, сразу обращайтесь в профессиональную врачебную ассоциацию за юридической помощью или к адвокату. Согласно регламенту действий правоохранительных органов, дальше всё будет происходить быстро: изъятие документации, назначение экспертизы, приглашение на допрос.

Пятое: для лечебных учреждений очень важно своевременно, в считанные дни, реагировать на жалобу пациента или его родственников. Когда администрация медицинской организации не спешит отреагировать на обращение гражданина, его негативный настрой усиливается. Сюда же добавим беседу с пациентом о том, что именно содержится в тексте информированного добровольного согласия. Мало того, что пациент подписывает бланк ИДС, не поленились разъяснить ему на словах, какие предстоят лечебные мероприятия и какими осложнениями они могут сопровождаться. Объясните и зафиксируйте факт этой беседы в истории болезни. В противном случае потом, когда возникнет конфликт, человек искренне признается в том, что ничего не понял из написанного в ИДС, а врач ему не объяснил. Иными словами, пациента ввели в заблуждение, пользуясь отсутствием у него медицинского образования, и причинили вред здоровью.

Шестое: ни в коем случае нельзя позволить ни пациенту и его представителям, ни журналистам оскорблять врача, в чём бы его ни обвиняли. Человек не считается виновным, пока не будет доказано иное!

Если медработника лично или публично – в присутствии других людей, через СМИ – оскорбили, назвали преступником ещё до вынесения судебного решения – он вправе сразу же, не дожидаясь итогов расследования и суда, подать встречный иск о защите чести и достоинства. То же самое для медицинской организации – иск о защите деловой репутации можно и нужно подавать сразу же, как только появился повод.

Седьмое: в каждом учреждении здравоохранения должен быть разработан механизм быстрого и адекватного реагирования на ситуации с высоким судебным риском. И с этим механизмом должны быть ознакомлены все без исключения сотрудники.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

В России около 5 млн человек страдают от сердечно-сосудистых заболеваний, доля смертей от болезней системы кровообращения – самая высокая среди всех причин. По данным Росстата, 43,9% от общего числа умерших в 2020 г. (938 536 человек) скончались именно от них. В мире ежегодно от ССЗ умирает 17,5 млн, из них примерно 80% преждевременных инфарктов и инсультов можно было предотвратить за счёт изменения качества жизни, повышения доступности лечения.

тому, чтобы всё-таки обеспечить выпадающую группу пациентов.

Оценка доступности

Но круг вопросов, которые поднимались на мероприятии, был гораздо шире. «Совершенно очевидно, что для решения проблем с ССЗ необходимы комплексные и системные решения», – убеждён Ян Власов. Мероприятие показало, что сегодня это понятно и пациентам, и врачам, и организаторам здравоохранения.

Обсуждения

Сердцу нужна системная помощь

Поэтому с вполне понятным энтузиазмом было воспринято решение Правительства РФ о льготном лекарственном обеспечении лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарные шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу ССЗ. С 2020 г. им была предоставлена такая возможность сроком на 1 год. А после призывов общественности увеличить этот период появилась постанова Правительства РФ № 1254 от 24.07.2021 о том, что такие лица будут обеспечиваться лекарственными препаратами в течение 2 лет с даты постановки на диспансерное наблюдение, а не в течение года, как это было предусмотрено ранее. Действие постановления распространяется на тех, кто встал на диспансерное наблюдение с 1 января 2021 г.



М. Глейзер

Собственно, лейтмотивом «круглого стола» стали результаты организованного Всероссийским союзом пациентов социологического исследования «Оценка доступности и основных проблем терапии ССЗ на территории РФ». Его провели в 2021 г., участвовали в нём не только пациенты, но и 2 тыс. врачей из 76 регионов. Опрос показал, что каждый третий пациент с ССЗ прекращал приём препаратов, назначенных для долгосрочной или пожизненной терапии. Не могли позволить себе купить лекарства или не находили их в аптеках из-за перебоев поставок 20% опрошенных пациентов, а четверть льготников платят за них деньги из своего кармана. Большинство опрошенных врачей (61%) считают существующий перечень лекарств из 23 наименований недостаточным. Ситуация с лекарственным обеспечением сильно различается по регионам.

Комментируя результаты опроса, главный специалист кардиолог Минздрава Московской области Мария Глейзер назвала ТОП проблем с позиции опрошенных врачей. Это недоступность специализированной кардиологической помощи в поликлинике, недоступность качественной медицинской реабилитации, низкая доступность диагностики, льготных лекарств, технических средств реабилитации. При том, что регулярность и отсутствие перерывов в приёме препаратов имеют принципиальное значение при лечении ССЗ, 81% врачей указывают на невыполнение пациентами назначений по лекарственной терапии, а 42% – на высокую распространённость таких ситуаций. Врачи жалуются, что помимо административных и экономических барьеров есть ещё психологические – нежелание пациента ходить за рецептом, его неверие в эффективность на-

значаемых лекарств, страх перед побочными эффектами, недисциплинированность.

По мнению М. Глейзер, необходимо продлить льготный лекарственный период для пациентов с ССЗ вплоть до пожизненного обеспечения и внести в него большее число препаратов, причём не дешёвеньких, которые пациент может приобрести и сам, а инновационных, реально жизнеспасующих. Она высказалась также за расширение списка заболеваний (тех, которые вносят наибольший вклад в смертность и инвалидизацию), при которых

логиям, и это прорабатывается экспертным сообществом», – сообщила она.

Во время поездок по регионам беспокойство представителей министерства вызывает и ряд других моментов. Например, большие сложности с разделением региональных и федеральных льгот. «Медицинским работникам необходимо чётко понимать, когда можно использовать средства федерального бюджета. У нас есть субъекты, где эти средства не используются, по старой традиции продолжают использовать средства регионального бюджета. Есть

пациенты могут получать льготные препараты.

И другие задачи

Заместитель директора центра клинической фармакологии Научного центра экспертизы средств медицинского применения Минздрава России главный специалист клинический фармаколог Департамента здравоохранения Москвы Марина Журавлёва считает необходимым создать регистр пациентов с ССЗ: «Абсолютно точно необходим не просто регистр больных, где мы вписываем фамилии, а именно клинические регистры, которые позволяют иметь огромную базу данных, видеть движения и исходы болезни пациента, их приверженность терапии, кто какие препараты получал, кто принимал, за какими рецептами возвращался. И самое главное, здесь мы можем вычленив долю инновационных препаратов». Эксперт отметила, что эта работа серьёзная, сложная, нужна структура, которая бы занималась этим постоянно, не на общественных началах. Зато это даст ключ к пониманию многих проблем.



Е. Каракулина

В Минздраве России проблема со смертностью от ССЗ также вызывает беспокойство, заверила директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Екатерина Каракулина. «Сейчас мы имеем продление на два года, конкретный список из 23 препаратов. Достаточно этого или нет? Мне кажется, расширять льготное лекарственное обеспечение нужно не только на ССЗ, но, возможно, нужно менять подходы к нозо-

чёткая верификация лиц, которым можно назначать лекарственные препараты. И может быть, тогда мы не будем видеть такие запасы лекарственных препаратов, которые находятся в субъектах РФ на складах», – указала Е. Каракулина. По её словам, с 2022 г. Минздрав планирует ежемесячно осуществлять мониторинг товарных запасов на складах в субъектах РФ.

Вопрос актуален ещё и с точки зрения разработки и применения клинических рекомендаций, в соответствии с которыми нужно назначать лекарственные препараты, отметила она. Внештатные специалисты и профессиональные организации трудятся над их созданием, но врачи, похоже, не торопятся пользоваться результатами этой работы. «Мы много поездок осуществили по субъектам РФ. Когда обращаешься к лечащему врачу с просьбой показать его телефон и как он пользуется рубрикаторм клинических рекомендаций, то видишь в руках хороший гаджет, с возможностью передачи данных, всеми возможными программами. Но многие наши врачи даже не устанавливают у себя элементарную вещь, которая нужна в работе – подсказка, рубрикаторм клинических рекомендаций. Научитесь им пользоваться! Есть мобильная версия. Это просто-напросто трудовой механизм в ваших руках», – призвала она врачей.

Минздрав также волнует, что до сих пор не удалось добиться чёткой преемственности в лечении как на стационарном, так и последующем амбулаторном этапе. Е. Каракулина сообщила, что в рамках федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в Минздраве, а конкретно в Национальном медицинском исследовательском центре терапии и профилактической медицины готовят специальные чек-листы, которые будут на столах у врачей и помогут отслеживать пациентов, нуждающихся в диспансерном наблюдении.

Чтобы пациент находился под пристальным диспансерным наблюдением врача, нужна база данных. И тут снова встаёт вопрос создания регистра пациентов. На взгляд Е. Каракулиной, он необходим, чтобы видеть пул пациентов с ССЗ и иметь базу данных по конкретному субъекту РФ. На этих данных должны основываться расчёты, в том числе и по дополнительному финансированию, отметила она.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».