

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ И СОЦИОЛОГИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616-001.3

3.2.3 Общественное здоровье, организация и социология здравоохранение

DOI: 10.37903/vsgma.2023.3. 29 EDN: NBZYKM

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ЯТРОГЕНИИ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ© Дмитриев И.В.^{1,2}, Игнатова Н.Б.¹, Абросимов С.Ю.²¹Смоленский областной институт патологии, Россия, 214018, Смоленск, проспект Гагарина, 27²Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28*Резюме*

Цель. Оценить исторические и современные подходы к ятрогенной патологии и наметить пути её снижения.

Методика. Изучение с последующим анализом нескольких десятков работ, в т.ч. нормативно-правовых документов, касающихся качества оказания медицинской помощи.

Результаты. Представленные данные по качеству оказания медицинской помощи свидетельствуют, что в данной проблеме есть еще немало направлений, интенсивная работа по которым может дать хороший эффект. Вероятно, для координации этой деятельности будет необходима научно проработанная концепция. Возможно, целесообразно в эту концепцию включить такие мероприятия, как проведение научных разработок по проблеме качества медицинской помощи (МП); изменение программ и методов подготовки медицинских кадров; совершенствование мотивации медицинских работников к высокому качеству их работы; изменение объема и структуры финансирования здравоохранения; увеличение количества общественных организаций врачей, пациентов; введение открытой отчетности о случаях причинения вреда здоровью пациента при оказании МП; формирование систем независимого рейтинга лечебных учреждений и врачей; введение страхования профессиональной медицинской деятельности, в том числе применение системы ответственности без вины; введение систем поощрения для медицинских работников и лечебных учреждений за самостоятельную публикацию о своих случаях причинения вреда здоровью пациента при оказании МП; создание специализированного государственного учреждения по управлению качеством МП; оптимизация цифровизации здравоохранения, в том числе и для контроля за случаями причинения вреда здоровью пациента при оказании МП.

Заключение. Преимущественное использование лишь административных и уголовно-правовых методов для снижения количества случаев причинения вреда здоровью пациента при оказании МП не дает достаточного эффекта. Хотя это не исключает совершенствование законодательства по данному вопросу. В частности, для более дифференцированного подхода все случаи причинения вреда здоровью пациента при оказании МП желательно разделить на четыре вида: несчастный случай; ошибка медицинского работника; ятрогения и дефект оказания МП, закрепив эти понятия в законодательстве. Возможно, разработка многосторонней концепции по снижению количества нарушений при оказании МП позволит уменьшить их число. Но эта концепция должна быть утверждена на государственном уровне и иметь необходимое финансирование. При обсуждении этой стратегии важно достичь единых взглядов медицинских работников и пациентов на эту проблему. Ведь у них одна цель – это сохранение здоровья.

Ключевые слова: ятрогения, качество медицинской помощи, врачебная ошибка, дефект оказания медицинской помощи

SOME ASPECTS OF THE PROBLEM OF IATROGENISM: PAST, PRESENT AND FUTUREDmitriev I.V.^{1,2}, Ignatova N.B.¹, Abrosimov S.Yu.¹¹Smolensk Regional Institute of Pathology, 27, Gagarina Av., 214018, Smolensk, Russia²Smolensk State Medical University, 28, Krupskoj St., 214019, Smolensk, Russia

Abstract

Objective. Evaluate historical and modern approaches to iatrogenic pathology and outline ways to reduce it.

Methods. Study and subsequent analysis of several dozen works, including regulatory documents related to the quality of medical care.

Results. The presented data on the quality of medical care indicate that there are still many areas in this problem, intensive work on which can give a good effect. Probably, a scientifically developed concept will be needed to coordinate this activity. It may be advisable to include in this concept such activities as conducting scientific research on the problem of the quality of medical care; changing programs and methods of training medical personnel; improving the motivation of medical workers to high quality of their work; changing the volume and structure of healthcare financing; increasing the number of public organizations of doctors, patients; introducing open case reporting causing harm to the patient's health when providing of medical care; formation of systems of independent rating of medical institutions and doctors; introduction of insurance of professional medical activity, including the use of a system of responsibility without fault; introduction of incentive systems for medical workers and medical institutions for self-publication of their cases of harm to the patient's health when providing of medical care; creation of a specialized state institution for quality management of medical care; optimization of digitalization of healthcare, including for monitoring cases of harm to the patient's health during the provision of medical care.

Conclusions. The preferential use of only administrative and criminal law methods to reduce the number of cases of harm to the patient's health when providing of medical care does not give sufficient effect. Although this does not exclude the improvement of legislation on this issue. In particular, for a more differentiated approach, it is desirable to divide all cases of harm to the patient's health during the provision of medical care into four types: accident; error of a medical worker; iatrogenism and a defect in the provision of medical care, fixing these concepts in legislation. Perhaps the development of a multilateral concept to reduce the number of violations in the provision of medical care will reduce their number. But this concept must be approved at the state level and have the necessary funding. When discussing this strategy, it is important to achieve common views of medical professionals and patients on this problem. After all, they have one goal – to preserve health.

Keywords: iatrogenism, quality of medical care, medical error, defect of medical care

Введение

В Федеральном законе от 21.11.2011 №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» имеется статья 4, согласно пункта б которой, одним из основных принципов охраны здоровья является «доступность и качество медицинской помощи». При этом государство в этой же статье дает гарантию по приоритетам интересов пациента при оказании медицинской помощи, профилактики в сфере охраны здоровья и охраны здоровья детей; социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья; ответственности органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья; недопустимости отказа в оказании медицинской помощи; соблюдению врачебной тайны.

«Errare humanum est» – «Человеку свойственно ошибаться». В самой природе человека заложена как возможность совершать гениальные открытия, так и способность ошибаться. Это две стороны одной медали. При лечении больных врачи ошибались во все времена и во всех странах. Но даже в древности старались подходить дифференцированно к ответственности лекаря за результаты его лечения. Хотя в Древней Индии, в Древнем Египте, в Древней Греции, в Древнем Риме и других странах подходы и методы очень сильно отличались. Например, в Вавилоне в Законах царя Хаммурапи (1793-1750 гг. до н.э.) ответственность врача зависела не только от степени причиненного вреда, но и от того к какому социальному классу принадлежал больной. Так после смерти раба врач должен был взамен отдать другого раба. На Руси в 1490 г. казнили лекаря Леона, который не смог вылечить сына великого князя Иоанна III [6]. Царь Петр I издал Боярский приговор от 4.03.1686 № 1171 «О наказании лекарей за умерщвление больных по умыслу и по неосторожности». Согласно этого документа, умышленное причинение смерти влекло за собой смертную казнь, а неосторожное – ссылку. В 19 веке во «Врачебном Уставе России» (1857 г.) было написано: «...когда медицинским начальством будет признано, что врач, оператор, акушер или повивальная бабка по незнанию своего искусства делают явные или менее важные в оном ошибки,

то им воспрещается практика, доколе они не выдержат нового испытания и не получат свидетельства в надлежащем знании своего дела...». Однако, в зависимости от правонарушения, наказание могло быть и иным в виде выговора, церковного покаяния, штрафа, ареста, тюремного заключения до шести месяцев и более.

Менялась и терминология. Например, термин «врачебная ошибка» нередко использовал в своих работах Н.И. Пирогов [23]. И.В. Давыдовский, считал врачебную ошибку добросовестным заблуждением врача, при отсутствии элементов халатности, небрежности и профессионального невежества [9], что исключает умысленность данного деяния. Известно более шестидесяти пяти определений этого понятия, однако в официальные документы понятие «врачебная ошибка» не попало, как и понятие «ятрогения».

Сам термин «ятрогения» (др.-греч. *ιάτρος* «врач» + *γενεά* «рождение») ввёл в 1925 г. немецкий психиатр О.С.Е. Bumke в работе «Врач как причина душевных расстройств». Это понятие долго использовалось преимущественно по отношению к оценке нарушений в работе психиатров. Позднее его стали применять ко всем дефектам в работе медицинского персонала.

Методика

Изучение с последующим анализом нескольких десятков работ, в т.ч. нормативно-правовых документов, касающихся качества оказания медицинской помощи.

Результаты исследования и их обсуждение

Качество МП – один из основных принципов системы российского здравоохранения. Под качеством МП согласно Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» понимается «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». Согласно этого же закона, «медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг». На качество МП влияют множество факторов. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает, что в основе качества МП лежат: безопасность, эффективность, ориентация на потребности людей, своевременность, справедливость, интеграция между всеми уровнями здравоохранения, максимальное использование имеющихся ресурсов. Все это по мнению ВОЗ обеспечивается: целостностью системы здравоохранения; адекватным управлением; компетентными кадрами; своевременным и полноценным финансированием; наличием информационных систем для постоянного контроля качества МП; достаточностью лекарственного обеспечения; наличием в медицинских учреждениях современного оборудования и технологий. В разных странах применяют разные методики опроса по отношению к системе здравоохранения. Иногда они несравнимы. И хотя данные по разным источникам несколько разнятся, однако медицинские услуги положительно оценили 81% населения Австралии, 76% – Голландии, 74% – Англии, 53% – Польши, 42% – Венгрии [3]. Министр здравоохранения РФ М.А. Мурашко привел данные, что в 2022 году в России показатель удовлетворенности населения МП был наиболее высоким по сравнению с предыдущими годами и составил 41,4%.

Современное развитие здравоохранения привело к тому, что сегодня очень мало полностью безопасных для пациента методов диагностики и лечения болезней, которые, наоборот, становятся все более «агрессивными». И влияние «человеческого фактора» на качество МП, к сожалению, не снижается. Да и изменение реактивности организма человека из-за экологических, социальных и других факторов увеличивает частоту аномальных реакций на лечебные и диагностические мероприятия.

Совершенствовать качество МП можно, выявляя её дефекты и пытаясь устранить причины их возникновения. Но лучше изначально предвидеть и ликвидировать саму возможность возникновения нарушений при оказании МП. В технике это концепция «защиты от дурака», которая была предложена японским инженером Сигэо Синго в шестидесятые годы прошлого века. С человеком, к сожалению, все сложнее. Хотя, и выявленные дефекты МП дают достаточно много информации. Вопрос только как используются эти данные. Например, патологоанатомическая служба еще в советское время, начиная с 1983 года в ряде регионов России, была реорганизована в отдельные патологоанатомические бюро и выведена из подчинения администрации лечебно-

профилактических учреждений. Это было сделано во многом именно в целях объективной статистики причин смерти и выявления дефектов оказания МП. Но вот механизм ликвидации причин этих дефектов практически отсутствует. Ведь часто в основе дефектов оказания МП, наряду с индивидуальными особенностями больного, навыками врача и работой медицинского учреждения, имеется множество других факторов. Их причинно-следственную связь с дефектом МП можно выявить только при глубоком анализе. Но все они сходятся в одну точку, реализуясь в виде негативных последствий для здоровья пациента.

В России контроль за безопасностью и качеством медицинской деятельности осуществляется на нескольких уровнях: 1) государственный (Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и др.); 2) ведомственный (органы исполнительной власти, например, Департамент здравоохранения города Москвы); 3) вневедомственный (фонды обязательного медицинского страхования, страховые организации и др.); 4) внутренний (органы и организации государственной, муниципальной и частной форм здравоохранения); 5) некоммерческие организации (ассоциации пациентов, врачей и др.). На каждом уровне имеются свои цели и механизмы их реализации. Например, в системе внутреннего контроля качества МП это: изучение мнения пациентов о качестве МП; проведение контроля качества МП конкретным больным; обнаружение дефектов оказания МП, их причин и последствий для здоровья конкретных пациентов; оценка целесообразности использования кадровых и материальных средств при оказании МП; постоянный мониторинг качества оказания МП; подготовка предложений для ликвидации причин дефектов оказания МП и повышение её качества. Косвенно информацию о качестве МП можно получить из некоторых ежегодных отчетов МЗ РФ и отчетов правительства по разделу «Здравоохранение» и т.д. Предлагаются и оценочные критерии функционирования системы здравоохранения РФ [19,27]. Но все вышеуказанные документы содержат разные и часто несравнимые показатели, которые к тому же не имеют реального механизма ликвидации выявленных дефектов.

Государство постоянно совершенствует меры по повышению качества МП. Один из последних документов – это приказ МЗ РФ от 31.07.2020 N 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», есть и методические рекомендации Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества... В этих документах имеется много направлений деятельности: разные виды безопасности (лекарственная безопасность, медицинских изделий, хирургическая, среды, эпидемиологическая); преэмптентность МП; система управления персоналом; ориентированность на пациента; оказание МП на принципах доказательной медицины; использование клинических рекомендаций и т.д. При этом мнение пациентов является решающим для оценки работы учреждения [22]. Все вроде логично в документах, но качественная МП – это результат многих составляющих, и прежде всего работы всех заинтересованных сотрудников медицинского учреждения. И ключевые слова здесь «всех заинтересованных», а эти «все» – очень разные, так же, как и степень их заинтересованности. Поэтому получить высококачественную МП можно только жестко регламентируя работу каждого положительно мотивированного сотрудника в виде целостной системы лечебных и профилактических мероприятий с контролем по принципу обратной связи. И при этом людям надо обеспечить хорошие условия трудовой деятельности (доброжелательной поликлиника может быть только, если персонал доволен своей работой и её условиями.) От сотрудников зависит многое, но далеко не все. Важен и уровень финансирования учреждения, и правовое обеспечение организации системы закупок, и структура системы здравоохранения и еще десятки составляющих. Например, скорая помощь вовремя не придет к больному, если после метели коммунальные службы вовремя не очистили дороги и т.д. Непосредственная ответственность за качество МП в конкретном лечебном учреждении лежит на главном враче, который знает проблемы своего учреждения, но вот решить их одновременно он не может по ряду причин, т.к. многие из них лежат вне сферы здравоохранения (образовательные, законодательные, финансово-экономические, организационные, этические и т.д.). И тогда ему приходится разбираться уже со случаями нарушений при оказании МП. В настоящее время чаще всего их называют ятрогенией.

Определений ятрогении очень много. Вот одно из них: «Ятрогения – групповое понятие, объединяющее всё разнообразие патологических состояний (нозологических форм, синдромов, патологических процессов), развившихся в результате любых (правильно, своевременно и по показаниям проведенных, или ошибочных, проведенных с дефектами) медицинских мероприятий (профилактических, диагностических, анестезиологических, лечебных, реанимационных, косметических или реабилитационных)» [11]. Но в это определение обязательно надо добавить, что должна быть объективно доказана прямая причинно-следственная связь между воздействием и неблагоприятным последствием для пациента. В ином случае, любое прикосновение к пациенту

медицинского работника или даже беседу с ним на любую тему при наличии впоследствии у него неблагоприятных последствий можно истолковать, как ятрогению.

Имеются различные классификации ятрогений. В МКБ-10 (1989), преимущественно два раздела включают диагнозы, связанные, в том числе, и с повреждениями органов ятрогенного характера: 1) Осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках (Т80-Т88); 2) Осложнения терапевтических и хирургических вмешательств (У40- У84). В других классах, относящихся к системам органов, также имеются коды для отдельных процедур и их последствий. Другая классификация по этиологии включает ятрогении, возникшие при: 1) профилактических мероприятиях; 2) диагностике состояний и заболеваний; 3) применении лекарственных препаратов; 4) лучевой диагностике или лечении; 5) применении медицинских инструментов, материалов, устройств; 6) переливании крови или её компонентов; 7) использовании наркоза и других методов обезболивания; 8) хирургических вмешательств; 9) нарушения принципов деонтологии. Этот перечень можно дополнять и совершенствовать бесконечно, т.к. прогресс не стоит на месте. Нередко ятрогении выявляются только на этапе исследования тела умершего и поэтому с ними сталкиваются вначале патологоанатомы, а потом подключаются и судебно-медицинские эксперты. С точки зрения морфологов [20], ятрогении делятся на три категории: I категория – патологические процессы и реакции, патогенетически не связанные с основным заболеванием или его осложнениями и не играющие существенной роли в танатогенезе; II категория – патологические процессы, реакции и осложнения, возникшие после медицинских воздействий, проведенных по обоснованным показаниям и выполненным правильно; III категория – патологические процессы, после неадекватных, ошибочных или неправильно выполненных медицинских воздействий, которые послужили причиной смерти больного.

Ятрогении имеют место во всех странах. «Каждую минуту от небезопасного оказания МП умирает по меньшей мере один человек» – сказал Генеральный директор ВОЗ д-р Тедрос Адханом Гебрейесус [8]. В докладе Института медицины США «Человеку свойственно ошибаться» (1999г.) указано, что в данной стране умирает в год от ошибок врачей 98 тысяч человек, что наносит экономике ущерб в размере 20 млрд долл. в год. Ежегодно нарушение правил выполнения оперативных вмешательств приводит у 25% пациентов к осложнениям. При этом около миллиона пациентов умирают во время или сразу после операции. В США в период с 2010 по 2015 гг. меры по повышению безопасности пациентов в государственных больницах позволили сэкономить около 28 млрд долларов [8]. Проблема имеет место быть во всех странах, что обусловило появление Всемирного дня безопасности пациентов (17 сентября каждого года), который был учрежден в мае 2019 г. решением 72-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

По России официальной статистики ятрогений не ведется. Хотя, по косвенным признакам их примерно можно посчитать. Это понимают и в министерстве здравоохранения РФ. Так в 2020 г. министр МЗ РФ М.А. Мурашко сказал: «Мы теряем – я не буду целенаправленно называть цифру, у нас есть оценочные данные по летальным исходам и неблагоприятным, есть официальная статистика по фонду – но это, фактически, на сегодняшний день, если мы посмотрим с тяжелыми осложнениями, это более 70 тысяч человек в год».

Поэтому с одной стороны, надо бороться с нарушениями при оказании МП, а с другой – сколько их и какие они не очень понятно. Попытки оценить реальное количество дефектов оказания МП и предотвратить их делались неоднократно. В 90-е годы создали систему обязательного медицинского страхования. Эта структура регулярно проводит экспертизы качества МП, но сводного реестра по нарушениям МП в открытом доступе нет. При этом 20% пациентов, лечившихся в системе обязательного медицинского страхования, испытывали потребность в защите своих прав. Но реализовать свои права смогли 43% из тех, кто хотел это сделать. А 17% столкнулись с непреодолимыми для них трудностями (отказом, отсутствием информации о том, куда надо обращаться и т.д.) [26]. Скорее всего, это обусловлено тем, что в федеральных законах от 29.11.2010 № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не расписан детально механизм возмещения ущерба пациенту, возникший при ненадлежащем оказании ему МП. Возможно, именно этим обусловлено появление постановления пленума Верховного суда РФ от 15.11.2022 № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда», в котором написано: «На медицинскую организацию возлагается не только бремя доказывания отсутствия своей вины, но и бремя доказывания правомерности тех или иных действий (бездействия), которые повлекли возникновение морального вреда». И здесь важно не свалиться в другую крайность под названием «потребительский экстремизм». Поэтому, необходимо равное соблюдение прав медицинских работников и пациентов.

Определенную помощь в уменьшении количества дефектов МП могло бы дать право выбора врача и лечебного учреждения, которое дано пациенту. Но больному непонятно, по каким критериям

выбирать лечебное учреждение и конкретного врача, в т.ч. и в негосударственном секторе медицины. Много лет находится в «подвешенном» состоянии вопрос о создании региональных рейтингов врачей и лечебных учреждений, хотя бы по данным Росздравнадзора и Роспотребнадзора, не говоря о других механизмах [1].

Относительно ответственности за дефекты при оказании МП есть две крайние точки зрения. Одна из них: жизнь – это болезнь, которая всегда заканчивается летально, а медицинские работники лишь присутствуют при этом процессе. Другая точка зрения: так как имеет место смерть человека и ему оказывали МП, то эта смерть всегда нуждается в уголовно-правовой оценке. Вероятно, между этими точками зрения стоит найти золотую середину и детально её оговорить, не забывая про «бриту Оккама». Хотя это решать всему обществу, каждый из членов которого рано или поздно обратится за помощью к врачу.

Еще одним направлением по уменьшению количества ятрогений в России является работа правоохранительных ведомств. Считается, что случаи причинения существенного вреда здоровью пациента при оказании МП, являясь разновидностью преступлений против жизни и здоровья человека, обладают высокой степенью общественной опасности, т.к. формируют негативное отношение общества к системе здравоохранения. При этом гражданско-правовые и административные методы борьбы с этими преступлениями якобы не очень эффективны. Вот прямая цитата из научного труда: «Официальной статистики нарушений прав пациентов, совершаемых медицинскими работниками, фактически не существует. Определенное представление о состоянии преступности в сфере здравоохранения дают СМИ и обращения граждан в правоохранительные органы. При этом следует отметить, что органы здравоохранения тщательно скрывают реальное положение дел. Российская медицина утрачивает свой авторитет у граждан. Все это способствует криминализации рассматриваемой сферы и росту ятрогенных преступлений» [30]. Детально изучаются и способы сокрытия ятрогенных преступлений. При этом непосредственно действия по их сокрытию (заведомо ложные показания, служебный подлог, принуждение к даче ложных показаний) могут образовать самостоятельный состав преступления [31]. То есть постепенно начинает формироваться уже отрасль науки, специализирующаяся на исследовании случаев причинения вреда здоровью пациента при оказании МП медицинским персоналом [14]. Однако при этом не надо забывать разницу между правонарушением и преступлением.

Чаще всего сотрудников лечебно-профилактических учреждений привлекают к уголовной ответственности по ч.2 ст.109 Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ) (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей). Немало уголовных дел и по ч.2 ст.118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей), а также ст.124 УК РФ (неоказание МП). Иногда применяются ст.293 УК РФ (халатность) и ст. 238 УК РФ (оказание услуг или выполнение работ, не отвечающих требованиям безопасности).

Но несмотря на все перечисленные меры, количество дефектов МП растет (хотя статистические данные по ятрогениям крайне отрывочные и скудные). Так количество жалоб на медицинский персонал в Следственный комитет России (СКР) в 2012 г. составило 2 100, в 2016 г. – 4 947, в 2017 г. – 6 050, 2018 г. – 6 623, в 2019 г. – 6 599, в 2021 г.– 6248. Соответственно возбуждено уголовных дел: 311, 878, 1 791, 2 229, 2 168, 2095. Следовательно, уголовные дела возбуждаются примерно в 30% жалоб, но за 9 лет число уголовных дел увеличилось в 6,7 раза. В 2021 г. в суд передали 176 дел, что составляет 8,4% от количества возбужденных дел. Из них 79% по статьям «причинение тяжкого вреда по неосторожности» (ч. 2 ст. 118 УК РФ) и «причинение смерти по неосторожности» (ч. 2 ст. 109 УК РФ). В 10% предъявлены обвинения в оказании медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей, повлекших причинение тяжкого вреда здоровью, либо смерть пациента [29].

По данным Российского центра судебно-медицинской экспертизы МЗ РФ распределение дел, заведенных на медицинских работников, касалось в 25,6% – хирургов, в 20,9% – акушеров-гинекологов, в 14,3% – терапевтов. Остальные специальности составляли менее 10% (педиатры, нейрохирурги, анестезиологи-реаниматологи, онкологи и т.д.). Из общего количества уголовных и гражданских дел лечебно-тактические ошибки отмечались в 21% случаев, а в 47% случаев имели место диагностические и лечебные ошибки при оказании МП. В 6% случаев неблагоприятный исход оказания МП произошел в результате анафилактического шока и расценивался, как несчастный случай. Ошибки медицинского персонала не были выявлены в 26% случаев [12].

Из-за сложности уголовных дел, связанных с дефектами МП, решающим для судей, обычно является заключение судебно-медицинской экспертизы. А сложность этих дел связана не только с многоэтапностью МП с большим количеством участвующих лиц и растянутостью процесса во времени, но и с корпоративностью, административной зависимостью, высокой технологичностью,

противоречием законодательных документов, индивидуальными особенностями пациента и т.д. А затягивание предварительного расследования приводит к истечению срока привлечения виновных к уголовной ответственности и неоднократным жалобам во все инстанции. По статьям: 293 УК РФ «Халатность», 109 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности» и 118 УК РФ «Причинение тяжкого вреда по неосторожности» имеется срок давности привлечения к уголовной ответственности. А вот по статье 238 УК РФ «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности» срока давности нет, и часто именно поэтому следователи вынуждены переквалифицировать действия медработников на эту статью. Но здесь уже начинается спор о равнозначности понятий «медицинская услуга» и «медицинская помощь» [25].

Вероятно, ситуация с расследованием жалоб на медицинский персонал стала настолько критической, что СКР создал в 2019 г. в своей структуре ФГКУ «Судебно-экспертный центр Следственного комитета Российской Федерации» (СЭЦ СКР). Причинами его возникновения назывались очень большой срок (два-три года) выполнения судебно-медицинской экспертизы в системе МЗ РФ; недостаточная объективность выводов и ряд других. Иногда при повторной экспертизе одних и тех же документов эксперты не могут достичь консенсуса. И причин этому много. Одной из них является то, что эксперты, оценивающие качество МП на первичном этапе, вынуждены работать в условиях правовой неопределенности из-за отсутствия ряда регламентирующих документов или противоречий в них [24].

Осенью 2022 г. председатель СКР вообще запретил своим подчиненным назначать судебно-медицинские экспертизы по делам, связанным с деятельностью медицинских работников, в учреждения системы МЗ РФ, а проводить их в СЭЦ СКР. До этого, помимо государственной судебно-медицинской экспертизы в системе здравоохранения, данный вид деятельности производили частные юридические лица с лицензией на судебно-медицинскую деятельность и ФГКУ «111 Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз» Минобороны России. СЭЦ СКР за 2021 г. выполнил 308 комиссионных судебно-медицинских экспертиз и в 79% они касались случаев оказания МП. Причем передача экспертиз в СЭЦ СКР в ряде случаев была связана, в том числе, и с существенными противоречиями в выводах не менее 2-х предыдущих комиссионных экспертиз [29]. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания МП так же весьма неоднозначен. И во многом именно этим, конечно, с учетом и других факторов, объясняется две, три и более экспертиз по материалам одного и того же дела с разными выводами. Поэтому желательно, чтобы все вновь принимаемые законы и подзаконные акты, касающиеся экспертизы качества МП, (в т.ч. и исследования тел умерших), принимались бы только после юридической экспертизы на предмет отсутствия противоречий с уже действующими документами.

СЭЦ СКР – учреждение бесспорно нужное в современных условиях. Ведь в материалах любого грамотно расследованного уголовного дела содержится хороший детальный анализ причин конкретных дефектов оказания МП. Но, к сожалению, они сдаются в архив после суда, а не становятся руководством к действию по их исправлению во всех лечебных учреждениях. В ряде официальных документов, касающихся экспертизы качества МП также имеются ссылки на понятия, определений которых в законах нет. Например, расхождение диагнозов [10]. Это приводит к тому, что по г. Москве число случаев расхождений заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов по третьей категории (а это чаще всего именно ятрогении) в 2009 г. составляло 0,1%, а в 2013 г. его значение стало 0,003% [16], то есть уменьшилось в 33 раза за 4 года. При этом как критерий качества МП «отсутствие расхождения клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза» сохранилось и в приказе МЗ РФ от 10.05. 2017 № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".

Наряду с увеличением количества жалоб на врачей, количество самих врачей в стране снижается. В 2011 г. в стране работали 619 400 врачей, в 2016 их осталось 594 000 человек. Отдельные авторы говорят о полуторакратном дефиците врачей в участковой службе и двукратном дефиците фельдшеров [4]. Министр здравоохранения РФ М.А. Мурашко на «правительственном часе» в Государственной Думе РФ 23 ноября 2022 г. сказал, что в России дефицит среднего медперсонала составляет около 50 тыс., а врачей около 25-26 тыс. человек. Спикер Госдумы РФ В.В. Володин на пленарном заседании 5 апреля 2023 г., сообщил, что в городах с численностью населения 40-50 тысяч человек дефицит кадров доходит до 60 процентов, а в сельских больницах – до 80 процентов. «Значит, что-то не так». По его словам, качественная МП должна быть независима от того, где человек проживает, в Магаданской области, Якутии, Курской области или в Москве. При этом анализ различий между регионами России за 2012-2017 гг. по большому количеству показателей доступности и качества МП показывает их выраженную неоднородность с разнонаправленной динамикой различий [33].

Уголовная ответственность за отдельные виды преступлений в сфере здравоохранения безусловно должна быть, но именно за отдельные. Ведь даже доследственная проверка значительно меняет психику медицинского работника. А если это хирург, ежедневно оперирующий тяжелых больных, то, как это скажется на результатах их лечения? Да и оправдательный приговор, обычно требующий годы разбирательств – это «пиррова» победа врача, т.к. у него кардинально меняется подход к больным по принципу «как бы чего не случилось».

В отдельных случаях причиной нанесения ущерба здоровью пациента является сам пациент или факторы внешней среды. Это происходит, когда больной вольно или невольно воздействует на ход лечения своей патологией. Например, пациент без уведомления лечащего врача самостоятельно начинает принимать другие препараты. Или при обстоятельной беседе с хирургом не считает нужным сказать о наличии у него хронического заболевания, требующего приема антикоагулянтов. А это, позднее, приводит к массивному кровотечению при операции. Хорошо, если большой остается жив. Однако, если он умирает, то крайне сложно разобраться в причинах летального исхода, и кто в этом виноват. Иногда роль личности больного бывает настолько выраженной и решающей, что применяют термин «псевдоятрогения», то есть причинение вреда здоровью пациента в процессе его лечения, которое возникло не по вине медицинского работника, а связано с действием или бездействием пациента. С учетом психосоматической патологии, а также влияния факторов внешней среды, эта тема достаточно неоднозначна и обширна, чему можно посвятить отдельное исследование.

В УК РФ нет выделенных самостоятельных составов преступлений, которые были совершены медицинскими работниками, хотя подобные предложения периодически появляются [7]. Это уже было в России. В Уложении от 15.08.1845 «О наказаниях уголовных и исправительных» имелся раздел восьмой «О нарушении уставов врачебных» с отдельными статьями: за вред, причиненный при оспопрививании вследствие невежества, небрежности, отступления от правил (статья 1083), за ошибку по незнанию (статья 1080), за ненадлежащее оказание помощи родильнице или младенцу (статья 1085) и т.д. Но из Уголовного уложения от 22.03.1903 уже исключили самостоятельные составы преступлений, совершаемых фармацевтическими и медицинскими работниками. Введение отдельных статей в УК РФ конечно не уменьшит количество ятрогений, т.к. в данном случае мы будем пытаться бороться с последствиями, а не с причинами их возникновения. Плюс тогда придется вводить статьи по всем профессиональным группам (образование, культура и т.д.). Однако, для дифференцированного подхода к компенсации пациентам и ответственности медработников все нарушения при оказании МП, повлекшие негативные последствия для здоровья пациента возможно стоит разделить на четыре вида: 1) несчастный случай; 2) ошибка медицинского работника; 3) ятрогения; 4) дефект оказания МП. Соответственно, по данному вопросу необходимо будет принять ряд законодательных актов, в которых детально прописать процедуры и механизмы разных вариантов взаимодействия всех сторон. Конкретные определения и степень ответственности за них можно будет выработать только после обсуждения всеми заинтересованными сторонами медицинскими работниками, пациентами, юристами и т.д.) и достижения консенсуса. А предварительно можно предложить следующие определения вышеуказанных терминов:

- несчастный случай – это действие или бездействие медицинского работника, повлекшее за собой событие (или неожиданное стечение обстоятельств) с негативными последствиями для здоровья пациента, предвидеть которые было нельзя. Например, анафилактический шок;

- ошибка медицинского работника – это действие или бездействие медицинского работника на основе незлоумышленного заблуждения при оказании МП, повлекшее любые негативные последствия для здоровья пациента при отсутствии элементов состава преступления. Под составом преступления обычно понимают совокупность установленных уголовным законом объективных и субъективных признаков, характеризующих совершенное деяние как преступление. Хотя здесь тоже необходимы будут уточнения, т.к. понятие «состав преступления» используется часто, в том числе и в разных документах, а законодательного определения его нет [21].

- ятрогения – это действие или бездействие медицинского работника, возникшие при оказании МП и повлекшее любые негативные последствия для здоровья пациента при наличии состава преступления.

- дефект оказания МП – это действие или бездействие любого человека, повлекшее при оказании медицинской помощи любые негативные последствия для здоровья пациента, при наличии состава преступления. И здесь круг лиц значительно шире. К ответственности уже привлекается любое лицо, причастное к невозможности правильно организовать и/или оказать медицинскую помощь. Например, неправильная маркировка на заводе лекарственных средств; техник, неправильно обслуживающий кислородную станцию; производители аппаратов для наркоза, которые

воспламеняются при их эксплуатации и т.д. Это позволит по-иному смотреть на дефекты МП, своевременно выявлять глубинные причины данных нарушений и предотвращать их в дальнейшем. Конечно, определения вышеуказанных терминов несколько размыты, что может быть устранено путем широкого обсуждения. Но их отсутствие в законах приводит к еще большей неопределенности условий, по которым наступает ответственность медицинских работников (материальная, дисциплинарная, административная, гражданско-правовая, уголовная) и ещё большим отрицательным последствиям.

Роль уголовно-правовых инструментов в регулировании процесса оказания МП при правильном развитии ситуации должна уменьшаться. Тем более, что в большинстве нарушений при оказании МП обычно отсутствует преступный умысел по отношению к больному со стороны медицинского работника. При этом значение других направлений улучшения качества МП должно возрастать. Среди этих направлений можно выделить: изменение учебных программ студентов, ординаторов и врачей; разные виды страхования; увеличение мотивации к профессиональной деятельности медицинского персонала; формирование открытости медиков в выявлении нарушений при оказании МП; досудебное урегулирование конфликтов при подозрении на нарушение при оказании МП с участием медицинских ассоциаций; просветительская работа среди населения и т.д. Необходимо и совершенствование форм организации трудовой деятельности со снижением нагрузки на врача. Доктор должен думать о больном, а не о том, как правильно заполнить множество форм, отчетов и иных документов. Это можно сделать, увеличивая количество медицинского и немедицинского персонала, а также увеличивая нормативы времени на одного пациента, особенно на первичном приеме. Надо улучшать среду труда и отдыха персонала, организацию оказания МП (иногда причина ошибок связана с усталостью после ночного дежурства и последующей работой в операционной или на приеме и т.д.).

Начинать профилактику появления ятрогений надо уже в школе, прививая прежде всего желание постоянно самостоятельно получать новые знания будущим врачам и не только им. А потом поддерживать это желание при учебе в высших и средних специальных медицинских учреждениях. Необходима ориентация на качество обучения, а не на число принятых и выпущенных из учебного заведения студентов. Желательно увеличение количества разных видов мотивации к обучению, например, полноценной рейтинговой системы оценки знаний для активной и равномерной работы студентов в течение всего семестра с их борьбой за каждый балл. Понадобятся изменения в программах подготовки медицинских работников (как ВУЗах и медицинских колледжах, так и на циклах повышения квалификации медработников) с увеличением количества учебных часов по базовым предметам с ориентацией на практические навыки. В учебных программах необходимо рассмотреть максимальное количество ятрогений и детально расписать тактику их предотвращения по каждой специальности. Да и сами учебные программы должны быть одинаковыми для каждого учебного заведения России с хорошими учебниками. Все эти предложения потребуют не только законодательных, организационных и кадровых мероприятий, но и существенных финансовых затрат. Это все касается и подготовки ординаторов, а также педагогических кадров для медицинских учебных заведений.

Для снижения количества нарушений при оказании МП необходимо их открыто обсуждать, чтобы устранить прежде всего их причины. Надо подумать о том, чтобы законодательно ввести систему поощрения для медицинских работников и лечебных учреждений за самостоятельную публикацию о своих случаях причинения вреда здоровью пациента при оказании МП. И соответственно ввести штрафы, если эти нарушения находит внешний контроль. Штрафы есть и сейчас, но нет детального механизма предупреждения ятрогений. Нужна и научно-просветительная работа среди населения. Например, в том, что в отдельных случаях дефекты оказания МП могут быть связаны с непредсказуемыми особенностями организма больного, а не с действиями медработников. Но необходимо менять и взаимоотношения медиков с пациентами от идеологии корпоративности в сторону увеличения открытости как медицинских учреждений, так и их сотрудников. В нашей истории есть прекрасные примеры открытости врачей по данному вопросу. В частности, в «Анналах Дерптской хирургической клиники», первый том которых вышел в 1837 г., Н.И. Пирогов подробно рассказывает о своих ошибках в лечебно-диагностической работе и разбирает их причины. В наше время в Англии Союз медицинских защитников, созданный для юридической помощи врачам, выступил за открытое признание дефектов оказания МП, и это в два раза уменьшило число исков к медицинским учреждениям и их сотрудникам. В других странах реализуется ряд программ по управлению поведением медработников, после чего количество исков снизилось к акушер-гинекологам с 23,3% до 15,2%, к анестезиологам – с 18,8 до 9,1%. В ряде стран выполнение лечения строго по «стандарту» освобождает врача от ответственности за негативные последствия здоровью пациента. Поэтому необходимо определить законодательно взаимоотношения между стандартами оказания МП, клиническими рекомендациями и тактикой врача. Для этого, после всестороннего обсуждения,

надо выбрать одну из точек зрения. Либо врач жестко следует стандарту и ему ничего не грозит в случае любых осложнений. Либо врач, учитывая весь спектр патологии пациента, обоснованно может отойти от стандарта, и здесь уже медицинская ассоциация будет судить о целесообразности его действий. Но во втором случае процедура должна быть четко прописана, иначе это будет еще один механизм наказания, а врачу будет проще не отступать от стандарта. Но большинство стандартов не рассчитано на коморбидную патологию, и не только на неё. Например, про сопутствующее наличие токсических веществ там и речи нет, хотя это существенно затрудняет диагностику основного заболевания. А эта проблема становится достаточно актуальной. Так по данным судебно-медицинской экспертизы у умерших от заболеваний системы кровообращения в 36,4% в крови имелся этиловый алкоголь, а у скончавшихся от болезней органов пищеварения его находили в – в 37,2% [5]. Анализ случаев смерти за период времени с 2015 г. по 2019 г. в Смоленской области показал, что при проведении судебно-медицинских аутопсий этиловый спирт в крови был выявлен в 40,8% случаев. При этом отмечался и рост частоты алкогольных опьянений на 6,6% при ненасильственной смерти [28]. А ведь это обстоятельство существенно затрудняет диагностику большинства патологических состояний.

Необходимы программы обучения населения медицинским знаниям (программы на телевидении, в газетах, школы пациентов и т.д.), что и делается сейчас в России. Ведь незнание порождает страх, причем взаимный. Желательно и увеличение государственного финансирования по данным вопросам. Надо продолжать усиливать контроль за применением лекарственных средств без назначения врача. Но при этом, не надо считать, что пациенты абсолютно ничего не знают о своих болезнях. Эти знания необходимы не только для помощи врачу, но и для того, чтобы у населения не было ложных иллюзий, что любое заболевание в любом возрасте можно вылечить. Лучше будет, если больной задаст врачу грамотные вопросы относительно своего здоровья. Это будет положительно сказываться и на здоровье пациента, и на квалификации врача. Необходимо расширять профилактическое направление в медицине не только пропагандой здорового образа жизни, но и с помощью финансовых инструментов. Например, путем введения системы индивидуальных счетов за медицинские услуги, что активно финансово будет стимулировать самого человека бережно относиться к собственному здоровью.

Еще одним направлением минимизации потерь от ятрогений является страхование ответственности медицинских работников. Этот инструмент широко используется за рубежом в виде гражданских исков пациентов с требованиями выплаты к врачам за причиненный ущерб. Страхование необходимо, т.к. суммы бывают огромные, и врач не может их выплатить. Применяют разные формы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Это может быть не только страховая компания, но и общества взаимного страхования врачей и т.д. В Англии с 1990 г. функционирует система страхования для врачей государственной системы здравоохранения. Это привело к усилению контроля за работой персонала со стороны руководства медицинских организаций учреждений. Почему стороне, отвечающей за дефект оказания МП, выгодно досудебное урегулирование конфликта? Все просто, ведь если разбирательство выходит из клиники на уровень суда, то финансовые затраты увеличиваются кратно. При этом отвлекаются на годы (время расследования с поиском виновных лиц, длительное рассмотрение в суде) врачи, администрация, юристы. И это без учета моральных издержек. Поэтому в ряде стран используется методика, когда не надо искать виновника ятрогении и доказывать его вину. Так называемая система ответственности без вины (*no fault liability system*). Она применяется, например, в Финляндии с 1987 г. и подразумевает, что ошибка врача была (но не по причине небрежности, халатности или невежества), а по ряду других причин, часто не зависящих от медицинских работников. Это своего рода несчастный случай в медицине. И если досудебный орган признает жалобу правомерной, то пациенту или его родственникам компенсируют все расходы, включая затраты на похороны и моральный вред. При этом врач, конечно, должен быть застрахован. Если же досудебный орган отклоняет жалобу пациента, то пациент имеет право обратиться в суд [32].

В вопросе улучшения качества МП есть предложения о совершенствовании института частной врачебной практики для увеличения личной ответственности врача перед пациентом при условии свободы его деятельности врача и снижением доли наемного труда врачей [18]. Процесс в России идет, но больше путем создания частных медицинских компаний. При этом широкое распространение офисов отдельного врача с частной практикой, если и будет возможно, то не в ближайшие годы по ряду причин.

Никто не возражает, что нужна система управления качеством медицинской деятельности. Она есть в каждом лечебном учреждении России и в ряде из них неплохо функционирует [15, 17]. Но вот как работающая на практике всеобъемлющая система, обеспеченная грамотной законодательной базой, организационными мероприятиями, кадрами и адекватным финансированием – имеет место далеко не везде. При этом в рамках обратной связи очень важна

организация функционирования существующей в настоящее время многоуровневой проверки контроля качества МП. В ней участвуют государственные учреждения (сотрудники ФОМС, Росздравнадзора, Роспотребнадзора и т.д.) плюс эксперты частных страховых компаний. Но мы не обойдемся без грамотных аудиторов, работающих в общественных организациях пациентов совместно с врачебными общественными организациями. Возможно не менее важно, чтобы этот процесс был строго регламентирован между этими структурами, чтобы лечебное учреждение не «лихорадило» от постоянных проверок, отвлекая от его главного предназначения, т.е. лечебно-диагностической работы.

Нужна и дальнейшая разработка компьютерных программ для стационаров, поликлиник, аптек и т.д., но с финансовым и кадровым обеспечением их работы на местах. Ведь если программа не поддерживается и не трансформируется по потребностям каждого ЛПУ, она только существенно тормозит его работу и дискредитирует саму идею компьютеризации. При этом у главного врача в режиме онлайн должна быть информация не только по каждому отделению, но и по каждому больному, в автоматическом режиме сигнализирующая о выявленных дефектах МП. Эти программы в некоторых лечебных учреждениях давно существуют, но вот с повсеместным внедрением их есть проблемы.

Для снижения количества ятрогений высокая положительная мотивация медицинских работников к результатам своей работы должна быть одной из приоритетных целей деятельности любого учреждения здравоохранения. Для мотивации сотрудников лечебного учреждения в методическом плане могут использоваться теории Маккеланна и Врума, которые охватывают все аспекты деятельности сотрудников медицинской организации [13]. В медицинской сфере на мотивацию отрицательно влияют жесткий срок выполнения работ; цели, значение которых исполнители не понимают; неусыпный контроль со стороны руководства и проверяющих извне вместе с непрерывной критикой и штрафами. Персонал устает от этих воздействий, и его интерес к работе пропадает полностью. Не менее пагубны отсутствие публичного поощрения; возможностей карьерного роста; принятие решений без участия персонала, когда идеи даже не выслушиваются.

Очень существенно отношение общества в целом к системе здравоохранения. Важно понимать, что здравоохранение является такой же отраслью народного хозяйства, как и все остальные, причем часто более эффективной. Ведь оно возвращает в строй трудовые ресурсы. Один работающий производит в год валовой внутренний продукт примерно на 1,5 млн руб. [2]. А ведь этот работающий при отсутствии своевременного лечения может никогда и не вернуться на работу.

Это же касается и отношения населения к нарушениям при оказании МП. Оно не может быть положительным и это правильно. Но при этом не надо огульно обвинять всех людей в белых халатах, а желательно детально разбираться в причинах ошибок в каждом конкретном случае для их предотвращения в дальнейшем. К сожалению, средства массовой информации достаточно поверхностно подходят к этим вопросам. Однако этому способствует как закрытость медицинского сообщества к этим вопросам, так и особенности законодательства. При этом пропасть между врачами и пациентами только углубляется. А отсутствие понимания глубинных причин нарушений при оказании МП, будет только приводить к увеличению их количества.

Все вышеперечисленные мероприятия требуют финансового обеспечения. В России расходы на здравоохранение в 2019 г. составили 5,6% ВВП, в т. ч. 3,5% ВВП – расходы из федерального, регионального бюджета, средств ФОМС, и 2,1 % ВВП – из частного сектора, т. е. разовых расходов граждан и приобретения полисов ДМС. В мире по расходам на частное здравоохранение в 2018 г. лидировали США (17% от ВВП), за ним следовали Швейцария, Франция и Германия. Объем финансирования в нашей стране (в среднем по России оно составляет 2,1 прожиточных минимума) напрямую коррелирует с продолжительностью жизни населения. В субъектах РФ, где финансирование было выше 2,1 смертность составляла 103 человек на 10000. Если финансирование было ниже 1,5, смертность была – 146 человек на 10 000, т.е. в полтора раза выше [3]. Сейчас в России реализуются Национальный проект «Здравоохранение» (2019-2024) и Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» (2018-2025). По прогнозу в 2023 г., государственные расходы на здравоохранение по сравнению с 2022 г. в текущих ценах возрастут на 8% (422,8 млрд руб.). В постоянных ценах 2019 г. (т.е. с поправкой на инфляцию) они возрастут только на 2% (при условии, что инфляция будет 6%). Этот рост будет меньше, если инфляция будет выше. В 2023 г. по сравнению с 2022 г. расходы бюджета ФОМС в текущих ценах возрастут на 14% (382,7 млрд руб.), а в постоянных ценах – только на 7% (с 2019 г. рост составит тоже 7%). На оказание МП субвенции субъектам РФ увеличатся на 11% по сравнению с 2022 г. в текущих ценах и 5% в постоянных ценах. Доля государственного финансирования здравоохранения с 2021 по 2023 г. уменьшится в валовом внутреннем продукте – с 3,9 до 3,8%. Для решения насущных проблем государственные расходы на здравоохранение в 2024 г. должны быть не менее 4,5%

валового внутреннего продукта (7,1 трл. руб.) [4]. Исходя из этих данных, вероятно, стоит подумать о изменении объема и структуры финансирования здравоохранения как в целом, так и профилактики нарушений при оказании МП. Возможно, стоит вернуться к бюджетно-сметной модели финансирования. И придется прежде всего определиться, сколько общество готово потратить на эти цели разных видов ресурсов. А далее при адекватном финансировании отрасли для улучшения качества МП необходима научная разработка концепции по этой проблеме с системными мероприятиями и утверждением её на государственном уровне. На основе этой концепции, после широкого обсуждения в общественных, государственных и частных организациях, желательно принять государственную комплексную национальную стратегию по обеспечению качества МП. Для её реализации необходимо создание отдельного государственного учреждения по управлению качеством МП, напрямую подчиняющегося Председателю Правительства РФ. Данная структура с учетом мнения ассоциаций пациентов, врачей, страховых компаний, производителей медицинской техники и т.д. сможет своевременно вносить обоснованные законодательные предложения и контролировать их выполнение в масштабах всей страны, обеспечив здоровую конкуренцию медицинских учреждений именно по показателям качества МП. На данную структуру следует возложить координацию и основную ответственность за качество МП в стране с публикацией подробных ежегодных отчетов по этой проблеме. Учитывая масштаб проблемы, эта новая структура окупит себя.

На качество оказания МП влияет огромное количество факторов. Одни из реформаторов считают главными определённые направления и продвигают их в виде приоритетных проектов. Их оппоненты говорят, что необходимо избрать другие методы и способы реформирования здравоохранения. Вероятно, проблема в другом. Целевые программы – это хорошо, но система здравоохранения называется системой, потому что подобна цепи. Можно, конечно, усилить отдельные звенья цепи, но это приводит к повышенной нагрузке на другие элементы и разрыву цепи в области слабого звена с падением всего того, что эта цепь должна постоянно поддерживать, т.е. здоровье конкретного пациента. Поэтому для появления качественной МП в масштабах всей России изменения должны затронуть все аспекты жизнедеятельности общества. Возможно, стоит задуматься и о восстановлении вертикали здравоохранения во главе с Минздравом РФ. При этом в основе реформ в данной сфере должны лежать сострадание, милосердие, осознанная преданность Отчизне.

Заключение

Представленные выше данные свидетельствуют, что преимущественное использование административных и уголовно-правовых методов снижения количества нарушений при оказании МП дает недостаточный эффект. Вероятно, в решении этой проблемы может помочь научно проработанная концепция, которая должна быть утверждена на государственном уровне. В рамках разработки этой концепции можно предложить ряд мероприятий: 1) изменение объема и структуры финансирования здравоохранения как в целом, так и профилактики случаев причинения вреда здоровью пациента при оказании медицинской помощи (МП); 2) увеличение количества общественных организаций врачей, пациентов и т.д.; 3) проведение научных разработок по проблеме качества МП; 4) изменение программ и методов подготовки медицинских кадров; 5) совершенствование мотивации медицинских работников к высокому качеству их работы; 6) введение открытой отчетности о случаях причинения вреда здоровью пациента при оказании МП; 7) формирование систем независимого рейтинга лечебных учреждений и врачей; 8) введение страхования профессиональной медицинской деятельности, в том числе применение системы ответственности без вины; 9) введение систем поощрения для медицинских работников и лечебных учреждений за самостоятельную публикацию о своих случаях причинения вреда здоровью пациента при оказании МП; 10) оптимизация цифровизации здравоохранения, в том числе и для контроля за случаями причинения вреда здоровью пациента при оказании МП; 11) создание специализированного государственного учреждения по управлению качеством МП, напрямую подчиняющегося Председателю Правительства РФ.

Необходимо продолжать и совершенствование законодательства по отношению к случаям причинения вреда здоровью пациента при оказании МП. В частности, для более дифференцированного подхода все случаи причинения вреда здоровью пациента при оказании МП желательно разделить на четыре вида: несчастный случай; ошибка медицинского работника; ятрогения и дефект оказания МП, закрепив эти понятия в законодательстве.

Возможно, вышеперечисленные мероприятия, при соответствующем финансировании отрасли, позволят уменьшить количество нарушений при оказании МП. Однако для существенного их снижения нужна длительная кропотливая работа всех заинтересованных сторон. В этой работе

особенно важно взаимопонимание медицинских работников и пациентов. Ведь у них одна цель – это сохранение здоровья.

Литература (references)

1. Авдеев А.И., Дьяченко В.Г., Дьяченко С.В. Экспертиза ятрогении. – Хабаровск: Лидер, 2015. – 660 с. [Avdeev A. I., D'jachenko V. G., D'jachenko S. V. Jekspertiza jatrogenii. Examination of iatrogeny. – Khabarovsk: Leader, 2015. – 660 p. (in Russian)]
2. Аганбегян А.Г. Демографическая драма на пути перспективного развития России // Народнонаселение. – 2017. – Т.77, №3. – С. 4-22. [Aganbegjan A.G. Narodonaselenie. Population.– 2017. – V.77, N3. – P. 4-22. (in Russian)]
3. Аксенова Е.И., Бессчетнова О.В. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира. Экспертный обзор. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 40 с. [Aksenova E. I., Besschetnova O. V. Pokazateli dostupnosti i kachestva medicinskoj pomoshhi, obespechivajushhie udovletvorennost' naselenija medicinskoj pomoshhi v razlichnyh stranah mira. Jekspertnyj obzor. Indicators of accessibility and quality of medical care, ensuring the satisfaction of the population with medical care in various countries of the world. Expert review. – Moscow: GBU «NIOZMM DZM», 2021. – 40 p. (in Russian)]
4. Анализ расходов бюджетов бюджетной системы РФ (Фонд обязательного медицинского страхования, федеральный и региональные бюджеты) по разделу «Здравоохранение» на 2023 г. и на плановый период 2024 и 2025 гг. // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2022. – Т.8, №3. – С. 4-9. [ORGZDRAV: Novosti. Mnenija. Obuchenie. Vestnik VShOUZ. ORGZDRAV: News. Opinions. Training. Bulletin of the VSHOUZ. – 2022. – V.8, N3. – P. 4-9. (in Russian)]
5. Андрейкин А.Б., Ануфриев А.Г. Анализ структуры и причин смерти в смоленской области по материалам бюро судебно-медицинской экспертизы // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2022. – №2. – С. 35-41. [Andrejkin A.B., Anufriev A.G. Vestnik Smolenskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii. Bulletin of the Smolensk state medical Academy. – 2022. – N2. – P. 35-41. (in Russian)]
6. Антипов В.В., Антипова С.И. Ятрогения как неизбежное явление в медицине XXI века. Часть I. От врачебных ошибок к ятрогении // Медицинские новости. – 2017. – №4. – С. 25-32. [Antipov V.V., Antipova S.I. Medicinskie novosti. Medical News. – 2017. – N4. – P. 25-32. (in Russian)]
7. Багмет А. М., Петрова Т. Н.О необходимости включения в Уголовный кодекс РФ ятрогенных преступлений // Российский следователь. – 2016. – №7. – С. 27-32. [Bagmet A. M., Petrova T. N. Rossijskij sledovatel'. Russian investigator. – 2016. – N7. – P. 27-32. (in Russian)]
8. Гебрейесус Т.А. ВОЗ призывает к принятию неотложных мер для снижения вреда, наносимого пациентам при оказании МП. Всемирная организация здравоохранения // Информационный бюллетень. – 13.09.2019. URL:<http://www.who.int/ru/news/item/13-09-2019-who-calls-for-urgent-action-to-reduce-patient-harm-in-healthcare> [Gebrejesus T.A. Informacionnyj bjulleten'. Newsletter. – 13.09.2019 URL:<http://www.who.int/ru/news/item/13-09-2019-who-calls-for-urgent-action-to-reduce-patient-harm-in-healthcare> (in Russian)]
9. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Советская медицина. – 1941. – №3. – С. 3-10. [Davydovskij I.V. Sovetskaja medicina. Soviet medicine – 1941. – N3. – P. 3-10. (in Russian)]
10. Дмитриев И.В., Доросевич А.Е. О целесообразности использования существующей системы категорий расхождения диагнозов // Социальные аспекты здоровья населения: научный интернет-журнал 2019. – Т. 65, № 5 –11.04.2023 URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/o-tselesoobraznosti-ispolzovaniya-suschestvuyushey-sistemy-kategoriy-rashozhdeniya-diagnozov> [Dmitriev I.V., Dorosevich A.E.: Nauchnyj internet-zhurnal. Science Internet Journal. URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/o-tselesoobraznosti-ispolzovaniya-suschestvuyushey-sistemy-kategoriy-rashozhdeniya-diagnozov>11.04.23. (in Russian)]
11. Забозлаев Ф.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. и др. Методические рекомендации по сопоставлению заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов // Судебная медицина. – 2019. – №4. – С. 48-56. [Zabozlaev F.G., Zajrat'janc O.V., Kakturskij L.V. i dr. Sudebnaja medicina. Russian Journal of Forensic Medicine. – 2019. – N4. – P. 48-56. (in Russian)]
12. Клевно В.А., Веселкина О.В., Обухова Ю.Д. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2014 году: ежегодный доклад / Под ред. В.А. Клевно. – М.: Ассоциация СМЭ, 2015. – 98 с. [Klevno V.A., Veselkina O.V., Obuhova Ju.D. Monitoring defektov okazaniya medicinskoj pomoshhi po materialam Bjuro sudebno-medicinskoj jekspertizy Moskovskoj oblasti v 2014 godu: ezhegodnyj doklad. Monitoring of defects in the provision of medical care

- based on the materials of the Bureau of Forensic Medical Examination of the Moscow region in 2014: annual report. – Moscow: The Association of SME, 2015. – 98 p. (in Russian)].
13. Костикова А.Ю., Черкасов С.Н. Теоретические основы мотивации медицинского персонала // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – №6. – С. 70-81. [Kostikova A.Ju., Cherkasov S.N. Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N.A. Semashko. Bulletin of the National Research Institute for Public Health –2015. – N6. – P. 70-81. (in Russian)]
 14. Кушнарев А.П. Типичные способы сокрытия профессиональных преступлений и их следов медицинскими работниками // Общественные науки. – 2016. – №2-2. – С. 33-44. [Kushnarev A.P. Obshhestvennyye nauki. Social sciences. – 2016. – N2-2. – P. 33-44. (in Russian)]
 15. Линденбратен А.Л., Лудупова Е.Ю., Гришина Н.К., Сердюковский С.М. Методические принципы управления качеством медицинской деятельности на территории // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т.28, № 5.– С. 959-963. [Lindenbraten A.L., Ludupova E.Ju., Grishina N.K., Serdjukovskij S.M. Problemy social'noj gigeny, zdravooohranenija i istorii mediciny. Problems of social hygiene, health care and the history of medicine – 2020. – V.28, N5. – P. 959-963. (in Russian)]
 16. Михалева Л.М., Полянко Н.И. Основные результаты работы патологоанатомической службы ДЗ г. Москвы в 2013 году и задачи на 2014 год: интернет. – 27.03.2023. URL:http://www.patolog.ru/sites/default/files/moscow_2013.pptx [Mihaleva L.M., Poljanko N.I. internet. Internet27.03.2023. URL:http://www.patolog.ru/sites/default/files/moscow_2013.pptx(in Russian)]
 17. Мухтасарова Т.Р., Погонин А.В., Тяжелников А.А. и др. Внедрение системы менеджмента качества в амбулаторно-поликлиническом объединении // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – №6. – С. 39-46. [Muhtasarova T.R., Pogonin A.V., Tjazhel'nikov A.A. i dr. Vestnik Roszdravnadzora. Bulletin of Roszdravnadzor. – 2013. – N6. – P. 39-46. (in Russian)]
 18. Назаренко Г.Б. Качество оказания медицинской помощи в России // Клиническая медицина. – 2021.– Т.99, №5-6. – С.383-387. [Nazarenko G.B. Klinicheskaja medicina. Clinical Medicine, Russian journal. – 2021. – V.99, N5-6. – P. 383-387. (in Russian)]
 19. Назарова В.В., Борисенкова К.А. Оценка эффективности системы здравоохранения в России // Народнонаселение. – 2017. – №4. – С. 119-134. [Nazarova V.V., Borisenkova K.A. Narodonaselenie. Population. – 2017. – N4. – P. 119-134. (in Russian)]
 20. Некачалов В.В. Ятрогении (Патология, диагностика и лечение): Пособие для врачей. – СПб.: Питер, 1998. – 42 с. [Nekachalov V. V. Jatrogenija (Patologija diagnostiki i lechenija): posobie dlja vrachej. The Iatrogeny (Diagnostics and Treatment Pathology). A handbook for physicians. – St. Petersburg, Piter Publ., 1998. – 42 p. (in Russian)]
 21. Николаев К.Д. Содержание понятия «состав преступления» // Вестник Сибирского института бизнеса и информационных технологий. – 2018. – Т.28, №4. – С. 79-84. [Nikolaev K.D. Vestnik Sibirskogo instituta biznesa i informacionnyh tehnologij. Bulletin of the Siberian Institute of Business and Information Technologies. – 2018. – V.28, 4. – P. 79-84. (in Russian)]
 22. Петрова Н.Г. О нерешенных проблемах обеспечения качества медицинской помощи // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2018. – Т.13, №1. – С. 83-90. [Petrova N.G. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Vestnik of Saint Petersburg University. Medicine. – 2018. – V.13, N1. – P. 83-90. (in Russian)]
 23. Пирогов Н.И. Собрание сочинений в 8 томах / Т.2. – М.: Медгиз, 1959. – С.13–14. [Pirogov N.I. Sobranie sochinenij. Collected works in 8 vols / V.2.– Moscow: Medgiz, 1959. – P. 13-14. (in Russian)]
 24. Повзун С.А., Повзун А.С. Прозекторская работа и анализ летальных исходов в условиях правовой неопределенности // Медицинское право. – 2019. – N 4. – С. 30-35. [Povzun S.A., Povzun A.S. Medicinskoe pravo. Medical law. – 2019. – N4. – P. 30-35. (in Russian)]
 25. Поцелуев Е. Л., Горбунов А. Е. «Медицинская услуга» и «Медицинская помощь» по законодательству Российской Федерации: тождественные или различные понятия? // Наука. Общество. Государство: научный интернет-журнал. – 2016. – Т.15, №3. – 11.04.2023 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskaya-usluga-i-meditsinskaya-pomosch-po-zakonodatelstvu-rossijskoj-federatsii-tozhdestvennye-ili-razlichnye-ponyatiya/viewer> [Poceluev E. L., Gorbunov A. E.: Nauchnyj internet-zhurnal. Science Internet Journal. 11.04.23. URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskaya-usluga-i-meditsinskaya-pomosch-po-zakonodatelstvu-rossijskoj-federatsii-tozhdestvennye-ili-razlichnye-ponyatiya/viewer> (in Russian)]
 26. Решетников А.В., Стадченко Н.Н., Соболев К.Э. Удовлетворенность россиян качеством МП в системе обязательного медицинского страхования // Социология медицины. – 2015. – Т.14, №1. – С. 19-25. [Reshetnikov A.V., Stadchenko N.N., Sobolev K..Je. Sociologija mediciny. Sociology of Medicine. – 2015. – V.14, N1. – P. 19-25. (in Russian)]
 27. Русских Т.Н., Сироткина Н.В., Тинякова В.И. Формирование рейтинговых оценок эффективности деятельности региональных систем здравоохранения и обязательного медицинского страхования //

- Экономика региона. – 2015. – №4. – С. 197-213. [Russkih T. N., Sirotkina N. V., Tinjakova V. I. Jekonomika regiona. The economy of the region. – 2015. – N4. – P. 197-213. (in Russian)]
28. Семенов А.М., Ляхов А.О., Макаров А.В. Аналитическая оценка количества летальных исходов в состоянии алкогольного опьянения // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2022. – №2. – С. 35-41. [Semenov A.M., Ljahov A.O., Makarov A.V. Vestnik Smolenskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii. Bulletin of the Smolensk state medical Academy. – 2022. – N2. – P.35-41. (in Russian)]
29. Спиридонов В.А., Анисимов А.А. Судебно-экспертный центр Следственного комитета Российской Федерации – новый субъект в отечественной системе судебно-медицинской деятельности // Медицинский вестник МВД. – 2023. – Т.122, №1. – С. 71-74. [Spiridonov V.A., Anisimov A.A. Medicinskij vestnik MVD. MIA Medical Bulletin. – 2023. – V.122, N1. – P. 71-74. (in Russian)]
30. Тузлукова М.В. Использование специальных знаний при расследовании ятрогенных преступлений: Дис. ... канд. юрид. наук. – КЮИ МВД России, 2017. – 201 с. [Tuzlukova M.V. Ispol'zovanie special'nyh znanij pri rassledovanii jatrogennyh prestuplenij (dissertacija kand.). The use of special knowledge in the investigation of iatrogenic crimes (Candidate Dis.). – CUI of the Ministry of Internal Affairs of Russia, 2017. – 201 p. (in Russian)]
31. Тузлукова М.В. Способы сокрытия ятрогенных преступлений, следов их совершения и криминалистические методы их установления // Теория и практика судебной экспертизы. – 2019. – Т.14, № 4. – С. 32-42. [Tuzlukova M.V. Teorija i praktika sudebnoj jekspertizy. Theory and practice of forensic examination. – 2019. – V.14, N4. – P. 32-42. (in Russian)]
32. Шарабчиев Ю.Т. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья // Медицинские новости. – 2007. – №13. – С. 32-39. [Sharabchiev Ju.T. Medicinskie novosti. Medical News. – 2007. – N3. – P. 32-39. (in Russian)]
33. Шишкин С.В., Понкратова О.Ф., Потапчик Е.Г., Сажина С.В. Рейтинг доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации. – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2019. – 96 с. [Shishkin S.V., Ponkratova O.F., Potapchik E.G., Sazhina S.V. Rejting dostupnosti i kachestva medicinskoj pomoshhi v subektah Rossijskoj Federacii. Rating of accessibility and quality of medical care in the subjects of the Russian Federation. – Moscow: Publishing House of the Higher School of Economics, 2019. – 96 p. (in Russian)]

Информация об авторах

Дмитриев Игорь Владимирович – кандидат медицинских наук, заведующий научно-исследовательской лабораторией «Смоленский областной институт патологии» Департамента Смоленской области по здравоохранению. E-mail: igdm63@yandex.ru

Игнатова Наталья Борисовна – кандидат медицинских наук, доцент, директор ОГБУЗ «Смоленский областной институт патологии». E-mail: oguzsoip@yandex.ru

Абросимов Сергей Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры патологической анатомии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: abrosimovsu@yandex.ru

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Поступила 17.07.2023

Принята к печати 28.09.2023