

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Ю. М. КАЗАКОВА, И. О. ПОХОДЕНЬКО-ЧУДАКОВА

**ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ
В РАБОТЕ СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА
И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2019

УДК 616.314-089(075.8)
ББК 56.6я73
К14

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 20.03.2019 г., протокол № 7

Рецензенты: канд. мед. наук, доц., зав. каф. челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии с курсом ФПК и ПК Витебского государственного медицинского университета А. А. Кабанова; канд. мед. наук, доц., зав. 1-й каф. терапевтической стоматологии Белорусского государственного медицинского университета Л. А. Казеко

Казакова, Ю. М.

К14 Правовые аспекты в работе стоматолога-хирурга и челюстно-лицевого хирурга : учебно-методическое пособие / Ю. М. Казакова, И. О. Походенько-Чудакова. – Минск : БГМУ, 2019. – 38 с.

ISBN 978-985-21-0320-6.

Рассмотрены вопросы юридической ответственности стоматолога-хирурга и челюстно-лицевого хирурга при выполнении служебных обязанностей. Представлен блок нормативных документов, необходимых для ознакомления и изучения лицам, оказывающим специализированную помощь в учреждениях здравоохранения стоматологического профиля.

Предназначено для студентов 3–5-го курсов стоматологического, лечебного и военно-медицинского факультетов, клинических ординаторов, магистрантов, аспирантов.

УДК 616.314-089(075.8)
ББК 56.6я73

ISBN 978-985-21-0320-6

© Ю. М. Казакова, И. О. Походенько-Чудакова, 2019
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2019

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Человеку свойственно ошибаться, но никому, кроме глупца, не свойственно упорствовать в своей ошибке.

Цицерон

Профессиональная деятельность медицинских работников связана с повышенным риском. С одной стороны, они рискуют собственным здоровьем и жизнью, с другой — существует риск неблагоприятного исхода медицинской помощи для пациента, то есть дефект оказания медицинской помощи. Во взаимоотношениях медицинских работников и пациентов усматривается двойственность и определенные противоречия. С одной стороны, медицинские работники должны защищать интересы пациентов, но с другой — они сами требуют защиты, особенно в ситуациях обращения пациентов, их представителей и/или родственников в руководящие структуры и судебные-правовые инстанции по причине возникновения дефекта оказания медицинской помощи. Неблагоприятный исход лечения может наступить вследствие врачебной ошибки, противоправных действий врача, несчастного случая. В связи с формированием гражданско-правовых отношений между производителем и потребителем медицинских услуг возникает юридическая, в том числе имущественная ответственность за негативные результаты лечения и вред, причиненный здоровью.

Врач, осуществляя свою профессиональную деятельность, постоянно подвергается риску применения к нему юридических санкций. Это связано с чрезмерными ожиданиями, которые возлагает население на представителей медицинских специальностей, со значительным усложнением медицинских технологий, сложными инструментальными методами диагностики, иногда представляющими потенциальную опасность для здоровья пациента, с возможными труднопредсказуемыми аллергическими реакциями. В то же время расширяется осведомленность населения о своих правах, повышается требовательность к соблюдению врачами положений медицинской и общечеловеческой этики.

Цель: повысить правовую грамотность студентов, что в дальнейшем позволит осознавать в полной мере юридическую ответственность за качество оказываемой помощи и последствия своих действий при осуществлении врачебной деятельности после окончания университета.

Задачи:

- 1) ознакомить студентов с понятием, классификацией и причинами врачебных ошибок;
- 2) ознакомить студентов с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области»;
- 3) ознакомить студентов с условиями возникновения дисциплинарных, административных, гражданских, уголовных ошибок и нарушений в

профессиональной деятельности врача и соответственно меры ответственности, которая при этом возникает.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Перечислите и охарактеризуйте основные модели построения взаимоотношений врача и пациента.
2. Дайте определение понятиям «врачебная ошибка», «медицинская ошибка», «ятрогения», «ятрогенные заболевания».
3. Что понимают под дефектом оказания медицинской помощи?
4. Дайте классификацию врачебных ошибок на догоспитальном этапе.
5. Перечислите причины, способствующие возникновению врачебных ошибок.
6. К каким видам ответственности может быть привлечен врач в связи с ошибками и нарушениями в его профессиональной деятельности?
7. Какие меры дисциплинарного взыскания наниматель может применить к работнику?
8. Перечислите условия наступления уголовной ответственности врача.

ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ ПОСТРОЕНИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Согласно современным представлениям существует несколько моделей построения взаимоотношений между врачом и пациентом, которые можно уложить в пять базовых типов, приведенных О. М. Лесняком (2003 г.) в следующей таблице.

Таблица

Основные модели построения взаимоотношений врача и пациента

Модель	Роль врача	Описание модели
Активно-пассивная	Выполняет свою работу без участия пациента	Основана на представлении, что врач лучше знает, что надо пациенту. Пациент не может участвовать в принятии решений
Покровительственная	Объясняет пациенту, что необходимо сделать, чтобы помочь ему. Выполняет роль наставника	Пациенту сообщается только та информация, которая, по мнению врача, необходима
Информативная	Выполняет роль компетентного технического эксперта	Врач доносит до пациента всю информацию, а пациент сам выбирает
Интерпретивная	Консультирует пациента и помогает ему принять решение. Выполняет роль советника	Предполагается, что пациент нуждается только в уточнении с помощью врача того, что с ним происходит. Решение будет принимать он сам

Модель	Роль врача	Описание модели
Совещательная (договорная)	Вовлекает пациента в обсуждение, в течение которого помогает ему осознать приоритеты, касающиеся его здоровья	Исходит из представления, что врач может активно влиять на формирование мнения пациента и помогать ему принять правильное решение

Первые две модели взаимоотношений врача и пациента известны и наиболее часто используются в течение длительного периода времени. Как и другие модели, они предполагают практическое применение врачом всех своих умений для того, чтобы поставить диагноз и определить стадию заболевания, а затем идентифицировать дальнейшую тактику с целью облегчить страдания или восстановить здоровье. Согласно первой модели (активно-пассивная) следует лишь объявление пациенту, как в дальнейшем предполагается с ним поступить (когда прооперировать или какое лекарственное средство назначить), а в соответствии со второй моделью (покровительственной) врач доносит до пациента избранную информацию, которая позволяет пациенту лишь согласиться с той тактикой лечения, которую избрал доктор. Обе указанные модели до сих пор преобладают в общении медицинского персонала в большинстве медицинских учреждений СНГ и некоторых стран Европейского Союза. Однако единственно возможное безопасное применение таких моделей общения может иметь место лишь в случае необходимости неотложных вмешательств (срочная операция или бессознательное состояние пациента).

Информативная модель представляет собой вариант отношения к врачу как к обслуживающему персоналу. От него ожидается лишь грамотное выполнение своих обязанностей по постановке диагноза и сообщению пациенту возможностей лечения, то есть врач является продавцом услуг, а пациент — покупателем. При этом право выбора полностью за покупателем.

Интерпретивная модель мало отличается от предыдущей. В этом случае совершенно необоснованно пациент предполагает, что сам очень хорошо знает, что ему необходимо и что он нуждается лишь в уточнении с помощью врача того, что с ним происходит. Как и при информативной модели решение о выборе тактики лечения остается только за самим пациентом.

Самая разумная модель — совещательная, которая предполагает равенство всех сторон, в том числе и одинаковую ответственность. Она основана на том, что обычный взрослый человек в состоянии синтезировать информацию и выделить для себя приоритеты, а врач обладает достаточными коммуникационными навыками для того, чтобы помочь пациенту в этом. Данная модель также предполагает, что врач в состоянии видеть разницу между предпочтениями самого пациента и теми рекомендациями, которые должен дать профессионал. Подобный вариант общения способствует пониманию пациентом таких важных для него факторов, как профилактика, здоровый образ жизни, правильное лечение. Совещательная модель изменяет

роль пациента в самом процессе диагностики и лечения. Из пассивного объекта вмешательств он становится активным «соавтором», лицом, несущим определенную ответственность за свое здоровье. В этой связи модель получила свое развитие и в отношении информированного согласия пациента на проведение ему диагностической или лечебной манипуляции, а также на его участие в проведении научного исследования [6].

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ

Врачебные ошибки — неизбежная часть профессиональной деятельности врача. Они были, есть и будут, какие бы технологические достижения не внедрялись в медицину. Но стремление к уменьшению их числа — реальная цель, требующая серьезных усилий со стороны как врачебного сообщества, так и правительственных институтов, отвечающих за здравоохранение страны.

Медицинская ошибка — случайное причинение вреда жизни или здоровью пациента, вызванное ошибочными действиями или бездействием *медицинского работника*, характеризующимися его добросовестным заблуждением при надлежащем отношении к профессиональным обязанностям и отсутствии признаков умысла, халатности, небрежности или неосторожности.

Врачебная ошибка — это добросовестное заблуждение *врача*, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, или результат атипичного течения заболевания или недостаточности подготовки врача, если при этом не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества [5].

К сожалению, каждый практикующий врач допускает ошибки. В связи с этим познание и признание ошибок представляют собой акт профессиональной честности, нравственное кредо в условиях сложности развития медицины и в то же время являются самым верным путем их устранения. Напротив, непризнание ошибок представляет собой недеонтологический акт, несущий вред врачу и пациенту.

Если технический прогресс способен умножить источники ошибок, то он же способствует более легкому их обнаружению и устранению, а соответствующий врачебный деонтологический разбор помогает избежать их в будущем. Аристотель утверждал, что осторожность является самым полезным профессиональным актом для предотвращения ошибок. Таким образом, профессиональная медицинская осторожность является умением направлять принятый риск в полезное пациенту и медицинскому прогрессу направление [6].

Термин «врачебная ошибка» употребляется только в специальной медицинской литературе и практике. В Уголовном кодексе этот термин отсут-

ствует. В Гражданском кодексе есть понятие «ответственность за причинение вреда».

С врачебной ошибкой тесно связаны **ятрогенные заболевания** — психогенные и соматогенные патологические состояния, прямо или косвенно связанные с действиями врача, которые по сути являются дефектами оказания медицинской помощи.

Дефект оказания медицинской помощи (ненадлежащее оказание медицинской помощи пациенту) — это ненадлежащее осуществление диагностики, лечения пациента, организации процесса оказания медицинской помощи, вызванное незнанием или самонадеянным игнорированием специальных юридически значимых требований, предъявляемых к профессиональному поведению в сложившейся ситуации, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства [11].

Ятрогения — это дефект оказания медицинской помощи, выраженный в виде нового заболевания или патологического процесса, развившегося в результате как правомерного, так и неправомерного осуществления профилактических, диагностических, реанимационных, лечебных и реабилитационных медицинских мероприятий (манипуляций) [8].

Термин «ятрогения» был введен немецким психиатром Освальдом Бумке в его работе «Der Arzt als Ursache seelischer Störungen» («Врач как причина душевных расстройств») в 1925 г.

По И. А. Кассирскому **ятрогенными заболеваниями** принято считать болезни функциональные и органические, непосредственной причиной которых являются следующие действия врача:

- 1) психическое травмирование пациента неумелым подходом (нарушение норм, так называемой психической асептики);
- 2) неправильное проведение техники инструментального исследования, ошибочное введение медикаментозных средств и др.

При этом действия врача могут быть:

- 1) ошибочными (необоснованными);
- 2) правильными (на сегодняшний день);
- 3) вынужденными.

Классификация ятрогений:

- 1-я группа: ятрогения, связанная с профилактическими мероприятиями (вывих зуба, полученный в результате несоблюдения правил снятия зубных отложений);
- 2-я группа: ятрогения, связанная с процессом диагностики заболевания;
- 3-я группа: ятрогения, связанная с видами проводимого лечения (медикаментозная, инструментальная и т. д.);
- 4-я группа: ятрогения, связанная с проведением реанимационных мероприятий;

- 5-я группа: ятрогения, связанная с изменением психики пациента в связи с неблагоприятным влиянием медицинского персонала;
- 6-я группа: ятрогения, связанная с дефектами в организации оказания медицинской помощи;
- 7-я группа: ятрогения, связанная с бездействием, то есть неоказанием медицинской помощи;
- 8-я группа: ятрогения «псевдоболезни», связанная с ошибочным диагнозом и развитием нового заболевания вследствие лечения или нелечения.

Также **ятрогении можно классифицировать** следующим образом:

- 1) умышленные ятрогении (умышленный дефект) — дефекты оказания медицинской помощи, связанные с умышленным преступлением;
- 2) неосторожные ятрогении (неосторожный дефект) — дефекты оказания медицинской помощи, содержащие признаки неосторожного преступления;
- 3) ошибочные ятрогении (медицинская ошибка) — дефекты оказания медицинской помощи, связанные с добросовестным заблуждением медицинского работника, не содержащие признаков умысла или неосторожности;
- 4) случайные ятрогении (несчастный случай) — дефекты оказания медицинской помощи, связанные с непредвиденным стечением обстоятельств при правомерных действиях медицинских работников [5].

Важно различать неуправляемые (неизбежные) дефекты оказания медицинской помощи, связанные с непредвиденным стечением обстоятельств, атипичным течением заболевания и так далее, и дефекты оказания медицинской помощи с управляемой степенью риска (связанные с квалификацией врача или неосторожными, умышленными его действиями). Эти виды дефектов могут быть устранены при соответствующей организации лечебного процесса (усиление контроля, систематическое повышение квалификации медицинского персонала, внедрение новых технологий и т. д.).

КЛАССИФИКАЦИЯ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК

Классификациям врачебных ошибок посвящены многочисленные работы, что само по себе свидетельствует о чрезвычайной сложности настоящей проблемы.

Профессор **Ю. Я. Грицман** (1981 г.) предложил делить ошибки на диагностические, лечебные, лечебно-тактические, лечебно-технические, организационные и на ошибки, связанные с неправильным ведением документации и с поведением медицинского персонала [16].

Известна классификация причин ошибок по **Н. Н. Петрову** (1956 г.):

- 1) зависящие от несовершенства наших знаний на современном этапе — 19 %;

2) зависящие от несоблюдения правил клинического обследования — 50 %;

3) зависящие от состояния пациента — 30 %.

По *Г. Скрипкар, Т. Чорня* (1983 г.) выделяют следующие виды врачебных ошибок:

– комиссивные (когда делают что-то) и оmissивные (когда не делают того, что надо);

– несомненные и сомнительные;

– доброкачественные и злокачественные;

– фактические (относятся к природе медицинского факта, к характеру работы и могут способствовать развитию медицины) и нормативные (относятся к неправильному профессиональному поведению врача и, как правило, приносят ущерб пациенту и медицине).

Фактическая ошибка относится к области профессионального сознания, вменяется в вину врачу и приравнивается к правонарушению. Это касается тех случаев, когда кто-нибудь умышленно пренебрегает общепринятыми техническими правилами относительно определенного медицинского явления. В тех случаях, когда фактическая ошибка исключает возможность предвидения ее отрицательных последствий, то это не значит, что она не поддается моральному анализу и тем самым профессиональной оценке.

Как правило, под невменяемой в вину врачу ошибкой понимают ситуацию, когда те или иные выводы делаются в соответствии с условием развития явления, когда речь идет о неадекватном познании фактической ситуации, развивающейся в условиях соблюдения профессиональных технических норм. Ошибка, совершенная в таких условиях, чаще всего объясняется несовершенством медицинской науки в данный момент, индивидуальной реактивностью пациента, интеллектуальными или иными особенностями врача. Совершает невменяемую в вину ошибку любой врач, который в тех или иных условиях работы является жертвой тех же самых препятствий или непредвиденных ситуаций.

Вменяемой в вину является ошибка, совершенная в ситуации, в которой любой другой медик был бы в состоянии избежать ее, так как она была вызвана неумением или некомпетентностью врача, отсутствием его внимания, неосторожностью, превышением своей компетентности, поверхностной оценкой случая, то есть несоблюдением норм профессионального поведения. Такие ошибки являются нормативными и не снимают с врача ответственности [6].

Достаточно полная классификация врачебных ошибок представлена *М. Р. Рокицким* (1977 г.) [3]:

1. Диагностические:

а) просмотренный диагноз — при обследовании врач не обнаруживает у пациента признаков заболевания, считая его здоровым;

б) частично просмотренный диагноз — установлен основной диагноз, но не установлен сопутствующий. Например, установлен диагноз «острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа от зуба 4.6, осложненный флегмоной поднижнечелюстной области», но не установлено, что у пациента сахарный диабет, а следовательно, это не учтено при лечении;

в) ошибочный диагноз — например, поставлен диагноз «радикулярная киста», а у пациента аденома;

г) частично ошибочный диагноз — основной диагноз правильный, но есть ошибки в диагностике осложнений и сопутствующих заболеваний. Например, установлен диагноз «острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева от зуба 3.7, осложненный флегмоной крылочелюстного пространства», но просмотрено, что в гнойно-воспалительный процесс вовлечены также подвисочное и крылонебное пространства.

2. Лечебно-тактические:

а) при определении показаний к неотложной или срочной помощи;

б) при выборе режима лечения — в условиях стационара или поликлиники. Например, при конкременте, расположенном в слюнной железе, оперативное вмешательство по его удалению ошибочно осуществляется в условиях поликлиники, а оперировать следует в стационаре;

в) в лечебной тактике — неполноценное лечение, то есть пренебрежение отдельными методами терапии, неэтиотропное применение антибактериальных лекарственных средств без проведения антибиотикограммы, необоснованный отказ от использования антигрибковых препаратов.

3. Лечебно-технические:

а) при инструментальном методе исследования — например, разрыв Вартонова протока при введении более широкого зонда, чем диаметр протока, или перфорация дна верхнечелюстной пазухи при зондировании лунки зуба;

б) выполнении первичной хирургической обработки гнойного очага — например, при раскрытии флегмоны сделан очень малый разрез; получается узкий, глубокий «колодец» в виде воронки, в связи с чем отток гнойного экссудата плохой.

Также могут быть выделены:

1) организационные ошибки:

– неправильная организация рабочего места;

– неправильная организация лечебного процесса;

2) ошибки в ведении медицинской документации;

3) ошибки поведения медицинского персонала — нарушение принципов этики и деонтологии между всеми работниками медицинского учреждения [14].

Для врачей стоматологов-хирургов важна классификация ошибок на догоспитальном этапе, так как именно они, по мнению Ж. Б. Уразалина,

Р. С. Ибрагимовой (1989 г.), способствуют развитию воспалительных процессов челюстно-лицевой области [14].

Классификация ошибок по **Ж. Б. Уразалиной, Р. С. Ибрагимовой:**

1. Диагностические ошибки:

а) несвоевременная диагностика:

– по вине пациента (позднее обращение за медицинской помощью, самолечение);

– по вине врача (не диагностированы начальные признаки заболевания);

б) неправильная диагностика вследствие неверного или неполного обследования пациента, причинами которой могут являться:

– невнимательность врача при опросе и осмотре пациента;

– недостаточная квалификация врача;

– невозможность проведения дополнительных методов исследования.

2. Ошибки лечебного характера:

а) некачественное лечение зубов с осложненным кариесом;

б) нарушение асептики и антисептики при выполнении местного обезболивания и лечении и/или удалении зубов;

в) неадекватная антибактериальная терапия;

г) грубое травматичное удаление зубов и/или неполное (незаконченное) удаление зубов;

д) несвоевременное удаление «причинного» зуба;

е) несвоевременная первичная хирургическая обработка инфекционно-воспалительного очага;

ж) назначение неполного объема лечебных мероприятий;

з) необоснованное назначение физиотерапевтических процедур;

и) недооценка тяжести общего состояния пациента, фоновых заболеваний, возрастных особенностей;

к) неправильная тактика врача при затрудненном прорезывании нижних третьих моляров;

л) длительное, неэффективное лечение альвеолита и других осложнений операций удаления зуба;

м) травма тканей полости рта при препарировании зубов для протезирования.

3. Организационные ошибки:

а) несвоевременное или необоснованное направление пациентов с развившимся острым воспалительным заболеванием на стационарное лечение;

б) комплектование хирургических стоматологических кабинетов, особенно частных, врачами без достаточного уровня квалификации;

в) нарушение инструкций по соблюдению дезрежима в хирургических кабинетах;

- г) недостаточная квалификация и ответственность среднего медицинского персонала;
- д) неудовлетворительная организация работы и материальное оснащение хирургического стоматологического отделения поликлиники или частного кабинета;
- е) недостаточное использование консультативной помощи врачами частных кабинетов;
- ж) отсутствие учета и должного анализа допущенных ошибок;
- з) отсутствие преемственности в работе врачей поликлинического звена и специалистов стационара;
- и) неэффективность санитарно-просветительной работы, проводимой с населением, и интеграции со специалистами других профилей.

ПРИЧИНЫ И УСЛОВИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК

К условиям, приводящим к возникновению ошибок, следует относить:

- критические ситуации, требующие от врача экстренных решений или действий;
- ошибки в организации медицинской службы (перегрузка врача; отвлечение его на выполнение задач, не связанных с пациентами; размещение в одном кабинете терапевтов (лечение зубов) и хирургов (удаление зубов); неправильно укомплектован предметный столик (различные медикаменты, не нужные для данного пациента), что может привести к ошибочному введению лекарственных средств или даже агрессивных веществ);
- усталость врача (тяжелое бессонное дежурство, длительная тяжелая операция, приводящая к снижению внимания, и т. д.);
- нездоровый моральный климат в учреждении (нервозность, недоверие, кляузы подрывают уверенность врача в себе, мешают направлять все силы, опыт, знания на помощь пациенту);
- отсутствие систематического и принципиального анализа врачебных ошибок, что создает атмосферу нетребовательности, взаимного прощения, замалчивания ошибок, просчетов и неудач. Следует анализировать все ошибки, обсуждать их.

Истинная польза от анализа ошибок тем эффективнее, чем более внимательным, придирчивым и скрупулезным будет сам врач, допустивший ее. Разбор ошибок должен на всех уровнях проводиться в духе доброжелательности и товарищеской помощи.

Одно из условий, ведущих к появлению врачебных ошибок, — неправильное мнение в нашем обществе о том, что медицинскую помощь следует отнести к сфере обслуживания. Это глубоко ошибочное мнение обесценивает труд врача, упрощает самоотверженную его деятельность, не

отражает ее сути, заключающейся в охране здоровья населения. Работу врача нельзя сравнивать с трудом работника других сфер.

Результат лечения во многом зависит от отношения пациента к врачу. Оно должно основываться на уважении и доверии, заключающихся в беспрекословном выполнении распорядка дня в стационаре, точном и своевременном выполнении всех назначений врача, всемерной помощи врачу в целях быстрой победы над болезнью. Нередко пациент приходит к врачу, изучив свою болезнь, получив информацию о ней от друзей, из интернета. Чаще это дезинформация, ведь клинического мышления у такого пациента, если он сам не врач, нет. Пациент спорит с врачом, поучает, пишет жалобы, считая действия своего лечащего врача ошибочными. Такой пациент не знает и не хочет знать, что медицина еще далеко не совершенна, что есть болезни, трудно поддающиеся лечению.

Как уже отмечалось, от условий работы врача зависит ее качество: очень трудно работать в общем кабинете, где рядом одновременно идет прием, обследование и лечение нескольких пациентов. Такая обстановка отвлекает при сборе анамнеза, обследовании и постановке диагноза, не способствует аналитическому мышлению врача. Безусловно, все это отрицательно влияет и на пациента.

Причины, обуславливающие возникновение дефектов оказания медицинской помощи и врачебных ошибок, также могут быть разделены на следующие виды:

- неоказание помощи пациенту медицинским работником, в том числе необоснованный отказ.
- ошибки при диагностике заболевания.
- ненадлежащее оказание медицинской помощи.
- несоблюдение санитарно-эпидемического режима.
- нарушение прав пациентов.
- ошибки при экспертизе трудоспособности.
- нарушения учета, хранения и использования лекарственных средств.
- нарушение техники безопасности.
- нарушения правил транспортировки пациентов.
- недоступность информации об особенностях его организма (непереносимость лекарственного средства, сопутствующие заболевания).

Из общего числа причин роста числа медицинских ошибок следует выделить внедрение новых медицинских, в том числе инвазивных, технологий, снижение престижа врачебной профессии, недостаточную квалификацию медицинских работников.

С гносеологической точки зрения источники ошибок могут быть:

- объективными (связанными с болезнью, пациентом, его реактивностью, несовершенством науки в определенный момент, ограничением возможности поставить правильный диагноз);

– субъективными (связанными с врачом).

К объективным источникам ошибок следует относить сложность болезни, неправильную информацию, полученную от пациента, сложности клинического осмотра, симптоматическую скудность болезни. Превращение указанных возможностей ошибки в действительную ошибку всегда зависит только от врача, который сам может оказаться жертвой профессиональной ошибки ввиду незнания, неполной проверки полученной информации или неадекватного суждения (рисунок).

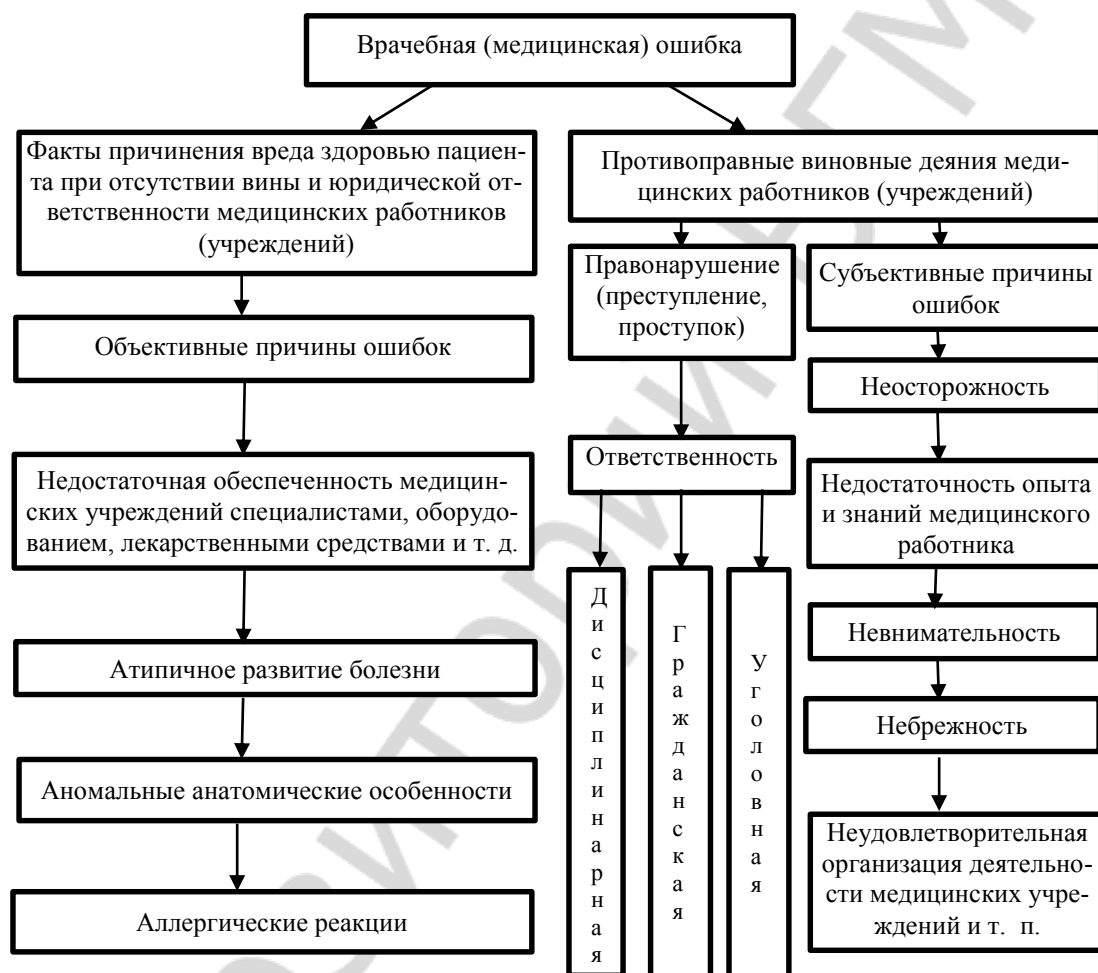


Рис. Схема причин возникновения врачебных ошибок [15]

При этом из объективных (внешних) факторов, влияющих на вероятность неблагоприятного исхода в лечении пациента, необходимо назвать несвоевременность медицинского вмешательства, неправильность и неадекватность выбора метода лечения, состояние пациента в момент поступления, особенности течения заболевания, качество диагностики и т. д.

В отношении субъективных (внутренних) факторов, влияющих на вероятность неблагоприятного исхода, первое место отводится квалификации врача. Далее в убывающей последовательности идут уровень его общемедицинских знаний, стаж работы по специальности, эмоциональное состоя-

ние, неуверенность или, наоборот, излишняя самоуверенность, физическая выносливость [9].

Одной из причин, обуславливающих врачебные ошибки, является то обстоятельство, что объем медицинской информации настолько велик, что не может быть усвоен одним человеком, так как число известных заболеваний превышает 10 тыс., симптомов и синдромов — 100 тыс., операций и их модификаций, клинических, лабораторных и других методов диагностики — десятки тысяч.

Источники профессиональных ошибок могут рассматриваться:

- как фактические (полное или частичное несовпадение с действительностью фактов, установленных позже);
- логические (нарушение правил медицинской логики).

С медицинской точки зрения диагностическая ошибка, как полное или частичное несовпадение с действительностью, может выразиться в неполном или ошибочно оформленном заключении о диагнозе. При этом фактическая ошибка диагноза состоит в неверном определении характера болезни, а логическая — в неадекватном оформлении диагноза.

Причины ошибок в диагностике многочисленны. Одной из наиболее частых причин является неполное овладение своей профессией. Не менее часто встречаются ошибки, связанные с неполным изучением болезни (из-за спешки, поверхностного осмотра пациента или халатности). В связи с этим деонтологические правила подлинно научного диагноза вытекают из соблюдения ряда принципов, одним из которых является следующий принцип: «торопиться нужно медленно». Исключения составляют неотложные состояния. Необходимо, правильно оценивая анамнез, противопоставлять недостаточному практическому опыту кропотливость и максимальное внимание. Нужно вырабатывать клиническое чувство, которое подразумевает способность целостной, быстрой и правильной оценки ситуации и которое не может быть развито без постоянной клинической практики и собственных наблюдений.

Когда идет речь о высших ценностях человека (жизнь и здоровье), должен быть принят во внимание даже малейший риск, а необходимый риск нужно измерить и тщательно контролировать, сводя его к нулю. К риску следует прибегать всегда, когда это в интересах пациента и когда он обоснован научными данными и клинической практикой, когда положительного результата в лечении невозможно достичь иначе и к нему прибегают с согласия пациента.

Прибегая к риску, необходимо решить вопрос о согласии пациента с лечением, соблюдая суверенное право каждого человека на информацию о собственном теле. Согласие нужно стремиться получить в условиях благоприятного деонтологического климата, учитывая риск чрезмерного предупреждения в противоположность риску введения в заблуждение. Первое иногда влечет за собой отказ от лечения. Обязанность врача — всегда пер-

сонализировать лечение путем соответствующей оценки риска тех или иных манипуляций.

Профилактика риска и терапевтических ошибок требует соблюдения нескольких деонтологических правил:

- полная компетентность (по отношению к применяемым методам, способам и средствам лечения) как высшая форма профессиональной честности;
- необходимость постоянного внимательного отношения к пациенту (не только в случае тяжелых заболеваний);
- рациональная осторожность и соблюдение принципа «не навреди», что на сегодняшний день является особенно важным, учитывая широкий арсенал фармакологических препаратов;
- способность принимать меры и решения при самых сложных обстоятельствах (риск в интересах пациента);
- постоянная добросовестность в отношении к профессиональным обязанностям.

В профилактике врачебных ошибок следует исходить из определенных деонтологических критериев. Следует научно сопоставлять конкретные реальности медико-биологического факта с абстрактным характером этико-юридических норм и принципов [6].

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ — ОБЩЕМИРОВАЯ ПРОБЛЕМА

Анализ мировой специальной литературы свидетельствует, что проблема врачебных ошибок значима для всех без исключения стран. Как следует из отчета Института медицины Национальной академии наук США, вследствие предотвратимых медицинских ошибок в американских больницах ежегодно погибают от 44 до 98 тыс. человек, и по этому показателю врачебные ошибки занимают 8-е место в списке основных причин летальности. При этом в отчете учитывались только признанные всеми (доказанные) неблагоприятные последствия ошибочных вмешательств, произошедшие случайно или непреднамеренно и повлекшие за собой летальный исход. Врачебные ошибки стали настолько значимой проблемой, что в 1990-е гг. в США при Министерстве здравоохранения был создан Институт медицины, в задачу которого входит сбор информации об ошибках. После публикации отчета института «To err is Human» («Человеку свойственно ошибаться») безопасность пациентов стала объектом медицинского и общественного внимания. В отчете говорилось, что основная причина врачебных ошибок и летальных исходов, которых можно было бы избежать, заключается не в небрежности и некомпетентности людей, а в неправильной организации работы медицинского учреждения. Осознание и понимание причин медицинских ошибок получили быстрое распространение, в стране развернулось активное движение за без-

опасность пациентов, выступающее за повышение безопасности и качества медицинского обслуживания с помощью «системных» решений [9].

Национальная служба здравоохранения Великобритании (NHS), оценивая летальность и серьезные травмы пациентов из-за врачебной ошибки в британских клиниках, подсчитала, что это 11 тыс. фактов в год (отчет парламента, 2008 г.). А в 2014 г., по данным NHS, это число составляло уже 12,5 тыс. летальных исходов в год, что на 1,5 тыс. больше [9].

Комплексное исследование Канадской медицинской ассоциации показало, что число предотвратимых медицинских ошибок варьирует между 9 и 24 тыс. в год (2004 г.). Примерно один из каждых 13 пациентов, поступивших в больницы в Канаде, в течение 2000 г. пережил одно или более неблагоприятное событие. Официальные австралийские правительственные отчеты показывают, что около 1 из каждых 9 летальных исходов происходит в результате врачебных ошибок. В Нидерландах, по оценкам исследователей, около 2 тыс. летальных исходов ежегодно происходит от предотвратимых побочных эффектов [12].

По данным Европейского союза, опубликованным ВОЗ, от 8 до 12 % от общего числа пациентов испытывают на себе последствия врачебных ошибок [1]. Таким образом, ошибки при оказании медицинской помощи затрагивают не менее 10 % населения земного шара.

В Российской Федерации по подсчетам общественных организаций, ошибки медиков уносят каждый год жизни 50 тыс. человек. По данным центра «Независимая медико-юридическая экспертиза», первое место по профессиональным ошибкам занимают стоматологи. Гибель или увечье роженицы или новорожденного в родильном доме — на втором месте. Третье место занимают хирурги всех специальностей. Пациенты также часто жалуются на терапевтов. Доктора объясняют такую пугающую статистику нехваткой кадров, скудной зарплатой и перегруженностью медперсонала. В условиях высокотехнологичной наукоемкой медицинской помощи врачебные ошибки также часто связаны с неисправностью аппаратуры, нарушениями правил и сроков проведения метрологического контроля или технологии при эксплуатации оборудования, неверно выбранным режимом эксплуатации [1].

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК

Арсенал приемов профилактики риска врачебных ошибок включает сертификацию и лицензирование, внедрение протоколов (стандартов) диагностики и лечения, введение стандартных форм письменного информированного согласия пациента на проведение тех или иных процедур, увеличение норматива времени, выделяемого на одного пациента, систематическое повышение квалификации медицинских работников и т. д.

В зарубежной и отечественной медицине принято проводить комплексную оценку адекватности оказания медицинской помощи пациенту по совокупности критериев, объединенных в понятие «стандарт лечения».

В настоящее время работа челюстно-лицевого хирурга и хирурга стоматолога в Республики Беларусь с профильными пациентами также строго регламентирована. Постановлением министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 августа 2017 г. № 80 утвержден клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области», который предназначен для стоматологов, стоматологов-хирургов, челюстно-лицевых хирургов и других врачей-специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области (прил.).

Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к оказанию медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам старше 18 лет с заболеваниями челюстно-лицевой области. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Соответствие действий врача этим стандартам освобождает его от ответственности при неблагоприятном исходе лечения. Действия медицинского характера, продиктованные специальными правилами и протоколами, не могут быть вменены в вину врачу как ошибочные и ненадлежащие, даже если они привели к отрицательному для пациента результату.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

В наши дни в некоторых странах существует практика заключения между врачом и пациентом медицинского контракта, где предусматриваются конкретные меры, которые будут применены при причинении вреда здоровью пациента или неисполнении заключенного контракта. Многие развитые страны мира (Германия, Австрия, США, Франция, Италия, Испания и др.) имеют в своем национальном законодательстве о здравоохранении так называемые медицинские (врачебные) кодексы, нормы которых регулируют отношения между медиками, пациентами и их родственниками, профессиональные отношения медиков между собой, с администрацией и государственными органами.

Однако независимо от того, заключен ли такой контракт, действие положений гражданского и уголовного законодательства, предусматривающих те или иные санкции за нанесение увечья или иного вреда здоровью и за причинение имущественного и морального ущерба другому лицу, распространяется на врачей, как и на всех граждан. В большинстве ситуаций

эти санкции сводятся к выплате денежной компенсации, соответствующей размерам нанесенного ущерба, объем которой согласно законодательству определяют судебные инстанции.

Ответственность за неисполненные или ненадлежащим образом исполненные обязательства несет медицинское учреждение. При осуществлении медицинской помощи медицинский работник является субъектом оказания помощи, а учреждение, с которым он связан трудовыми отношениями, является субъектом ее предоставления. Неблагоприятные для здоровья пациента последствия профессиональных действий медицинского работника влекут как его персональную ответственность (в том числе уголовную), так и имущественную (гражданскую) ответственность учреждения, в котором он работает.

Рассмотрение ошибок должно производиться опытными специалистами в составе комиссии, назначаемой руководителями учреждения, или вышестоящей медицинской организацией, или следственными органами. Учитывается квалификация врача, его стаж работы, служебная характеристика. Если возникли тяжелые последствия ошибок (летальный исход, инвалидность и др.), то в состав комиссии необходимо привлекать судебно-медицинских экспертов. При расследовании ошибок и осложнений должен быть решен вопрос, в какой степени допущенная ошибка привела к нарушению здоровья пострадавшего и повлияла на исход заболевания. При разборе ошибок определяется степень пригодности к труду, длительность нетрудоспособности (если таковой факт был установлен). Должно быть правило: все ошибки и осложнения разбираются только коллегиально. Недопустимо, чтобы производил разбор ошибок один человек, каким бы высококвалифицированным специалистом он ни был. После завершения расследования его результаты должны докладываться на врачебных конференциях, производственных совещаниях. Только коллективное обсуждение и анализ ошибок позволяют врачам не допускать их в дальнейшем и устранять предпосылки к ним.

С юридической точки зрения из общего числа врачебных ошибок следует выделять противоправные виновные деяния медицинских работников и ситуации причинения вреда пациенту при отсутствии вины медицинского работника. В первом случае правонарушение (преступление, проступок) влечет за собой уголовную, дисциплинарную, гражданскую ответственность, во втором — отсутствие вины и, следовательно, ответственности.

Судебная практика признает отсутствие вины лечебного учреждения (сотрудников), и юридическая ответственность не наступает, если медицинский персонал не предвидел и не мог предвидеть, что его действия причинят вред здоровью пациента. При этом важно подчеркнуть, что наличие в практике ненаказуемых врачебных ошибок не означает правомочия на повреждение здоровья. Медицина обязана оказывать помощь пациенту во

всех ситуациях, руководствуясь единственным стремлением к благоприятному исходу, не прикрываясь понятием «врачебная ошибка», а стремясь ее исключить.

Для наступления ответственности врача при неблагоприятном исходе осуществления его профессиональной деятельности необходимо установить наличие следующих факторов: непропорциональность действий врача, фактор вреда здоровью пациента, прямая причинная связь между ними, вина.

Формальное, ненадлежащее оказание помощи пациенту, вызывающее риск причинения вреда жизни и здоровью, проявляется, например, в несоблюдении порядка, стандартов оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций и других нормативных и методических документов. Очень часто эти правонарушения не воспринимаются врачом как серьезные, так как не влекут за собой ответственности, пока не вызовут серьезных последствий в виде реального вреда жизни и здоровью. Преступление при осуществлении медицинской деятельности — это ненадлежащее оказание помощи пациенту, если оно повлекло причинение вреда здоровью или летальный исход.

В зависимости от характера правонарушения и последствий медицинский работник может быть привлечен к различным видам ответственности:

- 1) гражданской (применение имущественных санкций: возврат уплаченных пациентом сумм добровольно или в порядке гражданского судопроизводства);
- 2) административной (наложение штрафа, конфискация имущества, временное отстранение от должности);
- 3) дисциплинарной (применение дисциплинарных взысканий);
- 4) уголовной (осуществляется только в судебном порядке) [14].

Дисциплинарная ответственность. За противоправное, виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение работником своих трудовых обязанностей (дисциплинарный проступок) устанавливается дисциплинарная ответственность согласно ст. 198–203 Трудового кодекса Республики Беларусь.

За совершение дисциплинарного проступка наниматель может применить к работнику следующие меры дисциплинарного взыскания: замечание, выговор, увольнение.

Право выбора меры дисциплинарного взыскания принадлежит работодателю. При выборе меры дисциплинарного взыскания должны учитываться тяжесть дисциплинарного проступка, обстоятельства, при которых он совершен, предшествующая работа.

К работникам, совершившим дисциплинарный проступок, независимо от применения мер дисциплинарного взыскания могут применяться: лишение премий, изменение времени предоставления трудового отпуска и другие меры, предусмотренные правилами внутреннего трудового распорядка,

коллективным договором, иными локальными нормативными правовыми актами.

До применения дисциплинарного взыскания наниматель обязан затребовать письменное объяснение работника. Отказ работника от дачи объяснения не является препятствием для применения взыскания и оформляется актом с указанием присутствующих при этом свидетелей. За каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание, которое оформляется приказом и объявляется работнику под роспись в пятидневный срок, не считая времени болезни работника и/или пребывания его в отпуске [12].

Административная ответственность. В соответствии с Гражданским кодексом ответственность за вред, причиненный в результате повреждения здоровья пациента, несет медицинское учреждение. Такая имущественная ответственность наступает при наличии следующих условий:

- противоправность действий (бездействия) медицинского учреждения (его персонала);
- причинение пациенту вреда;
- причинная связь между противоправным деянием и возникшим вредом;
- вина медицинского учреждения.

Под противоправностью действий (бездействия) медицинских учреждений понимается нарушение их работниками законов или подзаконных актов, регулирующих лечебную деятельность этих учреждений. Другим основанием возникновения ответственности медицинского учреждения является причиненный пациенту вред.

В соответствии со ст. 953–963 Гражданского кодекса Республики Беларусь вред, причиненный жизни или здоровью гражданина, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред. О причинении вреда здоровью граждан говорится в ст. 17 Закона «О защите прав потребителей» от 9 января 2002 г. № 90-3, где записано, что вред, причиненный жизни, здоровью, наследственности или имуществу потребителя вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара (работы, услуги), а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге), подлежит возмещению в полном объеме изготовителем (исполнителем, продавцом, поставщиком, представителем) независимо от его вины и от того, состоял потребитель с ним в договорных отношениях или нет. Вред, причиненный здоровью пациента в результате виновных действий (бездействия) медицинского учреждения, может выражаться в утрате (полностью или частично) заработка, несении каких-либо дополнительных расходов (на лекарственные средства, усиленное питание, обеспечение ухода за потерпевшим посторонних лиц и др.). При этом пациент должен предъявить претензию и все необходимые документы для установления факта, размера и обстоятельств причиненно-

го вреда. Если медицинские работники состоят в трудовых отношениях с учреждениями здравоохранения, последние в соответствии со ст. 937 Гражданского кодекса Республики Беларусь несут ответственность за своих работников и возмещают вред пациенту на основании судебных решений. Ущерб, причиненный жизни и здоровью граждан (включая моральный вред), в соответствии с законодательством Республики Беларусь взыскивается с ответчика в первоочередном порядке, при этом не принимается во внимание материальное положение должника. В свою очередь учреждения здравоохранения имеют право обратного требования (регресса) материальных средств и удержания их с работника, по вине которого причинен вред здоровью пациента [1, 4, 15].

Решение о выплате принимается на основе судебного решения, для принятия которого в большинстве ситуаций суд организует судебно-медицинскую экспертизу.

Уголовная ответственность. Ст. 161. Неоказание медицинской помощи больному лицу:

1. Неоказание медицинской помощи больному лицу без уважительных причин медицинским работником либо иным лицом, обязанным оказывать ее в соответствии с законодательством Республики Беларусь, — наказывается штрафом, или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью со штрафом, или ограничением свободы на срок до двух лет со штрафом.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть больного лица либо причинение тяжкого телесного повреждения, — наказывается лишением свободы на срок до трех лет со штрафом и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения [13].

Комментарий к ст. 161:

1. Совершение данного преступления выражается в бездействии — неоказании помощи пациенту без уважительных причин лицом, обязанным такую помощь оказывать. Это может быть, например, неявка по вызову к пациенту, отказ поместить пациента в лечебное учреждение, оказать первую помощь раненому и т. п. Ответственность за неоказание помощи больному наступает тогда, когда помощь не была оказана по неуважительным причинам. Уважительными причинами могут быть непреодолимая сила, крайняя необходимость, болезнь самого медицинского работника и т. д.

2. Преступление, предусмотренное частью 1 ст. 161, имеет место с момента неоказания помощи пациенту. Если же в результате неоказания помощи больному лицу наступила его смерть или были причинены тяжкие телесные повреждения, действия виновного должны квалифицироваться по части 2 ст. 161. Однако в этих ситуациях необходимо установить причинную связь между неоказанием медицинской помощи потерпевшему и наступившими последствиями в виде его смерти или причинения ему тяж-

ких телесных повреждений. Если же такая причинная связь будет отсутствовать (например, смерть потерпевшего наступила от факторов, имевших место после неоказания помощи пациенту и вызвавших смерть независимо от своевременности оказания медицинской помощи), действия должны квалифицироваться по части 1 ст. 161.

3. Преступление, предусмотренное частью 1 ст. 161, предполагает с субъективной стороны наличие прямого умысла. Виновный сознает, что пациенту необходима медицинская помощь, которую он обязан оказать, и не желает ее оказывать. При совершении преступления, предусмотренного частью 2 ст. 161, виновный в отношении самого факта неоказания помощи пациенту действует с прямым умыслом, а в отношении наступивших последствий (смерти или причинения тяжкого телесного повреждения) — по неосторожности.

4. Согласно ст. 61 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» медицинские и фармацевтические работники обязаны оказывать первую медицинскую помощь в пределах своих возможностей нуждающимся в ней лицам вне организации здравоохранения. Следовательно, субъектами данного преступления могут быть врачи, фельдшеры, фармацевты, акушеры, медсестры, занимающиеся медицинской или фармацевтической практикой. Другие работники лечебных учреждений (лаборанты, санитары и др.) ответственность по данной статье нести не могут, поскольку не занимаются медицинской и фармацевтической практикой.

Субъектом данного преступления могут быть также лица, обязанные оказывать помощь пациентам согласно закону или специальным правилам, например работники милиции [7, 19].

С субъективной стороны преступление характеризуется умышленной формой вины. По отношению к наступившим последствиям вина неосторожная [7, 19].

Ст. 162. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником:

1. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, повлекшее причинение пациенту по неосторожности тяжкого или менее тяжкого телесного повреждения, — наказывается штрафом, или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью со штрафом, или исправительными работами на срок до двух лет, или ограничением свободы на тот же срок со штрафом.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть пациента либо заражение ВИЧ, — наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на тот же срок со штрафом и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения [13].

Комментарий к ст. 162:

1. Преступление, предусмотренное ст. 162, может выражаться: в неправильном определении диагноза вследствие недобросовестного отношения к своим профессиональным обязанностям; оставлении тампонов, инструментов и других предметов в грудной или брюшной полости пациента после операции; ненадлежащем уходе за пациентом в послеоперационный период и т. д.

Для ответственности по ст. 162 необходимо наступление последствий, предусмотренных в частях 1 и 2 этой статьи. Между ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей медицинским работником и наступившими последствиями должна быть установлена причинная связь. Если же предусмотренные в законе последствия наступили не в результате ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей, а в силу других причин, то ответственность медицинского работника исключается.

2. Для определения причин смерти потерпевшего, причинения ему менее тяжкого или тяжкого телесного повреждения, а также установления ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей медицинским работником должна проводиться судебно-медицинская экспертиза.

3. С субъективной стороны данное преступление характеризуется неосторожной виной. Лицо предвидит, что в результате ненадлежащего исполнения им своих профессиональных обязанностей могут наступить последствия, предусмотренные в частях 1 и 2 ст. 162, но рассчитывает на их предотвращение или не предвидит возможности наступления этих последствий, хотя должно было и могло их предвидеть.

В тех же ситуациях, когда у лица был умысел (прямой или косвенный) на причинение менее тяжкого или тяжкого телесного повреждения или смерти пациенту, его действия должны квалифицироваться соответственно по статьям 149, 147 и 139 [7].

Ст. 149. Умышленное причинение менее тяжкого телесного повреждения:

1. Умышленное причинение менее тяжкого телесного повреждения, то есть повреждения, не опасного для жизни и не повлекшего последствий, предусмотренных ст. 147 настоящего Кодекса, но вызвавшего длительное расстройство здоровья на срок до четырех месяцев или значительную стойкую утрату трудоспособности менее чем на одну треть, — наказывается штрафом, или исправительными работами на срок до двух лет, или арестом со штрафом или без штрафа, или ограничением свободы на срок до трех лет со штрафом или без штрафа, или лишением свободы на тот же срок со штрафом или без штрафа [13].

Ст. 147. Умышленное причинение тяжкого телесного повреждения:

1. Умышленное причинение тяжкого телесного повреждения, то есть повреждения, опасного для жизни, либо повлекшего за собой потерю зре-

ния, речи, слуха, какого-либо органа или утрату органом его функций, прерывание беременности, психическое расстройство (заболевание), иное расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть, либо вызвавшее расстройство здоровья, связанное с травмой костей скелета, на срок свыше четырех месяцев, либо вызвавшееся в неизгладимом обезображении лица или шеи,— наказывается ограничением свободы на срок от трех до пяти лет или лишением свободы на срок от четырех до восьми лет [13].

Ст. 139. Убийство.

Умышленное противоправное лишение жизни другого человека (убийство) — наказывается лишением свободы на срок от шести до пятнадцати лет [7].

Ст. 159. Оставление в опасности:

1. Неоказание лицу, находящемуся в опасном для жизни состоянии, необходимой и явно не терпящей отлагательства помощи, если она заведомо могла быть оказана виновным без опасности для его жизни или здоровья либо жизни или здоровья других лиц, либо несообщение надлежащим учреждениям или лицам о необходимости оказания помощи — наказываются общественными работами, или штрафом, или исправительными работами на срок до одного года.

2. Заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, заболеванию или вследствие своей беспомощности, в случаях, если виновный имел возможность оказать потерпевшему помощь и был обязан о нем заботиться, — наказывается арестом или ограничением свободы на срок до двух лет со штрафом или без штрафа [13].

Комментарий к ст. 159:

1. Общими условиями для наступления ответственности по частям 1 и 2 ст. 159 являются: а) существует опасность для жизни (а по ч. 2 — для здоровья); б) виновный сознает эту опасность; в) виновный может оказать помощь потерпевшему; г) виновный такой помощи потерпевшему не оказывает.

2. Состояние является опасным для жизни, когда без необходимой и немедленной помощи может наступить смерть потерпевшего.

Под опасным для здоровья состоянием следует понимать угрозу причинения существенного вреда здоровью потерпевшего (тяжкие, менее тяжкие и легкие телесные повреждения с кратковременным расстройством здоровья).

3. Совершение преступления, предусмотренного частями 1 и 2 ст. 159, выражается в бездействии: лицо, которое заведомо сознает нахождение потерпевшего в опасном состоянии и может оказать помощь, не оказывает ее. Совершение этого преступления может выразиться и в несообщении надле-

жащим учреждениям и лицам о необходимости оказания помощи человеку, находящемуся в опасном для жизни или здоровья состоянии.

Если лицо имело возможность оказать помощь, устраняющую опасность для жизни или здоровья потерпевшего, но ограничилось сообщением о существующей опасности (например, вызвало скорую помощь), уголовная ответственность за оставление в опасности не исключается.

Важным условием уголовной ответственности является отсутствие риска для жизни и здоровья лица, оказывающего помощь, или других лиц.

Преступление имеет место с момента неоказания помощи потерпевшему. Наступление последствий (смерть потерпевшего, причинение ему телесных повреждений) не влияет на квалификацию действий, однако должно учитываться при назначении наказания виновному.

4. Субъективная сторона оставления в опасности характеризуется прямым умыслом. Лицо сознает, что потерпевший находится в опасном для жизни и здоровья состоянии и ему необходима не терпящая отлагательства помощь, которую данное лицо может оказать, и желает бездействовать.

5. Субъектом по части 1 ст. 159 может быть любое лицо, достигшее 16-летнего возраста.

8. ...Вина в отношении оставления в опасности характеризуется прямым умыслом. Лицо сознает, что потерпевший поставлен им в опасное для жизни и здоровья состояние и нуждается в оказании помощи, и не желает оказать ему помощь [7, 19].

СТРАХОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

В настоящее время пациентами широко используется практика предъявления гражданских исков к врачам с требованиями выплаты денежной компенсации за причиненный ущерб. Медицинские работники объективно оказывают влияние на состояние здоровья пациента через диагностические исследования, терапевтические процедуры, хирургические вмешательства, и если пациент докажет, что действиями медицинского работника нанесен ущерб его здоровью, виновник должен его возместить. Естественно, обычный практикующий врач не в состоянии выплачивать компенсации, достигающие достаточно больших сумм, поэтому в развитых государствах широкое распространение получили различные системы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Страхование профессиональной ответственности врача оформляется специальным полисом, в котором подробно формулируются основные и дополнительные условия страхования. Приобретение полиса по страхованию профессиональной ответственности гарантирует врачу, что страховая компания берет на себя защиту его интересов в судебных процессах и выплату компенсаций по тем искам, которые могут быть ему предъявлены [15].

Увеличение расходов врачей на страхование их профессиональной ответственности в США повлекло за собой удорожание медицинского обслуживания и развитие так называемой «защитной» медицины. Чтобы избежать судебного преследования в ситуации неудачного исхода, врачи стали отказываться от использования приемов, связанных со значительным риском, даже тогда, когда такой риск необходим и даже оправдан. В то же время они начали злоупотреблять назначением дорогостоящих процедур и анализов, чтобы обезопасить себя от обвинений в недостаточной внимательности к пациенту. Такая «защитная» медицина привела к еще большему росту цен на медицинское обслуживание, вызвала излишние затраты на здравоохранение, но не способствовала повышению качества медицинской помощи.

В Великобритании в 1990 г. введена государственная система страхования ответственности, которая охватывает врачей (за исключением семейных), включая стоматологов, работающих в больницах и других медицинских учреждениях общественного сектора здравоохранения. Согласно этой системе компенсацию за ущерб, причиненный при медицинском вмешательстве, выплачивают те медицинские учреждения, в которых работают врачи, виновные в причинении ущерба. Это усилило контроль со стороны руководства медицинских организаций за работой персонала.

В гл. 10 ст. 57 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ сказано, что медицинские и фармацевтические работники имеют право на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред жизни или здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей. Однако действующее законодательство в редакции Закона от 11 января 2002 г. № 91-3 не определяет источники финансирования и порядок осуществления страхования профессиональной ответственности медицинских работников, вследствие чего данный вид страхования чрезвычайно слабо развит [1]. В настоящее время в Республике Беларусь функционируют несколько страховых компаний, которые имеют лицензию на страхование профессиональной ответственности медицинской деятельности.

Как правило, споры о возмещении ущерба, понесенного в результате медицинского вмешательства, разрешаются в судебном порядке. Это всегда сопряжено с достаточно сложной и длительной процедурой судебного разбирательства и эмоциональным напряжением как со стороны пациента (истца), так и со стороны медицинского работника (ответчика) и администрации учреждения здравоохранения. Практика юридической и судебно-медицинской оценки неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи свидетельствует, что в 33–58 % случаев неудовлетворенности пациента медицинским обслуживанием при последующей экспертизе медицинская помощь оценивается как надлежащая. В зарубежной медицинской практике доля подобных фактов составляет от 53 до 59 % [15]. Кроме эко-

номических затрат, возникающих при конфликтах в сфере медицинского обслуживания, нельзя игнорировать моральные издержки, которые несут обе стороны, что в конечном итоге ведет к удорожанию и снижению качества медицинской помощи.

Для облегчения пациентам доказательства того, что причиной ущерба является именно медицинское вмешательство, в Европейских странах широко используется система компенсации понесенного пациентом ущерба, не требующая поиска конкретных виновников и доказательства их вины, что особенно затруднительно для пострадавшего. Она основывается на концепции *ответственности без вины* (no fault liability), действует как разновидность социального страхования, дополняя страхование профессиональной ответственности медиков. Концепция исходит из того факта, что определенная часть ситуаций причинения ущерба пациенту в ходе медицинского вмешательства не связана с проявлениями халатности, преступной небрежности или с ошибочными действиями медицинского персонала, но может быть объяснена неблагоприятным стечением обстоятельств, непредвиденной реакцией организма пациента и прочими непредсказуемыми факторами, вследствие чего понесшего ущерб пациента можно считать пострадавшим от несчастного случая.

Законодательно концепция ответственности без вины впервые в Европе стала использоваться в Финляндии с 1987 г.

Концепция компенсации ущерба без доказательства вины причинителя вреда находит довольно широкую поддержку у медицинской общественности многих стран. Одной из главных причин этого является то, что страхование профессиональной ответственности как социальное и медицинское страхование способствует укреплению чувства защищенности как врача, так и пациента.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. При проведении операции удаления зуба 4.6 по поводу обострения хронического периодонтита возникло кровотечение из лунки, которое с трудом удалось остановить известными кровоостанавливающими средствами. После случившегося у пациента был тщательнее собран анамнез жизни и выяснилось, что он страдает болезнью Верльгофа.

Определите, к какой группе врачебных ошибок по классификации М. Р. Рокицкого относится данный клинический случай.

Задача 2. При проведении операции удаления корней зуба 1.6 по поводу хронического периодонтита возник перелом небного корня в области его верхушечной трети. Врач попытался удалить оставшуюся часть корня при помощи элеватора, работал неаккуратно, с применением чрезмерного физического усилия, в результате чего произошла травматическая перфорация дна верхне-

челюстной пазухи в области лунки небного корня, а верхушка корня была протолкнута через перфорационное отверстие в пазуху.

Определите, к какой группе врачебных ошибок относится данный клинический случай по классификации М. Р. Рокицкого, по классификации Ж. Б. Урзалиной, Р. С. Ибрагимовой?

Задача 3. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент с жалобами на сильные боли в области зуба 4.5, отек мягких тканей в области нижней челюсти справа, повышение температуры до 37,5 °С. При осмотре выявлена следующая клиническая картина: нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей в области нижней челюсти справа. Кожные покровы в этой области физиологической окраски, в складку собираются. Слизистая оболочка в области нижней челюсти справа гиперемирована, отечна, сглажена; при пальпации определяется ограниченный болезненный инфильтрат. Зуб 4.5 болезненный при перкуссии, подвижность 1-й степени. Был поставлен диагноз «острый гнойный периостит нижней челюсти справа от зуба 4.5». Пациенту проведена первичная хирургическая обработка гнойного очага в области нижней челюсти справа, удален зуб 4.5. Назначены полоскание полости рта раствором фурацилина 3–5 раз в день и 400 мг ибупрофена при болях. Поскольку была суббота, рекомендовано явиться на перевязку через 1 день, в понедельник. На следующий день к вечеру состояние пациента резко ухудшилось, он самостоятельно обратился в приемное отделение профильного стационара, где ему был поставлен диагноз «острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа от зуба 4.5, осложненный флегмоной поднижнечелюстной области справа».

Определите, к какой группе врачебных ошибок относится данный клинический случай по классификации М. Р. Рокицкого, по классификации Ж. Б. Урзалиной, Р. С. Ибрагимовой.

Ответы: Задача 1. По классификации М. Р. Рокицкого данный клинический случай следует отнести к категории «диагностические ошибки», подпункту «частично просмотренный диагноз». Врач правильно установил основной диагноз «обострение хронического периодонтита зуба 4.6». Однако им не был тщательно собран анамнез жизни пациента и не было установлено, что тот страдает заболеванием крови.

Задача 2. По классификации М. Р. Рокицкого данный клинический случай следует отнести к категории «лечебно-технические ошибки», подпункту а), поскольку врач неаккуратно и неправильно пользовался стоматологическим инструментом при удалении верхушки корня. По классификации Ж. Б. Урзалиной, Р. С. Ибрагимовой данный клинический случай следует отнести к категории «ошибки лечебного характера», пункту г) — грубое травматичное удаление зубов.

Задача 3. По классификации М. Р. Рокицкого данный клинический случай следует отнести к категории «лечебно-тактические ошибки», подпункту б). По классификации Ж. Б. Урзалиной, Р. С. Ибрагимовой данный клинический случай следует отнести к категории «ошибки лечебного характера», пункту з) — неполное назначение лечебных мероприятий. В данном случае врач обязан был назначить пациенту адекватную антибактериальную терапию, чего сделано не было.

ТЕСТЫ

1. Уголовное наказание, предусмотренное п. 1 ст. 161 Уголовного кодекса Республики Беларусь, может быть в виде:

- а) выговора;
- б) ограничения свободы сроком до двух лет;
- в) лишения свободы сроком до трех лет;
- г) штрафа;
- д) лишения свободы сроком до пяти лет.

2. Уголовное наказание, предусмотренное п. 1 ст. 162 Уголовного кодекса Республики Беларусь, может быть в виде:

- а) выговора;
- б) ограничения свободы сроком до трех лет;
- в) лишения свободы сроком до трех лет;
- г) штрафа;
- д) лишения свободы сроком до пяти лет;
- е) исправительными работами на срок до двух лет.

3. За совершение дисциплинарного проступка наниматель может применить к работнику следующие меры дисциплинарного взыскания:

- а) замечание;
- б) увольнение;
- в) штраф;
- г) лишение премии;
- д) выговор;
- е) телесное наказание;
- ж) лишение отпуска.

4. Согласно ст. 61 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» первую медицинскую помощь в пределах своих возможностей нуждающимся в ней лицам вне организации здравоохранения обязаны оказывать следующие медицинские и фармацевтические работники, занимающиеся медицинской или фармацевтической практикой:

- а) врачи;
- б) фельдшеры;
- в) фармацевты;
- г) акушеры;
- д) медсестры;
- е) лаборанты;
- ж) санитары.

5. Если к отрицательному для пациента результату привели действия врача, продиктованные специальными правилами и протоколами, они:

а) не могут быть вменены в вину врачу как ошибочные и ненадлежащие;

б) могут быть вменены в вину врачу как ошибочные и ненадлежащие.

6. Ответственность за неоказание помощи пациенту, если врач не находится на своем рабочем месте, наступает тогда, когда помощь не была оказана:

а) по неуважительным причинам;

б) по уважительным причинам.

Ответы: 1 — б, г; 2 — б, г, е; 3 — а, б, д; 4 — а, б, в, г, д; 5 — а; 6 — а.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
4 августа 2017 г. № 80**

Об утверждении клинического протокола
«Диагностика и лечение пациентов
с заболеваниями челюстно-лицевой области»

На основании абзаца седьмого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года, подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360», Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемый клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области».
2. Настоящее постановление вступает в силу через пятнадцать дней после его подписания.

Министр

В. А. Малашко

УТВЕРЖДЕНО
Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
04.08.2017 № 80

**Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов
с заболеваниями челюстно-лицевой области»**

1. Настоящий Клинический протокол устанавливает общие требования к оказанию медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам старше 18 лет (далее — пациенты) с заболеваниями челюстно-лицевой области.

2. Требования настоящего Клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь (далее, если не указано иное, — организации здравоохранения).

3. Для целей настоящего Клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460).

4. Настоящий Клинический протокол предназначен для врачей-стоматологов, врачей-стоматологов-хирургов, врачей-челюстно-лицевых хирургов и других врачей-специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области.

5. В настоящем Клиническом протоколе определяются следующие границы челюстно-лицевой области:

сверху — надбровная область;

снизу — условная горизонтальная линия (верхняя шейная складка) на уровне подъязычной кости до переднего края кивательной мышцы.

6. При локализации выше надбровной области в пределах лобной области до уровня роста волос медицинская помощь оказывается:

при травматических повреждениях — врачом-нейрохирургом или врачом-хирургом;

при гнойно-воспалительных процессах — врачом-хирургом.

7. При оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области в организациях здравоохранения проведение диагностики осуществляется с учетом исключения дублирования исследований и рационального их назначения, отдавая предпочтение наиболее информативному методу в сравнении с другими, в том числе из перечня обязательных, в пределах лечебно-диагностических возможностей организации здравоохранения.

8. При рентгенологическом обследовании челюстей выбор специальной укладки для исследования костей лицевого скелета пациента определяется исходя из локализации патологии:

для нижней челюсти — в прямой, правой или левой боковых проекциях;

для верхней челюсти — в носоподбородочной и прямой полуаксиальной проекциях;

для скуловой кости — в прямой полуаксиальной и носоподбородочной проекциях;

для костей носа — рентгенография костей носа в боковых проекциях и передняя полуаксиальная.

9. По медицинским показаниям при проведении рентгеновской томографии костей лицевого скелета пациента выполняют конусно-лучевую компьютерную томографию, а при ее отсутствии — рентгенкомпьютерную томографию костей.

10. При проведении морфологического (цитологического или гистологического) исследования опухолей и опухолеподобных образований в случае получения неинформативных данных или при малых размерах образования без признаков малигнизации проводится эксцизионная биопсия (удаление образования в пределах видимо здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием).

11. При обращении пациента в амбулаторно-поликлиническую организацию здравоохранения с заболеванием челюстно-лицевой области, требующем оказания помощи в стационарных условиях, а также при отсутствии в организации здравоохранения врача-специалиста соответствующей квалификации (специализации) или обращении пациента в организацию здравоохранения, не имеющую соответствующих лечебно-диагностических возможностей, пациент после оказания экстренной и (или) неотложной медицинской помощи (по показаниям) направляется для диагностики и (или) лечения в больничную организацию здравоохранения, имеющую необходимые лечебно-диагностические возможности.

12. Направление пациента с заболеванием челюстно-лицевой области для консультации и (или) госпитализации в организацию здравоохранения, в том числе более высокого уровня (областного, республиканского), осуществляется после выполнения указанных в настоящих Клинических протоколах обязательных и дополнительных диагностических обследований в пределах лечебно-диагностических возможностей организации здравоохранения с предоставлением их результатов.

13. При направлении пациента с заболеванием челюстно-лицевой области в плановом порядке в больничную организацию здравоохранения для проведения оперативного вмешательства под общим обезболиванием (наркозом) проводятся следующие обследования:

общий анализ крови, включая определение количества эритроцитов, уровня гемоглобина, количества тромбоцитов, лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, скорости оседания эритроцитов (далее — СОЭ);

определение групп крови по системам АВО и резус;

исследование свертывания крови (коагулограмма);

биохимическое исследование крови: определение концентрации общего белка, общего билирубина (прямого, непрямого), калия, кальция, натрия, хлора, креатинина, мочевины, глюкозы;

исследование уровня глюкозы в крови;

электрокардиография с расшифровкой;

общий анализ мочи;

исследование крови на сифилис, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С;

флюорография органов грудной полости (в течение года);

осмотр врача акушера-гинеколога (для женщин);

заключение профильного врача-специалиста (по показаниям).

14. Лабораторные обследования при направлении пациента в плановом порядке с заболеванием челюстно-лицевой области в больницу организацию здравоохранения проводятся в течение 10 дней, предшествующих госпитализации.

15. Лечение пациента с заболеванием челюстно-лицевой области, медицинская помощь которому по настоящему Клиническому протоколу должна оказываться в амбулаторных условиях, при наличии у пациента сопутствующих заболеваний, требующих выполнения оперативного вмешательства под общей анестезией, круглосуточного медицинского наблюдения, проводится в стационарных условиях.

16. Антибактериальная терапия пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области назначается по медицинским показаниям согласно приложению 2 к настоящему Клиническому протоколу. При проведении плановых оперативных вмешательств антибактериальная терапия проводится, как правило, в предоперационном периоде. При проведении хирургических вмешательств по экстренным и неотложным медицинским показаниям — перед началом оперативного вмешательства, а при невозможности — интраоперационно.

17. Оказание медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях осуществляется в соответствии с приложением 1 к настоящему Клиническому протоколу.

18. Экспертиза временной нетрудоспособности пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области осуществляется в соответствии с действующими нормативными правовыми актами с учетом оптимальных средних сроков временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, включая амбулаторный и стационарный этап лечения, согласно приложению 3 к настоящему Клиническому протоколу. В зависимости от степени тяжести заболевания, характера его течения, общего состояния пациента сроки временной нетрудоспособности могут отличаться от оптимальных средних сроков временной нетрудоспособности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Волчанина, Е. И.* Врачебные ошибки и страхование профессиональной ответственности медицинских работников / Е. И. Волчанина // *Медицинские новости.* 2006. № 7. С. 68–72.
2. *Врачебные ошибки в стоматологии* / А. П. Грохольский [и др.]. Киев : Здоров'я, 1994. 222 с.
3. *Гнатюк, О. П.* Врачебные ошибки и профессиональные правонарушения. Ответственность медицинских работников и меры их предупреждения / О. П. Гнатюк // *Вестник Росздравнадзора.* 2016. № 2. С. 16–21.
4. *Гражданский кодекс Республики Беларусь.* Минск : НЦПИ, 2017. 656 с.
5. *Давыдовский, И. В.* Врачебные ошибки / И. В. Давыдовский // *Советская медицина.* 1941. № 3. С. 3–18.
6. *Походенько-Чудакова, И. О.* Деонтология и этика врача-стоматолога : учеб.-метод. пособие / И. О. Походенько-Чудакова, О. И. Абаимова. Минск : БГМУ, 2004. 44 с.
7. *Комментарий к Уголовному кодексу Республики Беларусь* / В. А. Круглов, Е. И. Климова. Минск : Амалфея, 2015. 1008 с.
8. *Страхование профессиональной ответственности как форма социальной защиты медицинских работников* / Р. В. Коротких [и др.] // *Здравоохранение.* Москва. 2000. № 7. С. 49–65.
9. *Лудупова, Е. Ю.* Врачебные ошибки. Литературный обзор / Е. Ю. Лудупова // *Вестник Росздравнадзора.* 2016. № 2. С. 6–13.
10. *Сергеев, В. В.* Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок / В. В. Сергеев, С. О. Захаров // *Здравоохранение Российской Федерации.* 2000. № 1. С. 7–9.
11. *Медицинское право : учеб.* / С. Г. Стеценко [и др.]. Санкт-Петербург : РМАПО, 2011. 334 с.
12. *Трудовой кодекс Республики Беларусь.* Минск : НЦПИ, 2017. 272 с.
13. *Уголовный кодекс Республики Беларусь : с изм. и доп., внесенными Законом Респ. Беларусь от 17 июля 2018 г.* Минск : НЦПИ, 2018. 304 с.
14. *Уразалин, Ж. Б.* Экспериментальные и клинические проблемы в стоматологии : материалы III съезда стоматологии Казахстана / Ж. Б. Уразалин, Р. С. Ибрагимова, В. В. Горяинова. Алма-Ата, 1989. С. 63–67.
15. *Шарабчиев, Ю. Т.* Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи : социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья / Ю. Т. Шарабчиев // *Медицинские новости.* 2007. № 13. С. 32–39.
16. *Шарабчиев, Ю. Т.* Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи : социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья / Ю. Т. Шарабчиев // *Международные обзоры : клиническая практика и здоровье.* 2013. № 6.
17. *Yang, A.* Wrong-patient medication errors : an analysis of event reports in pennsylvania and strategies for prevention / A. Yang, D. Pharm // *Pa Patient Saf Advis.* 2013. N 10 (2). P. 41–49.
18. *Kohn, L. T.* To Err is Human : building a safer health system / L. T. Kohn, J. M. Corrigan, M. S. Donaldson. Washington, D. C. : National Academies Press, 1999. 273 p.
19. *Комментарий к Уголовному кодексу Республики Беларусь* / Н. Ф. Ахраменка [и др.] ; под общ. ред. А. В. Баркова. Минск : Тесей, 2003. 1200 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Основные модели построения взаимоотношений врача и пациента.....	4
Врачебные ошибки.....	6
Классификация врачебных ошибок	8
Причины и условия, приводящие к возникновению врачебных ошибок ...	12
Врачебные ошибки — общемировая проблема	16
Предотвращение и профилактика врачебных ошибок.....	17
Правовые аспекты профессиональной ответственности	18
Страхование профессиональной ответственности	26
Самоконтроль усвоения темы.....	28
Приложение	32
Список использованной литературы.....	36

Учебное издание

Казакова Юлия Михайловна
Походенько-Чудакова Ирина Олеговна

**ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ
В РАБОТЕ СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА
И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск И. О. Походенько-Чудакова
Редактор А. В. Лесив
Компьютерная вёрстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 19.04.19. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,32. Уч.-изд. л. 2,04. Тираж 40 экз. Заказ 323.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.