
СУЩНОСТЬ, ВИДЫ И ПРИЧИНЫ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК И ПРАВОВЫЕ СРЕДСТВА РЕДУЦИРОВАНИЯ ЭТОЙ ПРОБЛЕМЫ

А.А. Понкина

Юридический факультет им. М.М. Сперанского
Российская академия народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации
просп. Вернадского, 84, Москва, Россия, 119606

В статье исследована проблема врачебных ошибок как посягательств на права пациентов. С конституционно-правовой точки зрения исследованы природа, виды и условия возникновения врачебных ошибок. Дано авторское определение врачебной ошибки. Представлены авторские предложения по редуцированию (снижению остроты) проблемы врачебных ошибок.

Ключевые слова: врачебная ошибка, дефект медицинской помощи, ответственность, медицинское право.

Вопрос о природе и содержании врачебной ошибки крайне сложен, в силу многих объективных причин, в числе которых несовершенство современной системы представлений о здоровье человека и о механизмах человеческого организма и человеческой психики.

В нашей авторской концепции считаем возможным условно выделить следующие виды дефектов медицинской помощи:

- преступный умысел врача на убийство или на причинение вреда здоровью пациента (виновное поведение врача);
- осознанные действия самого пациента, стремящегося совершить суицид или же причинить вред своему здоровью;
- преступный умысел третьего лица (например, родственника пациента) на убийство или на причинение вреда здоровью пациента (виновное поведение указанного лица);
- преступная халатность или небрежность врача, повлекшая за собой причинение вреда здоровью пациента (виновное поведение врача);
- несчастный случай во время и при оказании медицинской помощи (отсутствует вина врача, пациента или иных лиц);
- врачебная ошибка врача (невиновное добросовестное поведение врача);
- преступный умысел фармацевтической компании на причинение вреда здоровью пациентов (виновное поведение соответствующих должностных лиц компании). Например, намеренные действия, приводящие к заражению населения болезнью с тем, чтобы заработать на продажах лекарственного средства от этой болезни;

- преступная халатность или небрежность фармацевтической компании (виновное поведение соответствующих должностных лиц компании);
- фармацевтическая врачебная ошибка.

Определение понятия

По мнению ряда экспертов, на протяжении многих лет в работах судебных медиков и юристов в понятие «врачебная ошибка» вкладывалось настолько противоречивое содержание, что это не способствовало объективному изучению данного феномена [4].

Обобщенно, медицинская ошибка — это когда «не удалось выполнить запланированные действия, направленные на достижение определенной цели терапии, или был сделан неверный выбор плана для достижения указанной цели» [20].

Бывший вице-президент Американской ассоциации домашних врачей Брюс Бэгли определил медицинскую ошибку так: «медицинская ошибка — это все то, что происходило в моем офисе, что не должно было случиться и что я совершенно не хочу, чтобы это повторилось» [19. С. 7].

В.Т. Пальчун описывает врачебную ошибку как «несоответствие диагностических, лечебных, профилактических и иных действий (или бездействия) врача (или комплекса медицинских услуг) в отношении больного, профессиональным знаниям и узаконенным соответствующим нормам, приведших к ухудшению здоровья или к смерти» [8].

Едва ли обоснованно признать приведенные выше дефиниции как точно и полностью отражающие суть врачебной ошибки, это, скорее, некие ситуативно-эмоциональные описания, позволяющие «уловить» в общих чертах это понятие.

«Классическим» определением врачебной ошибки, судя по современным отечественным публикациям по этой теме, большинством авторов признается определение, предложенное советским патологоанатомом И.В. Давыдовским: «Врачебная ошибка — вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества» [2. С. 4].

А.В. Тихомиров дает более четкое и более логически выверенное разъяснение сути врачебной ошибки: «Не распознавание или несоразмерность действий характеру и тяжести патологического процесса, естественное прогрессирование которого приводит к неизбежной угрозе (реализации этой угрозы) жизни или здоровью пациента. И неважно также, вследствие ли недобросовестного заблуждения медицинского работника наступили последствия его действий в виде физического вреда для пациента или из-за профессионального невежества. И в связи с фактической выраженностью этих последствий наступает правовая ответственность такого лица, а не в связи с тем, насколько полно соблюдены положения соответствующей инструкции» [12. С. 245].

Согласно определению С.Г. Стеценко, «врачебная ошибка — это дефект оказания медицинской помощи, связанный с неправильными действиями медицинского персонала, характеризующийся добросовестным заблуждением при отсутствии признаков умышленного или неосторожного преступления» [10. С. 534].

Ситуация с пониманием и выработкой какого-то общего, унифицированного подхода относительно понимания и толкования врачебной ошибки усугубляется тем, что существуют разные, оппонирующие друг другу, подходы.

Анализ представленных в научной литературе точек зрения на суть врачебной ошибки и ее деонтологические и квалифицирующие характеристики позволяет выделить следующие подходы.

1. Подход, основанный на квалификации всех врачебных ошибок как невиновных добросовестных действий врача (И.В. Давыдовский [2. С. 3–5, 16–18]; И.Ф. Огарков [7. С. 43]; С.С. Шевчук [14]; О.Ю. Александрова, Н.Ф. Герасименко, Ю.И. Григорьев и И.К. Григорьев [1]; С.Г. Стеценко [10. С. 534] и др.).

Например, как пишет С.С. Шевчук, в отношении врачебной ошибки выступают основными квалифицирующими ее признаками: соблюдение медицинскими работниками предусмотренных законом и обычаями правил профессионального поведения; добросовестность поведения при осуществлении медицинской деятельности; объективный характер причин, повлекших неправильное ошибочное действие (бездействие) медицинского работника [14].

2. Подход, основанный на двойственном понимании врачебных ошибок — утверждается, что таковые могут быть как «правомерные и невиновные», так и «противоправные» (А.С. Мнацаканян [6]; М.Н. Малеина [5. С. 162–163]; В.Т. Пальчун [8] и др.);

3. Подход, основанный на квалификации всех врачебных ошибок как деликтов, как виновного поведения (Я. Лейбович [3. С. 84]; Р.К. Ригельман [9. С. 12] и др.).

Например, Я. Лейбович определяет их как «недобросовестные, неверные, невежественные действия медицинских работников при оказании медицинской помощи пациенту» [3. С. 84].

Р.К. Ригельман рассматривает врачебные ошибки как вид нежелательных результатов, которых можно было бы избежать, а потому врач «за ошибки отвечать должен, поскольку их можно было бы избежать» [9. С. 12].

Не существует и общепринятой терминологии и согласованных унифицированных подходов, отражающих понятие и виды дефектов медицинской помощи.

Так, Р.К. Ригельман вводит общее понятие дефекта медицинской помощи — «нежелательные результаты», которые он подразделяет на «плохие исходы» и «врачебные ошибки». К плохим исходам указанный автор относит те, что «неизбежны при нынешнем уровне медицинских знаний вне зависимости от наших действий». Про «врачебные ошибки» он пишет, что их «можно было бы избежать, действуя иначе». При этом, по его мнению, «за плохой исход врач не не-

сет ответственности, а за ошибки он отвечать должен, поскольку их можно было бы избежать» [9. С. 12].

При этом Р.К. Ригельман выделяет два типа медицинских ошибок: 1) ошибки по неведению, означающие, что «врач не владел информацией, необходимой для правильной диагностики и лечения. Такие ошибки могут быть обусловлены трудностями, связанными с достижением врачом высокого профессионального уровня, сохранением этого уровня и осознанием границ своей компетентности. Хотя студентов-медиков больше всего пугает обилие медицинской информации, на самом деле главный источник врачебных ошибок не в недостатке знаний, а в неправильном их применении»; 2) «ошибки, обусловленные ложными умозаключениями, распространенные гораздо шире, чем ошибки по неведению» [9. С. 12].

В подходе, отраженном в работе О.Ю. Александровой, Н.Ф. Герасименко и других, понятия «дефекты медицинской помощи» и «врачебная ошибка» рассматриваются как «фактически исключают друг друга» [1].

И напротив, по мнению И.В. Тимофеева и О.В. Леонтьева, «медицинская ошибка» по юридическому смыслу близка к понятию «дефект в проведении лечебно-профилактических мероприятий». При этом под дефектом в проведении (оказании) лечебно-профилактических мероприятий указанные авторы понимают «ошибочное действие (бездействие) медицинского персонала, выразившееся в неправильном оказании (неоказании) медицинской помощи, ошибочной диагностике заболеваний и неверном лечении заболевших (пострадавших)» [11. С. 46].

В концепции С.Г. Стеценко, «дефект оказания медицинской помощи — это ненадлежащее осуществление диагностики, лечения больного, организации медицинской помощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства» [10. С. 527]. При этом указанный автор выделяет следующие виды дефектов оказания медицинской помощи: 1) врачебные ошибки; 2) несчастные случаи; 3) профессиональные преступления [10. С. 528–529].

Такие разночтения, очевидно, существенно препятствуют установлению согласованного подхода в понимании, толковании, квалификации, выявлении и фиксации врачебных ошибок.

В нашей авторской концепции ценностно-смысловое и юридико-семантическое ядро понятия «медицинской ошибки» — это добросовестное заблуждение врача. Поскольку халатность или небрежность — это уже совсем иной разговор.

Исходя из сопоставительного анализа и проведенного нами научного обобщения существующих подходов к определению понятия «врачебная ошибка», с учетом нашей авторской концепции полагаем возможным представить нижеследующее авторское определение понятия «врачебная ошибка», которое мы считаем частным случаем понятия «дефект медицинской помощи» и которое мы разделяем с понятиями «преступное умышленное нанесение вреда здоровью пациента», «несчастный случай», «виновное поведение пациента», «халатность врача», «небрежность врача» (включая невнимательность врача).

При этом полагаем, что не всякие ошибочные действия медицинского персонала следует квалифицировать как врачебные ошибки, а только те, что совершаются врачами, и при этом те, что повлекли причинение вреда здоровью пациента или его смерть.

Итак, авторское определение.

Врачебная ошибка — это случившееся событие, связанное с невиновными действиями, несвоевременными действиями или бездействием врача при осуществлении им терапии, медицинского обследования, диагностирования или оказании экстренной медицинской помощи либо при совершении им иных медицинских манипуляций и мер в отношении пациента, повлекшее причинение вреда здоровью пациента или его смерть, при условии, что врач, должным образом выполняя установленные инструкции, в связи с объективными условиями добросовестно заблуждался в отношении диагноза (полностью или частично по основному или сопровождающему(им) заболеванию(ям)), или ответственно назначаемого комплекса медицинских манипуляций и мер в отношении пациента, или в отношении ответственно прогнозировавшихся им последствий совершения медицинских манипуляций и мер в отношении пациента, или в отношении ответственно предоставляемой пациенту информации о состоянии его здоровья, о его должном поведении в связи с этим и о перспективах и рисках реализуемых медицинских манипуляций и мер и, соответственно, не мог в необходимой мере предвидеть и предотвратить нанесение вреда здоровью пациента.

При этом мы считаем необоснованным относить к врачебной ошибке событие, повлекшее причинение вреда здоровью пациента или его смерть вследствие профессионального невежества, незнания или неумения врача, когда врач мог и должен был обладать необходимыми знаниями, навыками, умениями и компетентностями исходя из его подтвержденного документально уровня подготовки и профессиональной квалификации.

Собственно, такой подход предполагает, что по ряду заболеваний определенные действия недавнего выпускника медицинского вуза могут быть квалифицированы как медицинская ошибка, тогда как в отношении более высококвалифицированного врача оснований для признания неблагоприятного исхода лечения врачебной ошибкой может и не оказаться.

Мы также считаем, что речь следует вести об уже случившемся событии, поскольку в противном случае имеет смысл говорить о риске врачебной ошибки, угрозе врачебной ошибки, благоприятных для совершения врачебной ошибки условиях.

При этом обоснованно поднять и обсудить вопрос об согласовании некоторых нижних пределов нанесенного здоровью пациента вреда, с которых и возможно будет вести речь о врачебной ошибке.

Классификация врачебных ошибок

Полагаем, что врачебные ошибки могут быть классифицированы по природно-онтологическому критерию по следующим видам.

1. Врачебные ошибки, детерминированные человеческим фактором.

К числу таких детерминантов следует отнести недостаточность критического мышления и аргументации врача, его недостатки профессионального чутья, обусловивших, в конечном итоге, принятие неверного решения. Сюда же следует отнести недостатки профессиональных компетентностей врача — тех, уровень которых вполне отвечает установленным по занимаемой должности и присвоенной профессиональной квалификации требованиям, но которые, к сожалению, недостаточны для данной конкретной ситуации.

К данной группе, возможно, стоит отнести и врачебные ошибки, вызванные усталостью врача от перегрузки работой (например, вследствие сокращения расходов на больницы).

2. Врачебные ошибки, обусловленные системными пороками, сбоями и иными системными детерминантами.

К группе условий, определяющих этот тип врачебной ошибки, обоснованно отнести инструментальные (приборные) погрешности и объективное несовершенство существующей медицинской аппаратуры и той медицинской аппаратуры, которая могла оказаться (устаревшей модели, плохого качества, с уже большим сроком эксплуатации) в данном медицинском учреждении в распоряжении конкретного врача.

3. Ситуативные (казуальные) врачебные ошибки.

Например, это может быть связано с атипичным течением заболевания, с мультиплицированным (наложенным, сложным образом коррелирующим и взаимоусиливающим) характером течения сочетания заболеваний. Это также могут быть казуальное сочетание человеческого фактора и условий внешней среды.

4. Врачебные ошибки, обусловленные сочетанием двух или трех из вышеуказанных типов.

По инструментально-функциональному критерию виды врачебных ошибок можно также классифицировать следующим образом:

- ошибка диагноза;
- ошибка действия;
- ошибка оценки текущего состояния пациента;
- ошибка прогноза состояния пациента;
- ошибка оценки соразмерности дозы препарата и состояний и особенностей больного.

Кроме того, это может быть ошибка исполнения или планирования, а также ошибка в отношении данного пациента или ошибка консолидированного подхода терапии в отношении группы таких больных.

Причины и условия появления врачебных ошибок

Полагаем, что сущность врачебной ошибки определяется следующими ее онтологическими особенностями, детерминированными объективными причинами и условиями.

1. Врачебные ошибки неминуемы, поскольку ни один человек не является непогрешимым, в том числе врач.

Известное латинское изречение «errare humanum est» («каждому человеку свойственно ошибаться») подтверждает и без того известную истину, что не существует людей, которые никогда не ошибаются.

2. Врачебные ошибки неминуемы, поскольку объективно врачебная наука и врачебная практика несовершенны.

Обоснованно выделить следующие причины в рамках данной группы:

- достаточно быстрые изменения медицинской науки и практики, в том числе толкований этиологии и патогенеза по конкретным группам заболеваний;
- неидеальность медицинской техники, в том числе диагностирующих систем;

- неисследованность во многом человеческого организма, отсутствие в принципе возможности 100-процентной диагностики в ряде случаев.

«Задачи врачебной подготовки состоит в том, что снабдить выпускаемого врача целеполаганием и дать ему карту, достаточно несовершенную, учитывая планируемый жизненный путь», — писал Уильям Ослер [22. С. 36].

Но эта «карта» не может быть совершенной в принципе.

Как говорит В.Т. Пальчун, «при исполнении профессиональной деятельности врачебные ошибки стоят за спиной у каждого врача» [8].

Не случайно известный русский врач С.П. Боткин писал: «Я считаю себя неплохим диагностиком, но все же я был бы удовлетворен, если бы 30% моих диагнозов были правильными».

3. Врачебные ошибки неминуемы, поскольку чрезвычайно сложны и недостаточно изучены механизмы человеческого организма и человеческой психики.

Как указывает А.В. Тихомиров, «любое медицинское вмешательство сопровождается рисками осложнений и иных последствий, в отношении которых неизвестно, наступят они или не наступят» [13]. «Медицина не может процветать только на научных знаниях, так как точная наука не в состоянии охватить человеческие факторы, влияющие на здоровье и болезнь», — писал Рене Жюль Дюбо [17].

Выделим следующие причины в рамках данной группы:

- ситуация с атипичным протеканием заболевания;
- ситуация с сочетанными заболеваниями мультиплицированного (наложенного, сложным образом коррелирующего и взаимоусиливающего) результирующего характера;

- следствие особенно сложной симптоматики, усугубленной особенностями организма конкретного пациента;

- запоздало обнаруженная непереносимость пациентом определенных лекарственных средств или их сочетаний, притом что обычно используемыми средствами выявить такую непереносимость не представлялось возможным;

– постоянное появление новых штаммов болезнетворных организмов, совершенствование вирусов (повышение устойчивости к лекарственным средствам).

4. Врачебные ошибки неминуемы, поскольку это во многих случаях обусловлено сложностью процессов оказания медицинской помощи.

Немалое число врачебных ошибок являются прямым следствием высокой сложности процессов лечения и сложности предотвращения врачебных ошибок.

И панацеей от этого совершенно не является предлагаемое многими авторами неукоснительное следование неким инструктивным алгоритмам действий врача, поскольку здесь вступают в действие математические законы.

Как обоснованно указывают Элис К. Бешер и Марк Р. Чассин, «если бы каждый шаг в алгоритме из десяти этапов был бы выполнен на 99%, то надежность безошибочной работы системы составила примерно 90%. Но аналогичный процесс только с пятьюдесятью шагами алгоритма даст всего лишь 61% безошибочности системы» [16. С. 72].

Также к причинам врачебных ошибок в рамках данной группы отнесем следующие:

– недостаточного качества организация системы обеспечения медицинской деятельности, в том числе — недостаточное разграничение полномочий врачей, врачей с младшим медицинским персоналом, недостаточно четкое определение должностных обязанностей, в том числе в критических ситуациях;

– ненадлежащего качества организация или нарушения системы медицинского документооборота, что в условиях прохождения пациента через многочисленных врачей приводит к отсутствию координации и ошибкам.

Меры по редуцированию проблемы врачебных ошибок

Поскольку врачебные ошибки вероятны и, как должное следствие, ожидаемы, система должна быть направлена на редуцирование (снижение остроты) проблемы врачебных ошибок, на предотвращение, «поглощение» и демпфирование врачебных ошибок.

Филипп Стаежер, Бернар Фавра, Ж.-П. Ваде и Жак Корнюз пишут, что при оценке последствий врачебной ошибки обычно используются два подхода: индивидуальный подход и системный подход.

Индивидуальный подход предусматривает, что вредные действия осуществляются злонамеренными людьми, поскольку человеческие существа всегда имеют возможность выбирать между безопасным поведением и небезопасным поведением. Поэтому при нанесении существенного вреда здоровью человека всегда существует преступник. Какие-то его действия объявляются непосредственной причиной неблагоприятного события. И этот человек будет нести ответственность и наказание за ошибку.

Едва ли такой подход объективен и справедлив, поскольку в немалом числе случаев стечение разнообразных обстоятельств и действия многих людей (в том числе пациента) становятся интегральной причиной неблагоприятного исхода [23].

Системный подход предполагает, что человеческим существам свойственно ошибаться, что ошибки неизбежны, что помимо ошибок активных есть система, которая включает в себя скрытые факторы и условия, способствующие возникновению ошибок.

Для профилактики неблагоприятных событий необходимо, чтобы последствия ошибки «прошли» через специально создаваемые «барьеры» таким образом, образно выражаясь — стали проницаемыми из-за возникновения «отверстий», как в швейцарском сыре.

При таком подходе главное не столько выяснить, кто виноват и должен понести ответственность за неблагоприятные события (в ряде случаев без этого не обойтись), сколько выяснить, почему «оборона» дала сбой.

Этот системный подход является более эффективным, так как служит отправной точкой для углубленного анализа системы, позволяет выявить «корни» врачебной ошибки, оценить недостатки защитных «барьеров», устанавливаемых против врачебных ошибок (например, проведение консилиумов, подтверждение диагноза вторым врачом, установление регламентов и т.д.) [23].

И действительно, можно ужесточить уголовную ответственность для врачей (и наверно, стоит ужесточить ответственность — но только за врачебную халатность) и гражданско-правовую для лечебных учреждений (последняя проблема решается посредством страхования лечебных учреждений на случай врачебной ошибки — за счет повышения тарифов оказания платных услуг для больных), но все это не решает проблемы существования самой врачебной ошибки.

Необходимо проектирование и строительство эффективной системы предотвращения врачебных ошибок.

По нашему мнению, редуцирование проблемы врачебных ошибок, включая превенцию врачебных ошибок, может осуществляться комплексами нижеследующих мер.

1. Пруденциальный контроль врачебных ошибок.

Наиболее эффективным средством предупреждения врачебных ошибок может стать, по нашему мнению, только превентивный пруденциальный контроль внутри системы оказания медицинской помощи.

Пруденциальный контроль врачебных ошибок — предварительный, превентивно реализуемый контроль, позволяющий фиксировать и прогнозировать потенциальные возможности осложнений и проблем в деятельности медицинских учреждений, связанный с системным мониторингом угроз, «слабых звеньев», на предмет «поиска» и «перехвата» врачебных ошибок до их совершения.

Томас У. Нолан предложил стратегию, основанную на трех мерах [21. С. 771–773]:

- 1) разработка системы с тем, чтобы предотвращать врачебные ошибки;
- 2) установление процедур для того, чтобы сделать врачебные ошибки заметными, отслеживаемыми, чтобы они могли быть «перехвачены»;

3) установление процедур для снижения последствий ошибок, которые не были обнаружены и «перехвачены».

2. Специальная подготовка врачей по тематике предупреждения и выявления врачебных ошибок.

Специальное обучение медицинских работников методам предотвращения, выявления и квалификации врачебных ошибок, оценки их угроз. Такая подготовка должна осуществляться с отработкой, репетициями сценариев врачебных ошибок, с имитацией проблем, которые могут возникнуть.

3. Системно-структурные и функционально-инструментальные улучшения в системе медицинской помощи.

Снижение зависимости качества медицинской помощи пациенту от памяти врача (контрольные протоколы, улучшение доступа медицинского персонала к необходимой медицинской информации и др.).

4. Выстраивание нормальных коммуникаций между врачом и пациентом.

Полагаем, что весьма важным механизмом предупреждения врачебных ошибок является выстраивание нормальных коммуникаций между врачом и пациентом, простое выслушивание врачом своих пациентов.

Не случайно Джоанн Тернбулл, исполнительный директор Национального фонда безопасности пациентов (Чикаго, США), утверждает, что это должно явиться отправной точкой в решении проблемы врачебной ошибки в амбулаторных условиях, рекомендуя пациентам для оценки качества медицинской помощи в конкретном медицинском учреждении: «Посмотрите на готовность выслушать и ответить на ваши вопросы» [18].

Такое выслушивание должно включать опросы пациентов и учет их мнения относительно их удовлетворенности оказываемыми медицинской помощью и медицинским уходом, условиями пребывания в медицинском учреждении, качеством проведения медицинских обследований, оказываемых медицинской помощи и медицинского ухода, должно включать понимание, в чем нуждаются пациенты, чтобы на основе учета этой информации корректировать проектируемые комплексы мер терапии. А все это одновременно явится и наполнением реальными гарантиями целого ряда прав пациентов.

5. Коренное изменение отношения врачебной корпорации к врачебной ошибке.

Как пишет Джон Банджа, наиболее часто встречающимися самооправданиями медицинских работников в связи с врачебной ошибкой являются: «Для чего раскрывать факты врачебных ошибок? Ведь больной умрет в любом случае»; «Сказать семье пациента, претерпевшего врачебную ошибку, будет еще большим усугублением их состояния»; «Это была ошибка пациента. Если бы он был не таким (ожиревшим, больным, недисциплинированным и т.д.), эта ошибка не причинила бы столько вреда»; «Ну, мы сделали все возможное. Такие вещи случаются»; «Если мы не полностью и абсолютно уверены, что врачебная ошибка была и что ею был причинен ущерб, мы и не должны говорить об этом» [15].

Но это — тупиковый путь.

Известный русский хирург Н.И. Пирогов подчеркивал, что только беспощадная критика в отношении своих ошибок может быть адекватной расплатой за их высокую цену.

Понятно, что этого явно недостаточно за утраченное здоровье, а то и жизнь человека. Но именно в отношении врачебной корпорации кроется залог решения этой проблемы или, напротив, замалчивания.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Александрова О.Ю., Герасименко Н.Ф., Григорьев Ю.И., Григорьев И.К.* Ответственность за правонарушения в медицине: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Академия, 2006.
- [2] *Давыдовский И.В.* Врачебные ошибки // Советская медицина. — 1941. — № 3.
- [3] *Лейбович Я.* Врачебные ошибки и незаконное врачевание (судебная ответственность врачей). — Л.- М., 1926.
- [4] *Леонтьев О.В., Кустов В.Д., Курганский Ю.Д., Федорова Е.В.* Особенности юридической ответственности в медицине. — СПб., 2000.
- [5] *Малеина М.Н.* Человек и медицина в современном праве. — М., 1995.
- [6] *Мнацаканян А.С.* Гражданско-правовая ответственность исполнителя медицинских услуг: Дисс. ... канд. юрид. наук. — Краснодар, 2008.
- [7] *Огарков И.Ф.* Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. — Л., 1966.
- [8] *Пальчун В.Т.* Врачебные ошибки — классификация и предупреждение // Вестник оториноларингологии. — 2008. — № 1.
- [9] *Ригельман Р.К.* Как избежать врачебных ошибок: Книга практикующего врача / Пер. с англ. — М.: Практика, 1994.
- [10] *Стеценко С.Г.* Медицинское право: Учебник. — СПб.: Юридический центр Пресс, 2004.
- [11] *Тимофеев И.В., Леонтьев О.В.* Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты. — СПб., 2002.
- [12] *Тихомиров А.В.* Медицинское право. — М., 1997.
- [13] *Тихомиров А.В.* Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: Дисс. ... канд. юрид. наук. — М., 2008.
- [14] *Шевчук С.С.* Проблемы правовой квалификации врачебной ошибки. URL: http://medadvocat.ru/view_page.php?page=87.
- [15] *Banja J.* Medical Errors and Medical Narcissism [Медицинские ошибки и медицинский нарциссизм]. — Sudbury (MA; USA): Jones & Bartlett Learning, 2005.
- [16] *Becher E.C., Chassin M.R.* Improving Quality, Minimizing Error: Making It Happen // Health Affairs. — 2001. — Vol. 20. — № 3. — P. 68–81.
- [17] *Dubos R.J.* Mirage of Health: Utopias, Progress and Biological Change. — New Jersey: Rutgers University Press, 1987.
- [18] Get Out of the Hospital Alive. URL: <http://www.healingwithnutrition.com/newsclips/archive/hospital.html>.
- [19] *Jenicek M.* Medical error and harm: Understanding, prevention, and control. — New York: A Productivity Press Taylor & Francis Group, 2011.
- [20] *Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S.* Building a safer health system. — Washington: Institute of medicine; National Academy Press, 2000.

- [21] *Nolan T.W.* System changes to improve patient safety // *British Medical Journal*. — 18.03.2000. — № 320. — P. 771–773.
- [22] *Osler W.* Aphorisms from his bedside teachings and writings / W.B. Bean (ed.). — New York: Henry Schuman, 1950.
- [23] *Staeger P., Favrat B., Vader J.-P., Cornuz J.* L'erreur en médecine ambulatoire: comment l'aborder? // *Revue Médicale Suisse*. — 28.11.2007. — № 135.

THE ESSENCE, THE TYPES AND CAUSES OF MEDICAL ERRORS AND LEGAL MEANS OF REDUCTION OF THE PROBLEM

A.A. Ponkina

Faculty of Law
Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration
84, *Vernadskogo av., Moscow, Russia, 119606*

The paper investigated the problem of medical errors as encroachments on the rights of patients. On the constitutional and legal point of view, studied the nature, types and conditions for the occurrence of medical errors. Given the author's definition of medical errors. Author presents suggestions for reducing (alleviate) the problem of medical errors.

Key words: medical error, defect of care, responsibility, medical law.