

Правовые аспекты в практике врача-инфекциониста

Л.Н. Мазанкова¹, И.В. Понкин², Т.А. Чеботарева¹, А.А. Понкина³

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия;

²Институт государственной службы и управления Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, Москва, Россия;

³Институт государственно-конфессиональных отношений и права, Москва, Россия

Legal aspects in the infectious disease specialist's practice

L.N. Mazankova¹, I.V. Ponkin², T.A. Chebotareva¹, A.A. Ponkina³

¹Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russia;

²The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia;

³Institute of State and Confessional Relations and Law, Moscow, Russia

Статья посвящена исследованию правового положения врача-инфекциониста и конкретных правовых аспектов в практике врача-инфекциониста. Авторы статьи акцентируют внимание на том, что применительно именно к врачам-инфекционистам особенно важно формировать правовую грамотность и компетентность (как одну из профессиональных компетенций врача) в рамках программ повышения квалификации непрерывного профессионального образования.

Ключевые слова: правовой статус врача, права врачей, медицинская деонтология, инфектология, инфекция.

Для цитирования: Мазанкова Л.Н., Понкин И.В., Чеботарева Т.А., Понкина А.А. Правовые аспекты в практике врача-инфекциониста. Рос вестн перинатол и педиатр 2020; 65:(2): 7–14. DOI: 10.21508/1027-4065-2020-65-2-7-14

The article studies a legal status and specific legal aspects in the practice of the infectious disease specialist. The authors of the article emphasize how important it is to develop legal literacy and competence (as one of the doctor's professional competencies) within the framework of continuing professional education programs.

Key words: physician's legal status, physician's right, medical deontology, infectology, infection.

For citation: Mazankova L.N., Ponkin I.V., Chebotareva T.A., Ponkina A.A. Legal aspects in the infectious disease specialist's practice. Ros Vestn Perinatol i Peditr 2020; 65:(2): 7–14 (in Russ). DOI: 10.21508/1027-4065-2020-65-2-7-14

Вопросы правовых аспектов в практике врача-инфекциониста лечебно-диагностического учреждения и специфики правового положения врача-инфекциониста до сих пор не получили в отечественной научной литературе должного освещения и объяснения от представителей как медицинской, так и юридической наук, тем более в междисциплинарной исследовательско-интерпретационной проекции. Зарубежные издания тоже крайне скудны на этот счет. Между тем эти вопросы имеют прямое отношение к правам врачей [1].

© Коллектив авторов, 2020

Адрес для корреспонденции: Мазанкова Людмила Николаевна – д.м.н., проф., зав. кафедрой детских инфекционных болезней Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, ORCID: 0000-0002-0895-6707, e-mail: mazankova@list.ru

Чеботарева Татьяна Александровна – д.м.н., проф. кафедры детских инфекционных болезней Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, ORCID: 0000-0002-6607-3793
123242 Москва, Баррикадная улица, д. 2/1, стр. 1

Понкин Игорь Владиславович – д.ю.н., проф. кафедры государственного и муниципального управления Института государственной службы и управления РАНХиГС при Президенте РФ, ORCID: 0000-0003-4438-6649
119571 Москва, пр. Вернадского, д. 82, кор. 1

Понкина Александра Александровна – к.ю.н., зам. председателя правления Института государственно-конфессиональных отношений и права, ORCID: 0000-0002-0227-8482

e-mail: droit.du.patient@gmail.com

127055 Москва, ул. Новослободская, д. 58, кор. 5

К сожалению, в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 27.12.2019, с изм. от 13.01.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в Федеральном законе от 17.09.1998 № 157-ФЗ (ред. от 28.11.2018) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» эти вопросы не нашли должного учета. В числе прав врачей, перечисленных и гарантированных частью 1 статьи 72 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», эти вопросы также почти не отражены в плане создания условий для выполнения трудовых обязанностей и страхования риска своей профессиональной ответственности.

В последние годы все более возрастает внимание к юридическим проблемам врачей и их правам, обязанностям, ответственности. Это происходит не только со стороны ориентированных на защиту пациентов организаций и правоохранительных органов (в связи с ростом жалоб, судебных дел, досудебных разбирательств и пр.) [2] и со стороны представителей юридической науки [1, 3, 4], но и прежде всего и более всего – со стороны медицинской общности, медицинских организаций, врачебных самоуправляемых и саморегулируемых органов [5].

Практически все авторы и документы подводят к выводу о насущной необходимости повышения правовой грамотности врачей, что позволило бы им

лучше понимать проблемы нормативно-правового регулирования в области здравоохранения, лучше ориентироваться в правовом пространстве, лучше знать свои права и обязанности, свою ответственность. Названному кругу вопросов (в том числе в контексте вопросов овладения правовой грамотностью как профессиональной компетенцией врача-инфекциониста на этапе непрерывного профессионального образования) посвящена настоящая статья. В современных условиях возрастания количества уголовных дел в отношении врачей-инфекционистов демонстрируется актуальность данной проблемы, которую надлежит обсуждать [6, 7].

Специфичность правовой и ценностной онтологии повседневной деятельности врача-инфекциониста и его деятельности в критических клинических ситуациях

Правовая и ценностная онтология повседневной деятельности врача-инфекциониста и его деятельности в критических ситуациях существенно отличается от таковой у врачей других специализаций, существенно осложнена спецификой онтологии его работы, заключающейся в следующем (специфические негативные последствия, обусловленные дефектными «реформами» в сфере здравоохранения, в настоящей статье не затрагиваются):

1) деятельность врача-инфекциониста имманентно онтологически связана или сопряжена с инфекционными процессами и детерминирована постоянным, систематическим контактированием с патогенными или условно-патогенными возбудителями (инфектогенами) и носителями инфекций, в том числе и очень часто отсутствует информированность об этом в необходимой мере, что определяет следующее:

- специфичная и повышенная ответственность врача-инфекциониста;
- особые для здоровья и жизни самого врача-инфекциониста риски, сопряженные с его деятельностью (риск заражения на рабочем месте);
- специфические вредные и пониженно-комфортные для самого врача-инфекциониста условия труда, повышенная интенсивность и глубина физических и психологических перегрузок (в нашей стране не соответствующих размерам оплаты труда) в его повседневной деятельности;

2) деятельность врача-инфекциониста выражено сопряжена с энтропийными процессами, детерминированными появлением совершенно новых инфекционных агентов, мутациями (в том числе высокоспецифичными и интенсивными, высокоскоростными) возбудителей инфекционных заболеваний, в том числе с приобретением таковыми свойств к «иммунному ускользанию» и устойчивости (ригидности) к известным и ранее эффективно применявшимся средствам и методам терапии, что детерминирует следующее:

– практически постоянная необходимость (вынужденность) поисков и обеспечения существенного развития диагностических и терапевтических средств и методов инфектологии (при достаточно выраженной в нашей стране затрудненности для практикующего врача-инфекциониста за свой счет проходить с нужной периодичностью повышение квалификации и ограниченности делать это за государственный счет, за счет работодателя); начатый переход на новые условия непрерывного медицинского образования (в данном случае – в отношении врачей-инфекционистов) создает определенные положительные тенденции и перспективы, но в общем ситуацию меняет мало [8, 9];

– повышенные риски врачебных ошибок и в целом дефектов медицинской помощи в отношении пациентов в деятельности врача-инфекциониста;

– повышенные интенсивность и глубина эмоционального выгорания врача-инфекциониста;

3) деятельность врача-инфекциониста выражено сопряжена с инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, – внутрибольничными инфекциями (нередко устойчивыми к антибиотикам внебольничными инфекциями), что также детерминирует повышенные риски врачебных ошибок;

4) сопряженность, увязанность врача-инфекциониста лечебно-диагностического учреждения с системой санитарно-эпидемиологических мероприятий в условиях мультидетерминированности заболеваний и сложной интерсекциональности их причин (в том числе социальных).

Все изложенное одновременно предопределяет и особую специфику правового положения именно врача-инфекциониста по отношению к общему объему правовых статусов в профессиональном врачебном сообществе. Все это налагает значительную специфику на отношения между врачом-инфекционистом и пациентом и между медицинской организацией и пациентом, а также на отношения между медицинской организацией и осуществляющей в ней трудовые отношения врачом-инфекционистом. И, что гораздо более важно для самого врача-инфекциониста, влечет для него существенное редуцирование реальных возможностей защищаться и быть защищенным, отстаивать свою невиновность (при объективно своей невиновности) в случае дефекта медицинской помощи, повлекшего печальные последствия для пациента.

Повышенная рискогенность профессиональной деятельности врача-инфекциониста для его собственного здоровья

Риск инфицирования врача-инфекциониста (возбудителем туберкулеза, ВИЧ и др.) на рабочем месте (с последующим заболеванием и даже смертью) зависит от очень многих условий, в числе которых – условия его труда. Но какие бы строгие меры ни принимались, эта проблема остается.

Ежегодно в России около 320 тыс. медицинских работников не выходят на работу из-за болезней, приводящих к инвалидизации и повышенной смертности среди врачей и среднего медицинского персонала в трудоспособном возрасте. Так, в возрасте до 50 лет показатели смертности медицинских работников в среднем на 32% выше, чем средние показатели смертности населения по стране. При этом именно инфекции занимают доминирующее место [10, 11].

Частные юридически значимые ситуации в онтологии профессиональной деятельности врача

В настоящее время в России в лечебно-диагностических медицинских учреждениях наблюдается резкий рост негативного отношения к медицинским работникам и жалоб на них пациентов, а в детских медицинских организациях – родителей. Количество жалоб увеличивается более чем интенсивно.

Ситуация с халатностью некоего врача, его безобразным, безответственным поведением и отношением к пациенту более или менее ясна, что с медико-правовой, что с медико-деонтологической позиций. И в настоящей статье не рассматривается. Но что делать добросовестному врачу в ситуации жалоб пациентов? Нужно ли доказывать свою правоту (в смысле – не безнадежное ли это дело)? Всегда ли необходимо отвечать на жалобы? Каким образом следует отвечать? Чтобы, по крайней мере, этот ответ не был бы в последующем приобщен (в невыгодной для врача модальности) к уголовному делу, возбужденному в отношении этого врача.

Если рассматривать по аналогии закона, согласно ч. 3 ст. 11 Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ (ред. от 27.12.2018) «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» [12], правомерно не отвечать на обращения, содержащие оскорбительные выражения или угрозы, как реализующие недопустимое злоупотребление правом. При этом понятие «оскорбительный» является если не «бесконечно растяжимым», то весьма обширным по содержанию, нуждающимся в уточнении в конкретной ситуации, требующей рассмотрения по существу.

Пример: жалоба матери ребенка N., 3-х лет, с окончательным диагнозом: острая кишечная инфекция. В жалобе матери ребенка основной причиной дефекта оказания медицинской помощи было указано отсутствие динамики медицинских осмотров дежурным врачом в ночной период времени от момента госпитализации в 21.00 до 8.00. При экспертизе данной жалобы было установлено, что в приемном отделении стационара проведен осмотр педиатром в 21.10 и хирургом в 21.30. Выполненные на этапе госпитализации в период с 21:30 до 22.10 исследования общего анализа крови, общего анализа мочи, ультразвукового исследования органов брюшной полости и исследование кислотно-щелоч-

ного состава, глюкозы и электролитов крови позволили исключить острую хирургическую патологию, электролитные и метаболические нарушения, ацетонемическое состояние, дебют сахарного диабета. По записям в истории болезни ребенка N. дважды был проведен осмотр пациента дежурным врачом, указаны температура тела ребенка на момент осмотра, показатели артериального давления, частоты дыхательных движений и частоты сердечных сокращений и статус ребенка. Кроме того, в истории болезни имеется запись о повышено-тревожном состоянии матери и использовании ею ненормативной лексики в адрес врача и угроз причинения вреда его здоровью. Таким образом, жалоба матери признана необоснованной и, вероятнее всего, имела эмоциональную основу. Увы, такие эмоциональные выплески, когда родители испытывают острейший стресс, связанный с болезнью ребенка и необходимой госпитализацией в стационар, тоже наблюдаются в онтологии врача-инфекциониста и врача любой специальности.

Вместе с тем, если жалоба признается обоснованной, врачи имеют право на ответ с объяснениями обстоятельств оказания медицинской помощи и содержания оказанной медицинской помощи. Это может быть сделано с привлечением врачебных комиссий внутри медицинской организации, где работает врач.

Разрабатывать краткие универсальные алгоритмы на этот счет – дело совершенно неблагодарное, поэтому ниже вкратце мы изложим обобщенный перечень возможных и необходимых юридически значимых действий. Эти действия в любом случае придется совершать для защиты прав, законных интересов и профессиональной чести врача. Итак, требуются следующие действия:

1) тщательный анализ сути претензий, инвектив, требований и субъективных оценок, изложенных в жалобе пациента, его законного представителя, наконец, его адвоката;

2) тщательное исследование всей референтной медицинской документации (медицинской карты, истории болезни, заключений о результатах медицинских исследований) по данному делу (это наиболее важный источник доказательств вины или невиновности по врачебным делам), отражающей состояния пациента (при поступлении, промежуточные, после выписки); анализ информации: жалобы пациента, анамнез, назначенные медицинские исследования, основания для них и результаты их проведения, «за» и «против» клинического диагноза, основания для избрания и содержание тактики ведения больного, развитие симптомов, интерпретация результатов анализов (все это по возможности надлежит отражать в медицинской документации);

3) сбор объяснений у других (помимо обсуждаемого врача) сотрудников медицинской организации, в рамках своего медицинского функционала

общавшихся с пациентом (обжаловавшего действия врача), осуществлявшим первичный опрос или осмотр либо медицинские исследования этого пациента;

4) коллегиальная (или распределенная по нескольким другим врачам) экспертиза действий врача (чьи действия обжалованы в административном порядке или повлекли уголовно-процессуальную проверку, возбуждение уголовного дела) – в части обоснованности и адекватности произведенного им медицинского диагностического обследования и опроса им пациента (обжаловавшего действия врача), постановки диагноза, назначения медицинских исследований и тактики ведения больного; причем, полагаем, обоснованно для большей эффективности и объективности рассмотрения и оценки случая не только априорно в защиту обсуждаемого врача, но и (в лице специально выделенного специалиста этой же медицинской организации) в состязательном (проигрывание ситуации) рассмотрении в защиту требований пациента;

5) при объективно выявленном дефекте оказанной медицинской помощи оценка вклада всех обстоятельств и всех причастных лиц, вида такого дефекта (невиновное поведение врача в условиях врачебной ошибки, либо несчастный случай, либо дефект фармацевтического обеспечения, сбоя медицинской аппаратуры, халатность в действиях обсуждаемого врача или иного задействованного медицинского работника) [13, 14];

6) при необходимости, проведение личных встреч с заявителями для уточнения и/или доведения позиций, согласования путей для разрешения конфликта;

7) на врачебной комиссии утверждение окончательных итогов рассмотрения жалобы и обстоятельств дела, текста письменного ответа пациенту или проводящему (по жалобе пациента) проверке органу.

Практически на каждом из указанных этапов может крыться существенно значимая основа для правовой (юридической) оценки жалобы и отражаемой ею ситуации, а равно для оценки судебной перспективы рассмотрения. Однако здесь же можно отыскать релевантные обоснования не только невиновности врача в уголовно-правовом, административно-правовом и гражданско-правовом смыслах и значениях, но и обоснование соблюдения им всех необходимых протоколов, клинических рекомендаций, соответствия его (и других врачей в этой же ситуации) поведения разумному поведению.

Пример: в жалобе отца ребенка W. двух лет отмечалось, что при установленном диагнозе RS-инфекции с выраженным бронхообструктивным синдромом лечащим врачом не была назначена противовирусная этиотропная терапия и это привело к ухудшению состояния, развитию пневмонии и нанесло вред здо-

ровью ребенка. Однако в истории болезни при поступлении не были описаны клинические симптомы бронхообструктивного синдрома, анализ крови на RS-вирус не был взят, на рентгенограмме органов грудной клетки – отражены признаки начинающейся правосторонней пневмонии, назначена антибактериальная терапия пневмонии. Жалоба может быть признана не соответствующей клинической ситуации, отраженной в медицинской карте стационарного больного.

Обращение граждан в правоохранительные органы по ситуациям, в которых имелся дефект медицинской помощи или таковые так субъективно оценены заявителями, нередко заканчивается открытием уголовного дела. К примеру, по данным Следственного комитета Российской Федерации, только в 2016–2017 гг. в производстве следственных органов Российской Федерации находилось 143 уголовных дела в отношении 167 лиц со вступившими в законную силу судебными решениями. Деяния медицинских работников по этим делам квалифицированы в большинстве случаев по статье 109 «Причинение смерти по неосторожности» Уголовного кодекса Российской Федерации (78% дел), а также статьям 118 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности», 124 «Неоказание помощи больному», 238 «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности» и 293 «Халатность» Уголовного кодекса Российской Федерации [2]. Хотя врачи-инфекционисты не входят в пятерку профессиональных специализаций, дающих наиболее существенные приросты числа дефектов медицинской помощи, а сами масштабы не слишком велики в масштабах страны, фиксируемая в последние 10 лет тенденция не может не вызывать тревоги и предопределяет актуализацию обсуждаемого тематического горизонта.

Более того, проблема усугубляется тем, что среди личного состава органов Следственного комитета Российской Федерации, органов прокуратуры Российской Федерации практически нет компетентных специалистов в медицинской праве, фармацевтическом праве и биоэтике. При решении вопроса о вине врача и привлечении его к уголовной ответственности, например, по статье 109 «Причинение смерти по неосторожности» или 118 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности» Уголовного кодекса Российской Федерации используются заключения судебно-медицинских экспертов и экспертов-клиницистов, в отношении которых тоже есть ряд вопросов, равно как и правовых проблем в части урегулирования их профессиональной деятельности.

При рассмотрении конкретных случаев неблагоприятных исходов врача зачастую обвиняют в несо-

блюдении стандартов оказания медицинской помощи по той или иной нозологии. Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 27.12.2019, с изм. от 13.01.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [15], соответствие лечебно-диагностических мероприятий принятым стандартам обязательно, по крайней мере в части их учета (п. 4 ст. 10, ч. 1 ст. 36.2, п. 4 ч. 1 ст. 37, п. 3 ч. 2 ст. 37. Согласно п. 3 ч. 1 ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается на основе клинических рекомендаций, требования к разработке и утверждению которых определяются ст. 37 этого Федерального закона [15].

Однако сегодня фиксируется определенный разрыв между стандартами Минздрава с длительными сроками запрограммированного действия (например, по детских инфекциям) и клиническими протоколами, обновляемыми регулярно, которые в существенно большей мере соответствуют современным подходам к диагностике и лечению с применением новых медицинских технологий и лекарственных средств. Доказать вину врача, исходя из выявления факта и фиксации меры несоответствия его действий (их несоответствия) стандартам оказания помощи и клиническим рекомендациям, весьма затруднительно (если вести речь об объективности) без учета многофакторного анализа истории болезни и действий врача у постели больного, особенно с инфекционной патологией, при которой подтверждение диагноза требует времени (порою существенного), а принимать решение в конкретной ситуации по диагностике, дифференциальной диагностике и лечению нужно безотлагательно.

Резкое и скоротечное ухудшение состояния пациента и последующий летальный исход нередко является следствием затягивания принятия решения по адекватному оказанию медицинской помощи. Но такое затягивание, в свою очередь, может быть детерминировано объективными обстоятельствами помимо воли врача (повторные медицинский исследования, проблемы диагностики и др.). В этих условиях излишняя спешка может повлечь еще большие проблемы для пациента, существенно более высокие риски непоправимого вреда его здоровью им даже его гибели. Если неясен диагноз, то совершенно невозможно назначить адекватную терапию.

Но в таких случаях бездействие врача следственными органами и органами дознания оценивается как находящееся в прямой причинно-следственной связи со случившимся неблагоприятным исходом. И это является существенной проблемой, потому что врачу надо доказывать правоту своих действий, в том числе правоту принятого им решения –

отсутствие действий в течение какого-то периода. Например, если речь идет об инфекционном заболевании фульминантного характера с гарантированным (на современном уровне развития медицины) летальным исходом или инвалидизацией и диагностика была ограничена временем, неблагоприятный исход непредотвратим в любом случае.

От такого горизонта событий необходимо отграничивать ситуации с явной прямой причинно-следственной связью между дефектами оказания медицинской помощи и неблагоприятным исходом заболевания. К таким случаям можно отнести несвоевременность оказания помощи, недооценку данных анамнеза и тяжести состояния больного, несоблюдение стандартов и порядков оказания медицинской помощи, в том числе недостаточность обследования, приведших к постановке неправильного диагноза. Пример: ребенок грудного возраста в тяжелом состоянии поступает на 3-й день болезни в приемное отделение стационара с признаками токсикоза, дыхательной недостаточности вследствие обструкции, с температурой тела 39 °С. Ставится диагноз «ОРВИ». Лечение симптоматическое. Обследование не проводится. Через 2 ч наступила смерть ребенка от дыхательной и сердечной недостаточности на фоне пневмонии, плеврита, менингита, подтвержденных при вскрытии как генерализованная бактериальная инфекция с полиорганной недостаточностью. Неоказание диагностической и лечебной помощи на догоспитальном и госпитальном этапе явилось причинно-следственной связью с летальным исходом. Еще пример: не учтены и не собраны данные анамнеза о наличии у ребенка нарушений ритма сердца и не проведены исследования работы сердца на фоне острого инфекционного заболевания, лихорадки, интоксикации, что привело к остановке сердца от аритмогенной кардиопатии на высоте температуры тела 39 °С.

Но и в таких случаях необходимо разбираться в тонкостях ситуаций, хотя бы для того, чтобы предотвратить их повторение.

Оценивание действий врача возложено на врачебную комиссию (в части ее компетенции), которая согласно ч. 2 ст. 48 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» создается в медицинской организации, в числе прочего в целях принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, профессиональной пригодности некоторых категорий работников, осуществления оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов, назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами, а также принятия решения

по иным медицинским вопросам. Вопрос только в том, насколько действительно весомы решения врачебных комиссий в рамках уголовных дел [15].

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, в деятельности врача-инфекциониста (угрозы пациентам)

Внутрибольничные инфекции – в здравоохранении это одна из серьезнейших проблем не только прошлого [16, 17], но и современности [18]. Неслучайно в зарубежном законодательстве этим вопросам придается очень большое значение, к ним относятся со всей серьезностью (статьи L. 1142-17, L. 1142-17-1, L. 1142-22, L. 1142-6, L. 1142-5, L. 1142-14, L. 1142-28, L. 1142-8, L. 1142-21 Французского кодекса здравоохранения [19]). Т.С. Eickhoff и соавт. [16] еще 50 лет назад писали, что характер госпитальной перекрестной инфекции сильно изменился с появлением эры антибиотиков, что зафиксирован и даже задокументирован уже к тому времени непрерывно развивающийся характер внутрибольничных инфекций, что изменение характера внутрибольничных инфекций, очевидно, напрямую связано и часто является прямым результатом изменения характера медицинской помощи.

Согласно определению, данному Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), внутрибольничная инфекция – это любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, поражающее больного в результате его госпитализации или посещения лечебного учреждения с целью лечения, а также больничный персонал в силу осуществления им деятельности, независимо от того, проявляются или не проявляются симптомы этого заболевания во время нахождения данных лиц в стационаре [20]. Согласно ВОЗ «инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), представляют серьезную проблему общественного здравоохранения в силу их частого возникновения, поскольку они приводят к заболеваемости и смертности и составляют значительное бремя для пациентов, медицинских

работников и систем здравоохранения... Вспышки ИСМП могут иметь тяжелые последствия в больницах, а передача инфекции от бывших пациентов, посетителей и персонала может также приводить к вспышкам заболеваний вне стационаров» [21]. По имеющимся статистическим данным ВОЗ, нежелательные явления, вызванные небезопасным оказанием медицинской помощи, как представляется, служат одной из 10 основных причин смерти и инвалидности во всем мире, при этом внутрибольничными инфекциями в стационарах заражаются 7 пациентов из 100 в странах с высоким уровнем дохода и 10 пациентов из 100 в странах с низким и средним уровнем дохода [22, 23].

Заключение

Ограниченность понимания всего этого сложнейшего и очень проблемного, многообразного комплекса вопросов, лишь общими крупными мазками затронутого в настоящей статье, влечет не только множество дефектов в нормативно-правовом регулировании государством положения врача-инфекциониста, его прав и обязанностей, его ответственности, гарантий и механизмов правовой поддержки и защиты, но и появление крайне примитивных (если не сказать – откровенно убогих) «должностных инструкций врача-инфекциониста» (в Интернете примеров в открытом доступе предостаточно). Все это также совершенно не способствует созданию надлежащих правовых и организационных условий для нормальной работы врачей-инфекционистов. Но сказанное – это мелочи в сравнении с тенденцией установления в целом преобладающего и расширительного уголовно-правового обвинительного уклона в отношении дефектов медицинской помощи.

Выход – не только в надлежащем усовершенствовании законодательства, но и в реформе непрерывного медицинского образования, включении вопросов правовой грамотности в объем компетенций врача. В любом случае эти вопросы следует обсуждать и настоящая статья является приглашением к научной дискуссии.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Понкина А.А., Понкин И.В. Права врачей. Издание 2-е, перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019; 192. [Ponkina A.A., Ponkin I.V. Doctors rights. Moscow: GEOTAR-Media, 2019; 192 (in Russ.)]
2. Криминалистическая характеристика преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и медицинских услуг. Сопровождено письмом Председателя Следственного комитета Российской Федерации А.И. Бастрыкина от 01.02.2019 № Исх.ск-226/1-3267-19/84 Министру здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой. <http://moniiag.ru/wp-content/uploads/2018/03/Pismo-SKR-Kriminalisticheskaya-harakteristika-prestuplenij-svyazannyh-s-nenadlezhshim-okazaniem-MP.pdf>. Ссылка активна на 12.02.2020 [Forensic

- characteristics of crimes related to the improper provision of medical care and medical services. Accompanied by a letter from the Chairman of the Investigative Committee of the Russian Federation A.I. Bastrykin 01.02.2019 № Iskh.sk-226/1-3267-19/84 to the Minister of Health of the Russian Federation V.I. Skvortsova. <http://moniiag.ru/wp-content/uploads/2018/03/Pismo-SKR-Kriminalisticheskaya-harakteristika-prestuplenij-svyazannyh-s-nenadlezhshim-okazaniem-MP.pdf>. The link is active on 12.02.2020 (in Russ.)]
3. Медицинское право России. Учебник для бакалавров. Под ред. А.А. Мохова. М.: Норма – Инфра-М, 2015; 336. [Russian Medical Law. A Textbook for bachelor's degree recipient. A.A. Mokhov (ed.). Moscow: Norma – Infra-M, 2015; 336. (in Russ.)]

4. Понкин И.В., Понкина А.А. Правовое регулирование паллиативной медицинской помощи. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019; 176. [Ponkin I.V., Ponkina A.A. Law regulation of palliative care. Moscow: GEOTAR-Media, 2019; 176. (in Russ.)]
5. Защита прав врачей: практикум по тактике. Под ред. И.О. Печерей. М.: Национальная медицинская палата, 2018; 121. [Protecting the rights of doctors: a workshop on tactics. I.O. Pecherej (ed.). Moscow: Nacional'naja medicinskaja palata, 2018; 121. (in Russ.)]
6. Симбирская З. Никогда не думала, что меня будут судить за смерть пациента. <https://www.idelreal.org/a/30327964.html>. Ссылка активна на 12.02.2020. [Simbirskaya Z. Never thought that they would judge me for the death of a patient. <https://www.idelreal.org/a/30327964.html>. The link is active on 12.02.2020 (in Russ.)]
7. Александрова В. Во Владимире будут судить врача-инфекциониста. Из-за неправильного лечения в больнице №6 скончался пациент. <https://zebra-tv.ru/novosti/ekstsepsi/vo-vladimire-budut-sudit-vracha-infektsionista-iz-za-nepravilnogo-lecheniya-v-bolnitse-6-skonchalsya>. Ссылка активна на 12.02.2020. [Alexandrova V. The infectious disease doctor will be convicted in Vladimir. The patient died due to improper treatment in hospital №6. <https://zebra-tv.ru/novosti/ekstsepsi/vo-vladimire-budut-sudit-vracha-infektsionista-iz-za-nepravilnogo-lecheniya-v-bolnitse-6-skonchalsya>. The link is active on 12.02.2020 (in Russ.)]
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 21.04.2016 №332 «Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования». https://edu.rosminzdrav.ru/fileadmin/user_upload/documents/pravit_rf/postanovl_prav_rf_332_21_04_2016.pdf. Ссылка активна на 12.02.2020. [Decree of the Government of the Russian Federation dated 21.04.2016 №332 «On approval of the Rules for the use by medical organizations of the funds of the normalized reserve stock of the territorial fund of compulsory medical insurance for financial support of measures for the organization of additional professional education of medical workers under continuing education programs, as well as for the acquisition and repair of medical equipment» https://edu.rosminzdrav.ru/fileadmin/user_upload/documents/pravit_rf/postanovl_prav_rf_332_21_04_2016.pdf. The link is active on 12.02.2020 (in Russ.)]
9. Приказ Минздрава России от 21.11.2017 № 926н «Об утверждении Концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 года». https://edu.rosminzdrav.ru/fileadmin/user_upload/documents/mz/2017/926.pdf. Ссылка активна на 12.02.2020. [Order of the Ministry of Health of Russia dated 21.11.2017 № 926n «On Approving the Concept for the Development of Continuing Medical and Pharmaceutical Education in the Russian Federation for the Period until 2021». https://edu.rosminzdrav.ru/fileadmin/user_upload/documents/mz/2017/926.pdf. The link is active on 12.02.2020 (in Russ.)]
10. Бояркина С.И. Условия труда российских врачей: риски для здоровья и инфекционной безопасности. Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология 2018; 11 (3): 346–363. DOI: 10.21638/spbu12.2018.306. [Boyarkina S.I. Working conditions of Russian doctors: risks to health and infectious safety. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Sotsiologiya 2018; 11 (3): 346–363. (in Russ.)]
11. Социально значимые заболевания населения России в 2013 году: Статистические материалы. Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Российской Федерации, «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2014; 71. https://mednet.ru/images/stories/files/statistika/zabolevaemost_vsego_naseleniya/2010/soc_znach_2014.pdf. Ссылка активна на 12.02.2020. [Socially significant diseases of the Russian population in 2013: Statistical materials. Departament monitoringa, analiza i strategicheskogo razvitiya zdravooxraneniya Rossijskoj Federacii, «Central'nyj nauchno-issledovatel'skij institut organizacii i informatizacii zdravooxraneniya» Ministerstva zdravooxraneniya Rossijskoj Federacii. 2014; 71. https://mednet.ru/images/stories/files/statistika/zabolevaemost_vsego_naseleniya/2010/soc_znach_2014.pdf. The link is active on 12.02.2020 (in Russ.)]
12. Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации». Собрание законодательства Российской Федерации. 2006; № 19. Ст. 2060. В ред. от 27.12.2018. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_59999/. Ссылка активна на 12.02.2020. [Federal Law dated 02.05.2006 № 59-FZ «On the Procedure for Considering Appeals of Citizens of the Russian Federation». Meeting of the legislation of the Russian Federation. 2006; No. 19. Art. 2060. The link is active on 12.02.2020 (in Russ.)]
13. Понкина А.А. Врачебная ошибка и право на безопасную медицинскую помощь. М.: Изд. ред. журнала «ГлавВрач», 2013; 80. [Ponkina A.A. Medical error and the right to safe medical care. Moscow: Izd. red. zhurnala «GlavVrach», 2013; 80. (in Russ.)]
14. Понкина А.А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов. МИГСУ РАНХиГС при Президенте РФ. М.: Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012; 199. [Ponkina A.A. Medical error in the context of protecting the rights of patients. MIGSU RANHiGS under the President of the Russian Federation. Moscow: Consortium specialistov po zashhite prav pacientov, 2012; 199. (in Russ.)]
15. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Собрание законодательства Российской Федерации. 2011. № 48. Ст. 6724. В ред. от 27.12.2019, с изм. от 13.01.2020. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ Ссылка активна на 12.02.2020. [Federal Law dated «On the Basics of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation». Sobranie zakonodatel'stva Rossijskoj Federatsii. 2011. № 48. St. 6724. V red. ot 27.12.2019, s izm. ot 13.01.2020. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ The link is active on 12.02.2020 (in Russ.)]
16. Eickhoff T.C., Brachman P.S., Bennett J.V., Brown J.F. Surveillance of nosocomial infections in community hospitals. I. Surveillance methods, effectiveness, and initial results. J Infect Dis 1969; 120 (3): 305–317. DOI: 10.1093/infdis/120.3.305
17. Wesley A.J. Nosocomial infections. Current Problems in Surgery 1973; 10 (8): 1–54. DOI: 10.1016/S0011-3840(73)80001-2
18. Khan H.A., Baig F.K., Mehboob R. Nosocomial infections: Epidemiology, prevention, control and surveillance. Asian Pac J Trop Biomed 2017; 7 (5): 478–482. DOI: 10.1016/j.apjtb.2017.01.019
19. Code de la santé publique (Dernière modification – 9 janvier 2020). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200128>. Ссылка активна на 12.02.2020.
20. Глобальное бремя инфекций, связанных с медико-санитарной помощью. https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/ru/. Ссылка активна на 12.02.2020.

[The global burden of health-related infections. https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/ru/. The link is active on 12.02.2020 (in Russ.)]

21. Основные компоненты для программ профилактики инфекций и инфекционного контроля: Второе совещание Неформальной сети по профилактике инфекций и инфекционному контролю в здравоохранении 26–27 июня 2008 г. Женева, Швейцария. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2010; 50. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92985/WHO_HSE_EPR_2009.1_rus.pdf. Ссылка активна на 12.02.2020. [Key components for infection prevention and infection control programs: Second meeting of the Informal infection prevention and infection control network in healthcare June 26–27, 2008 Geneva,

Switzerland. Geneva: World Health Organization, 2010; 50. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92985/WHO_HSE_EPR_2009.1_rus.pdf. The link is active on 12.02.2020 (in Russ.)]

22. Безопасность пациентов. Информационный бюллетень. 2019. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. Ссылка активна на 12.02.2020. [Patient Safety. news-bulletin. 2019. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. The link is active on 12.02.2020 (in Russ.)]
23. Clean Care is Safer Care. Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. Geneva: World Health Organization, 2011; 34.

Поступила: 24.02.20

Received on: 2020.02.24

Конфликт интересов:

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest:

The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.