
Что-то плохое случилось с пациентом? Кто-то должен ответить! А кто виноват? Конечно же, врач! Такой подход кажется само собой разумеющимся. Но разумен ли он на самом деле? Попробуем разобраться.

Клокочущий фон

Новостные ленты крупнейших врачебных порталов постепенно превратились в криминальные медицинские хроники вперемешку с юридическими разборами и примерами грубых манипуляций «общественным мнением» в прессе. Утомительным однообразием «контента» мы обязаны, прежде всего, развёрнутой в последние годы масштабной кампании по борьбе с т.н. «ятрогенными преступлениями» на фоне растущего потребительского давления на систему здравоохранения[1].

Экссессы потребительского экстремизма с подачи небескорыстных посредников нередко достигают своих целей за государственный счёт, добавляя материальный интерес к уголовному преследованию врачей[2,3]. Ежегодно против медицинских работников возбуждаются тысячи уголовных дел, значительная часть которых заканчивается обвинительными приговорами[4]. «Обвинительный уклон» уголовной судебной системы вплотную приблизился к вертикали.

Внимание публики привлекают «громкие дела», они же попадают в новостные ленты медицинских и юридических сайтов. Достоверной профессиональной информации в таких сообщениях мало, обсуждаются лишь доступные моральные и правовые аспекты. К системным улучшениям подобные дискуссии не приводят. Они не снижают риск медицинских ошибок и не умаляют их негативных последствий. Их итогом является разочарование медиков в профессии, страх за свою судьбу и бегство из системы здравоохранения. Тысячи уголовных дел дают десятки тысяч намерений уйти, многие из которых будут реализованы после очередного «громкого дела».

Нагрузка выбывающих специалистов ложится на оставшихся, усиливая стресс и повышая риск новых ошибок с последствиями, что приведёт ещё больше медиков на скамьи подсудимых. Замкнутый круг. СМИ же подливают масла в огонь, выжигая кадры здравоохранения. Медики априори виновны, злонамеренны, преступны, лживы и заняты исключительно тем, чтобы уйти от ответственности.

Профессиональная деятельность медицинских работников чрезвычайно разнообразна и сложна, а ошибки возможны какие угодно. Но именно вина, связующая преступление и наказание в единую смысловую конструкцию, находится в фокусе внимания всех причастных к «медицинским процессам» и равнодушной к ним публики. Она обладает магической притягательностью и избавляет от лишних сомнений. Риск же всегда

Категория: Проблемы здравоохранения

Опубликовано: Пятница, 03 октября 2025, 16:44

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

1232

сопутствует клинической практике. Траектория его реализация бывает удивительно схожей у совершенно разных людей в различных обстоятельствах. И наоборот.

Повод

22 сентября 2025 года состоялась очередная видеоконференция Правомед.ру, на которой обсуждались публикации СМИ о смертях пациентов с кардиостимуляторами после прохождения МРТ[5]. Были представлены два примера – один из Екатеринбурга[6], другой из Астрахани[7]. Разные люди, разные обстоятельства, разные приговоры. Суть одна: пациент с ранее имплантированным кардиостимулятором в связи с необходимостью проведения определённых исследований направляется лечащим врачом на МРТ, попадает в аппарат и погибает.

Вопрос, который всех волнует: кто виноват? Лечащий врач, направивший пациента на противопоказанное исследование? Медик, ответственный за его непосредственное проведение? Или оба? Кто больше? А может, сам пациент должен быть в ответе за свою жизнь и своё здоровье, как написано в законе[8]? Был ведь предупреждён при установке кардиостимулятора – по крайней мере, должен был. Или нет? Тогда есть как минимум ещё один подозреваемый – кардиохирург. Но пациент мог знать, да забыть. Или чересчур положиться на медиков – у них же всё в медкарте написано, вот и пусть помнят, им за это деньги платят.

Как же распределить вину в столь неоднозначных обстоятельствах? Вопрос вины – он такой, начав, трудно остановиться. Чувство справедливости требует возмездия. «Человек умер – кто-то ведь должен ответить?». Но можно задать и другие вопросы. К примеру, а мог ли он выжить? Как он вообще очутился в смертельно опасном для себя аппарате? Ведь несколько человек, включая его самого, знали, что ему туда нельзя.

Фатальные траектории

Беспристрастный взгляд обнажает сценарий. Траектория, по которой реализовался риск в упомянутых случаях, представляет собой последовательность развилок, на каждой из которых была упущена возможность избежать трагического финала. Причём, вероятность свернуть на опасный путь у обоих пациентов была относительно низкой, поскольку на каждой развилке его преграждают специально созданные барьеры. Преодолеть барьер на своём пути к фатальному событию риск может лишь по какой-то причине.

Насколько надёжны были барьеры в рассматриваемых случаях? Очевидно, недостаточно, раз трагедии случились. Но почему? Чтобы ответить на

этот вопрос, сначала нужно определиться с их составом.

Итак, у пациента с кардиостимулятором возникает некая проблема со здоровьем, в связи с которой он обращается за медицинской помощью. Лечащий врач в ходе её оказания определяет необходимость проведения диагностических исследований, в числе которых оказывается МРТ, и производит соответствующие назначения. Возможно, он исполняет локальный протокол лечения или стандарт обследования, следует клиническим рекомендациям[9], выполняет «критерии оценки качества медицинской помощи»[10] или проводит дифференциальную диагностику, неважно.

Метод МРТ не сочетается с большинством кардиостимуляторов, о чём лечащий врач должен: а) знать и б) помнить, назначая данное исследование. И также он должен знать и помнить в момент назначения исследования пациенту о том, что у того установлено данное устройство. И только если все 4 условия: знать и помнить о противопоказаниях метода и о наличии противопоказания у данного больного, сошлись в голове у лечащего врача в момент назначения, барьер срабатывает, противопоказанный метод не назначается.

Что может помешать выполнению каждого из условий? Да, что угодно.

Врач может иметь пробел в знаниях либо не придавать чему-то должного значения вследствие слабой профессиональной подготовки. Или не обладать значимым опытом самостоятельной работы. Или редко прибегать к данному методу в своей практической области.

Врач может вовремя не вспомнить (точнее, не «сообразить») о запрете по каким-либо причинам. Был перегружен и смертельно устал. Находился в стрессовом состоянии (не благодаря ли самому пациенту?). Был поглощён какими-то неразрешимыми проблемами. Заболел, в конце концов.

Врач может не знать о кардиостимуляторе у данного пациента. Особенно, если тот не наблюдается у него постоянно. Или вместо одного полуторатысячного участка врач «тянет» два, по две с гаком тысячи каждый, и просто не в состоянии упомнить, что у кого и где. А пациент забыл или не счёл нужным сообщить. Может, посчитал, что всё, что написано в его трёхтомной медкарте, содержится и у врача в голове, а сопоставить эту фантазию с «шагом» записи 12 минут на приём не догадался.

В конце концов, врач, даже зная о кардиостимуляторе у данного пациента, мог просто забыть об этом на приёме, а тот постеснялся напомнить. В представлениях пациентов, особенно возрастных, нередко доминирует установка на доверие: «врач лучше знает, раз назначил, значит, можно». Доверять вообще проще и спокойнее, нежели сомневаться.

Так или иначе, сценарий реализации риска преодолел первый заградительный барьер, пациент с кардиостимулятором получил направление на МРТ.

Затем пациент озадачивается проведением исследования. В большинстве случаев, это не самая простая задача. Записаться, дождаться своей очереди и прибыть к назначенному времени, выполнив все рекомендации по подготовке к исследованию. У пациента и его близких в этот период полно времени, чтобы вспомнить строгий наказ кардиохирурга и оборвать фатальный сценарий. Обычное дело, которое, правда, не попадёт в прессу.

На месте пациент общается с медицинским персоналом и прояснит все медицинские, организационные, технические, финансовые и прочие вопросы. Будет оформлена полагающаяся документация, включая договор на оказание услуг и информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ИДС), а также, возможно, ещё одна медицинская карта, и тогда врач внесёт в неё полагающиеся записи по результатам проведённого общего осмотра пациента. В любом случае, к процедуре МРТ пациента допускает врач-рентгенолог, который, конечно же, все противопоказания к её проведению прекрасно знает. Пациенту трудно утаить наличие кардиостимулятора в таких условиях.

Очевидно, здесь реализация риска должна встретить второй барьер и прерваться. Его суть в принципе та же: ответственные люди должны знать, что должно, и вовремя вспомнить, «сообразить», для чего нужны те же 4 условия. Аналогичны и причины, по которым они могут не выполняться, «пропуская» риск к реализации, на данном этапе уже неотвратимо.

«Жучки» и пробки

Работают ли барьеры? Да, иначе подобные случаи происходили бы повсеместно. МРТ, как и кардиостимуляторы, в наши дни не редкость. Достаточно ли они надёжны? Без статистики уверенно на этот вопрос не ответить. На основе доступных сведений можно предположить, что нет. В Интернете без труда находятся подобные инциденты разных лет: в Томске[11], Чувашии[12] и других местах.

Реализация риска указывает на преодоление всех барьеров. Такие случаи становятся известными, но они – лишь вершина айсберга. Сколько барьеров не сработало без последствий? Мы никогда не узнаем. За рубежом такие случаи давно привлекают внимание специалистов, их называют «near miss», «почти ошибка»[13]. Латентных трагедий много больше, чем случившихся. Значит, выстраивать защиту надо, даже если это приводит к издержкам. Вместо МРТ и кардиостимуляторов можно взять

любой другой метод и любое другое противопоказание к его проведению, суть та же.

Люди склонны переоценивать человеческие способности к контролю и самоконтролю. Когда недопустимое событие («never miss» в зарубежной литературе), всё же, происходит, виновник, как правило, находится без особого труда и, что примечательно, не может толком объяснить свои действия: «Так получилось». Далее всё закручивается вокруг вины. Она будет установлена, виновник понесёт наказание, и всё вернётся в привычное русло до следующей трагедии.

Необъяснимые сбои свидетельствуют о том, что провалившаяся защита была выстроена на том распространённом заблуждении, будто люди, обременённые ответственностью, всегда поступают рационально. Такой подход лёгок и привычен, он облегчает поиск виновных без необходимости что-то менять в системе. Но что можно сделать для того, чтобы барьеры на пути риска стали надёжнее?

Новые предохранители

Цепь рассуждений подводит нас к двум взаимосвязанным подходам к решению:

- Исключить пресловутый «человеческий фактор», насколько это возможно;
- Помочь людям в ответственные моменты поступать рационально.

Исключить «человеческий фактор» полностью нельзя, поскольку медицинская практика немыслима без живого врача и его погружения в клиническую ситуацию[14]. К тому же, самые совершенные системы не могут быть абсолютно надёжными, а каждая новая степень защиты обходится всё дороже. Но достаточно надёжные решения возможны.

Первое, что приходит на ум – защита, вшитая в медицинскую информационную систему (МИС). Простенький алгоритм, блокирующий ошибочные назначения и процедуры в процессе оказания медицинской помощи с оповещением оператора о небезопасном действии. Решение привлекательное, только требует полного перехода к единой электронной медицинской карте пациента, чего пока нет. К тому же, отказа от бумажных медкарт вовсе и не планируется. А главное, медицинские данные могут быть неполными или недостоверными, они могут быть утрачены или повреждены, или в нужный момент к ним не будет доступа, и т.п. Так что, автоматика обязательно будет спасать от медицинских ошибок, вот только не всех и не всегда.

Придётся помогать живым людям в критические моменты не совершать

ошибок. Прежде всего, качественная профессиональная подготовка и высокий уровень квалификации специалистов здравоохранения, адекватная рабочая нагрузка, достойные условия труда, здоровые отношения в коллективе, культура качества. Это не слова, это база! Если хоть что-то в ней «просело», оно обязательно проявится, несмотря на все ухищрения.

Далее, организаторам следует позаботиться о том, чтобы критически важные вопросы не могли оставаться без должного внимания в процессе оказания медицинской помощи пациентам. Для этого имеются разные возможности. Вот лишь несколько примеров:

- В направляющей медицинской организации:
 - протоколы лечения на основе клинических рекомендаций с акцентами на вопросах безопасности назначений;
 - локальные стандарты обследования, прямо предписывающие проработку противопоказаний при назначении различных исследований;
 - формы направлений на исследования, включающие в себя перечень противопоказаний, который нельзя «перепрыгнуть» при заполнении;
 - повторное напоминание о противопоказаниях на выходе из протокола приёма пациента.
- В медицинской организации, проводящей исследование:
 - анкета пациента, включающая в себя перечень противопоказаний, который нельзя «перепрыгнуть» при заполнении;
 - форма информированного добровольного согласия (ИДС) на медицинское вмешательство с «кричащим» акцентом на противопоказаниях;
 - протоколы (алгоритмы) выполнения диагностических медицинских вмешательств, прямо предписывающие детальную проработку противопоказаний с пациентом до выполнения исследования;
 - передача параметров исследования и основных сведений о пациенте, включая информацию об отсутствии противопоказаний с их перечислением, врачом-рентгенологом рентген-лаборанту по чек-листу вслух в присутствии пациента.

В обеих медицинских организациях должна проводиться методичная работа по актуализации знаний и навыков персонала по вопросам безопасности пациентов и формированию приверженности к качеству. Инструктаж и тренинги, тематические занятия и конференции, стандартизация и контроль исполнения, безопасные сообщения об ошибках, внутренний аудит и т.д.

Также важно, чтобы пациенты с кардиостимуляторами имели как можно меньше возможностей стать случайной жертвой собственной невнимательности, излишней доверчивости или забывчивости.

Конечно, мы здесь исходим из весьма поверхностных предположений о причинах. У каждой из них есть свои причины, появляющиеся под воздействием различных факторов и агентов влияния. Выработка эффективных и надёжных решений, невозможна без анализа причин инцидентов. Методики и аналитические модели известны: Диаграмма Исикавы, Метод «5П», авторская методика с концентрической моделью [15,16] и др. Причины сбоев следует выявлять и нивелировать для каждого риска. Рамки настоящей работы не предполагают столь глубокого погружения.

Стойкость традиций

Плодятся всевозможные требования и запреты. Их соблюдение означает идеально точную и безотказную работу сотрудников. Можно ли исключить ошибки, бесконечно ужесточая ответственность? Реальность, в которой и медицинские ошибки, и связанные с ними трагедии лишь множатся, убеждает нас в том, что такой подход не работает. Зачем же ему следовать? Очевидно, он позволяет сбрасывать вину на непосредственных исполнителей. Привлечение их к ответственности срывает, как динамическая защита танка. Отстрелился при попадании очередной «блэк», сброшен нерадивый работник – на его место будет навешен ровно такой же, а «танк» продолжит свой путь.

Специально «для тех, кто в танке»: если вас от трагедии не отделяет ничего, кроме страха исполнителя нарушить какие-то требования, будь то врач, медсестра, лаборант, таксист, строитель, повар или пилот, она наверняка случится. У каждого из них будет немало возможностей невзначай сделать что-то не так. Как, в свою очередь, и у вас. Нагнетанием страха, когда его уже через край, риск никак не уменьшить. Напротив, чрезмерный страх парализует, крадёт последний шанс. Ненужный риск – вот наша настоящая плата за стабильность полагающейся на страх системы.

Однако вред такого подхода не ограничивается консервацией условий для повторения инцидентов. Специалисты – самый ценный ресурс в любой отрасли. В здравоохранении, в силу длительной подготовки и не менее длительного периода профессионального становления – особенно. В нашей отрасли наблюдается чудовищный кадровый голод. Ни пяти, ни десяти претендентов на место нет нигде и близко, а во многих регионах ситуация и вовсе противоположная – на одного-двух кандидатов открыто десятков вакансий. В первичном звене здравоохранения разразилась настоящая кадровая катастрофа.

Потеря каждого специалиста здравоохранения в условиях кадрового дефицита наносит прямой ущерб стране. Когда потеря вызвана уголовным преследованием в связи с профессиональной деятельностью, ущерб умножается за счёт эффекта домино. Коллеги попавшего в жернова правосудия видят, что продолжать работу по специальности стало опасно, и принимают решение об уходе из профессии. Массовое преследование медиков губительно для народа.

При этом у врачей, помимо обычного риска совершить неверное действие в рабочем процессе – т.с., «производственную ошибку», есть ещё один неустранимый источник ошибок – принятие решений в условиях неопределённости. Решений практикующий врач в течение дня принимает множество, и врачебные ошибки неизбежны[17]. Каждая несёт в себе риск причинения вреда жизни и здоровью пациента, оставаясь в слепой зоне менеджмента качества[18].

Разбор медицинских инцидентов ныне производится в рамках следственных действий и судебных разбирательств[19,20]. Их целью является привлечение виновных к ответственности, а не устранение системных пороков. Напротив, страх попасть в жернова правосудия приводит к масштабному сокрытию инцидентов, что не только препятствует системным улучшениям, но и формирует порочную профессиональную культуру на десятилетия вперёд.

Перспективы

Безусловно, жизнь и здоровье человека есть высшие ценности, охраняемые законом. Преступления против жизни и здоровья граждан подлежат расследованию и пресечению во имя справедливости. Вместе с тем, массовое привлечение специалистов здравоохранения к уголовной ответственности, апогеем которой стала кампания по борьбе с «ятрогенными преступлениями», свидетельствует о том, что практикующим медикам приходится отвечать за системные ошибки. Их судьбами система бальзамирует себя в своём несовершенстве.

Потребности современного общества в области охраны здоровья стремительно растут, оно требует гарантий, но не торопится обеспечивать их ресурсами. Растёт разрыв между декларируемыми и реальными возможностями здравоохранения. Недовольство масс «потребителей медицинских услуг» угрожает системе, и она защищается, безропотно «скармливая» им практикующих специалистов.

Неожиданностью для всех стал темп убыли популяции практиков. Неумолимость надвигающейся катастрофы вызывает оторопь и подталкивает к грубым, недальновидным решениям, таким как отмена интернатуры[21], принудительная отработка выпускников и драконовские штрафы, передача

врачебных функций средним медработникам и т.п.

Для обретения хотя бы надежды на улучшение кадровой ситуации в отрасли, необходимо кардинально улучшать условия труда, и не только в материальном отношении, но и в правовом, и в социальном плане. И, конечно, совершенствовать систему здравоохранения. А самое главное – серьёзно заниматься оздоровлением общественных отношений в сфере охраны здоровья, без чего никакая отраслевая реформа не позволит переломить негативные тенденции. Вместо того, увы, продолжается строительство воздушных замков, где врачам отведена роль громоотводов.

Примат защиты частных интересов с упором в вину практикующих специалистов в сочетании с отторжением обществом давно назревших изменений оборачиваются на наших глазах настоящей национальной катастрофой. Как её остановить? И возможно ли? Хотелось бы надеяться. Одних организационных изменений для этого недостаточно, хотя они, безусловно, важны[22]. Нужна глубокая реконструкция общественных отношений. Но прежде всего – наших собственных представлений и приоритетов, и это самое трудное.

Использованные материалы:

1. Таевский А.Б. [«Потребительский крест медицины»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 187.
2. Таевский А.Б. [«О безлимитной преюдиции в "медицинских" процессах. Первый проблемный очерк для чтения по диагонали»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 139.
3. Таевский А.Б. [«О безлимитной преюдиции в "медицинских" процессах. Второй проблемный очерк для чтения по диагонали»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 140.
4. Зинин Д.С. [«Уголовная ответственность медицинских работников: анализ и тенденции»](#). Доклад на Круглом столе по вопросам правовой защиты врачей. Комитет по охране здоровья Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации.
5. [Видеоконференция Право-мед.ру № 301 \(22\) от 22 сентября 2025 года](#).
6. Ирина Невинная. [«Онколога, обвиненного в смерти пациента после МРТ, освободили от наказания»](#). – Российская газета, 19.09.2025.
7. Анастасия Романова. [«Врач из Архангельска оказался на скамье подсудимых из-за смерти пациентки после МРТ»](#). – ДокторПитер, 06.08.2025.
8. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ч.1 [ст.27](#).
9. Таевский А.Б. [«Камень обязательного преткновения. Положенное против показанного»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 190.
10. Таевский А.Б. [«Салат из свежих критериев с кодами под оценочным соусом»](#). – Здрав.Биз, 335.

11. Алена Прокина. [«Областной суд отменил оправдательный приговор врачу, обвиняемому в смерти томички на МРТ»](#). – Комсомольская правда – Томск, 18.01.2017.
12. [«Апелляционное постановление по делу № 22-866»](#). – Верховный Суд Чувашской Республики, 06.05.2024.
13. Князев Е.Г. [«Не почти ошибка, или бастион на пути к СМК»](#) – под ред. А.Б. Таевского. – ЗдравЭкспертРесурс, 141.
14. Таевский А.Б. [«Пациентоцентричность, как медицинское, социальное и коммерческое явление»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 197.
15. Таевский А.Б. [«Анализ причин ухудшения качества медицинской помощи. Основные положения»](#). – Здрав.Биз, 234.
16. Таевский А.Б. [«Анализ причин ухудшения качества медицинской помощи. Аналитические модели»](#). – Здрав.Биз, 235.
17. Таевский А.Б. [«Трагедия гарантирована вероятностью»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 127.
18. Таевский А.Б. [«Рассуждение о клинической безопасности в преддверии Всемирного дня безопасности пациентов»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 210.
19. Князев Е.Г., Таевский А.Б., Тутынин С.С., Романенко А.А. Проблемы установления и интерпретации причин неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи на примере судебной практики // Менеджмент качества в медицине. – 2020. – №1(7). – С.115–120.
20. Таевский А.Б. [«Проблемы установления и интерпретации причин неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 143.
21. Таевский А.Б. [«О воскрешении интернатуры и проблемах первичного звена здравоохранения»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 200.
22. Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al., editors. [Advances in Patient Safety: From Research to Implementation \(Volume 2: Concepts and Methodology\)](#). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), US; 2005 Feb.

Для цитирования:

Таевский А.Б. [Не сажайте врачей в тюрьмы за системные ошибки](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 211. <https://www.zdrav.org/index.php/problemy-zdravoohraneniya/211-vrach-ne-v-otvete-za-oshibki-sistemy>.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

[Обсудить в Телеграм](#)

[Обсудить вКонтакте](#)

[Участвовать в дискуссии на портале ВрачиРФ.](#)

[Каталог решений Здрав.Биз.](#)