

© МАТЕЙКОВИЧ Е.А., 2018

УДК 614.2:618.1/2-082]:34

*Матейкович Е.А.***СПОРЫ О КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
И ЗАЩИТА ИНТЕРЕСОВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, 625023, г. Тюмень

Рассмотрение акушерско-гинекологической помощи как медицинской услуги порождает споры о ненадлежащем её оказании и сопровождается попытками отдельных пациентов и их представителей обогатиться за счёт медицинских организаций и конкретных врачей. Последние в силу распространённого среди врачей альтруизма и профессиональных перегрузок не могут эффективно защищать свои интересы. При этом страхование профессиональной ответственности не стало массовым явлением в России из-за недоступности полисов для большинства врачей. Количество гражданских исков, предъявляемых в связи с оказанием акушерско-гинекологической помощи, является одним из самых высоких среди отраслей медицины. Ежегодно в рамках одного субъекта Российской Федерации рассматривается в среднем 4 дела по поводу акушерско-гинекологической помощи. В основном отвечают по таким искам государственные учреждения здравоохранения, где оказывается основной объём стационарной помощи женщинам. Подавляющее большинство требований к медицинским организациям и медицинским работникам направлено на компенсацию морального вреда, средний размер которого составляет около 150–200 тыс. руб. При этом непосредственно к врачу-исполнителю может быть направлено регрессное требование со стороны прокуратуры о привлечении к материальной ответственности на сумму издержек работодателя. При наличии некорректного экспертного заключения ответственность медицинской организации и врача может иметь место даже при несчастном случае, когда вины медицинского работника не усматривается. Сами медицинские организации, защищая интересы себя и своих работников, допускают непоследовательность: не признают вину в допущенном дефекте и одновременно соглашаются на компенсацию морального вреда, но в меньшем размере, чем требует пациентка. Выявленные проблемы будут способствовать формированию более последовательной позиции ЛПУ и медицинских работников в спорах по вопросам качества оказания медицинской помощи и предотвращению новых врачебных ошибок, аналогичных тем, которые обнажила судебная практика.

Ключевые слова: акушерско-гинекологическая помощь; потребительский экстремизм; врачебные ошибки; ответственность медицинской организации; защита интересов врача.

Для цитирования: Матейкович Е.А. Споры о качестве оказания акушерско-гинекологической помощи и защита интересов медицинских работников. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2018; 62(2): 88-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-2-88-94>

*Mateykovich E.A.***THE DISCUSSION ABOUT QUALITY OF OBSTETRIC-GYNECOLOGIC CARE
SUPPORT AND PROTECTION OF INTERESTS OF MEDICAL WORKERS**

The Tyumen State Medical University, Tyumen, 625023, Russian Federation

The consideration of obstetric-gynecological care as a medical service generates discussion about its improper provision and is accompanied by attempts of certain patients and their representatives to enrich themselves at the expense of medical organizations and particular physicians. The latter, due to altruism widespread among physicians and professional overloads, cannot effectively protect their own interests. At that, in Russia professional responsibility insurance is still to become available to most health professionals because of unavailability of policies. The number of civil claims related to provision of obstetric and gynecological care is one of the highest one in medicine. Annually, within the framework of one subject of the Russian Federation, in average 4 cases are considered apropos obstetric and gynecological care. Mainly, state health care institutions, providing basic volume of hospital care of women answer these claims. The overwhelming majority of requirements to medical organizations and medical workers is directed to compensation of moral harm and its average amount consists 150-200 thousand rubles. At that, a regressive demand from the prosecutor's office about bringing to material accountability for sum of employer's costs can be sent directly to physician-executor. With an incorrect expert conclusion, responsibility of medical organization and physician can occur even in case of accident when no fault of the medical worker is discovered. The medical organizations themselves, defending their own interests and interests of their employees, allow inconsistency since they do not admit any guilt in the committed defect and simultaneously agree to compensation of moral harm, but in a smaller amount than the patient requires.

Для корреспонденции: Матейкович Елена Александровна, канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, 625023, г. Тюмень. E-mail: lena-mat777@yandex.ru

Key words: *obstetric-gynecological care; consumer extremism; medical errors; responsibility of medical organization; protection of interests of physician.*

For citation: Mateykovich E.A. The discussion about quality of obstetric-gynecologic care support and protection of interests of medical workers. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2018; 62(2): 88-94. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-2-88-94>

For correspondence: Elena A. Mateykovich, candidate of medical sciences, the associate professor of the chair obstetrics and gynecology of the Tyumen State Medical University, Tyumen, 625023, Russian Federation. E-mail: elena-mat777@yandex.ru

Information about authors:

Mateykovich E.A., <http://orcid.org/0000-0002-2612-7339>

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Received 25 September 2017

Accepted 18 October 2017

Введение

В судебной практике акушерско-гинекологическая помощь, в том числе оказываемая гражданам в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС), рассматривается как медицинская услуга, пациенты – как потребители услуги. Поскольку медицинская деятельность затрагивает практически каждого человека, привлекает повышенное внимание средств массовой информации и пользователей сети интернет, врачебные ошибки имеют громкий резонанс. В спорах пациентов с лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) стал активно проявляться «потребительский экстремизм» [1, 2] – попытки извлечения материальной выгоды за счёт ЛПУ при отсутствии признаков некачественного оказания медицинской помощи или явном преувеличении допущенных дефектов. Неправомерные притязания пациентов нервируют обстановку в ЛПУ, давят на врачей, создают почву для конфликтов, в том числе между руководством и работниками медицинских организаций [3]. В результате врач – человек, который призван помогать и защищать пациента, сам испытывает потребность в защите и, не получая её в должной мере, оказывается один на один с претензиями правоохранительных органов и негативным общественным мнением.

На стороне пациента в споре с ЛПУ и медицинским работником выступают многочисленные контролирующие и надзорные инстанции [1]. Более того, защите прав пациентов отдаётся предпочтение в научных исследованиях по этой теме. Среди самих врачей высок уровень альтруизма, а имеющиеся социальные структуры слабо защищают их интересы [3].

Претензии пациентов, их родственников и представителей, выходящие за рамки разумного порядка разрешения спорной акушерско-гинекологической ситуации, несут в себе опасность прежде всего для самих пациентов. Во всем мире, включая Россию, широко распространён феномен *defensive medicine* (защитной медицины), при котором диагностика и лечение направлены, главным образом, на минимизацию потенциальных рисков, а вопро-

сы эффективности, целесообразности и достаточности стоят на втором месте [2, 4].

Медицинская деятельность сопряжена с высоким риском и требует от врача колоссальных интеллектуальных, а иногда и физических затрат. В условиях постоянных перегрузок, недостаточной технической оснащённости ЛПУ возможность совершения ошибки многократно возрастает [5]. В литературе справедливо утверждается о неизбежности врачебных ошибок [6].

Рост нагрузки на врачей акушеров-гинекологов обусловлен, помимо прочего, сокращением численности медицинских работников [7]. В литературе также обращают внимание на замещение должностей онкологов в муниципальных ЛПУ врачами иных профессий, что уже привело к увеличению случаев поздней диагностики злокачественных новообразований шейки матки и повышению однодневной летальности [8].

Привлечение врачей к юридической ответственности, особенно связанное с запретом на их профессиональную деятельность, может усугубить ситуацию с обеспеченностью ЛПУ специалистами, особенно в сельской местности, и будет порождать новые дефекты оказания акушерско-гинекологической помощи.

В настоящее время в общественном мнении превалирует неудовлетворённость качеством медицинской помощи [9]. При этом недостатки, на которые обращает внимание недовольная часть пациентов, часто непосредственно не связаны с работой врача (длительное ожидание приёма, необходимость оплачивать часть обследований, неэтичное поведение среднего медицинского персонала и регистраторов).

Объективному разрешению споров относительно качества акушерско-гинекологической помощи также препятствуют отсутствие законодательного определения понятия дефекта оказания медицинской помощи, множественность взглядов по данному вопросу в научной литературе. Тем не менее на уровне Минздрава России в последние годы предприняты значительные усилия по фор-

мализации критериев оценки качества медицинской помощи [10]. В этой связи мы согласимся со А.А. Старченко, рассматривающим дефект медицинской помощи в качестве антитезиса качества медицинской помощи [11].

Классификацию допущенных дефектов нужно проводить исходя из влияния каждой разновидности дефектов акушерско-гинекологической помощи на юридическую квалификацию действий медицинских работников. При этом дефект справедливо рассматривать в качестве такового при наличии неблагоприятного исхода [5]. Мы не разделяем точку зрения авторов, которые относят к дефектам спорные случаи, связанные с нарушением тех или иных прав пациентов и не обусловленные неблагоприятным исходом оказания медицинской помощи [12], поскольку ссылки на них в заключениях судебно-медицинских экспертов лишь запутывают правоохранительные органы и осложняют объективную оценку действий медицинского работника.

Нельзя не принимать во внимание и объективные факторы, препятствующие реализации прав пациента в той мере, в какой он понимает декларированную ст. 41 Конституции РФ бесплатность медицинской помощи. В частности, анализируя нормативы финансирования медицинской помощи, предусмотренные программами госгарантий в 2015–2017 гг., А.А. Кожевников указывает на недостаточное покрытие затрат на пациента, страдающего хроническим заболеванием [13].

Деление всех дефектов оказания медицинской помощи необходимо проводить исходя из природы допущенного нарушения, что позволяет чётко дифференцировать ответственность медицинского работника и ЛПУ. По этому критерию мы придерживаемся классификации, согласно которой дефекты делятся на 4 группы: умышленные преступления медицинских работников; неосторожные действия медицинских работников; врачебные ошибки; несчастные случаи (казусы) [5, 14].

Умышленные действия медицинских работников при оказании акушерско-гинекологической помощи встречаются крайне редко и не представляют трудностей при их квалификации исходя из требований ст. 25 УК РФ.

Гораздо сложнее дифференцировать неосторожность медицинского работника и врачебную ошибку, при том что неосторожность при наступлении тяжких последствий для пациентов влечёт как гражданско-правовую, так и уголовную ответственность, тогда как ошибка – только гражданско-правовую. В литературе отмечается, что в сознании пациентов не различаются классическое неосторожное преступление – халатность – и врачебная ошибка. За последнюю врач не несёт уголовной либо административной ответственности, но потерпевшему должен быть возмещён причинённый вред [15]. Научный диссонанс в

разрешении приведённой дилеммы вносит категория «преступного невежества», обоснованная в 1989 г. М.С. Гринбергом [16] и адаптированная к медицинской деятельности Ю.Д. Сергеевым и С.В. Ерофеевым [17].

Преступная неосторожность всегда предполагает *необходимость* и *возможность* предвидеть неблагоприятный исход акушерско-гинекологической помощи, тогда как невежество врача далеко не всегда вписывается в рамки этих двух обязательных условий.

Врачебная ошибка есть результат добросовестного заблуждения врача, располагающего достаточным для работы в данном ЛПУ уровнем знаний и навыков, но недостаточным для конкретного случая. Ошибка может быть обусловлена несовершенством медицинской науки в целом, недостатком современных методов исследования, особым течением заболевания у определенного больного [5, 18].

Разными авторами отмечается утяжеление контингента беременных с экстрагенитальной и гинекологической патологией, общим ухудшением состояния здоровья женщин репродуктивного возраста [2, 19, 20], пренебрежительным отношением беременных к своему состоянию и рекомендациям врача. Для многих беременных при наличии высоких запросов характерны конфликтность, неверная расстановка приоритетов, при которой здоровье находится далеко не на первом месте, пренебрежение к вопросам профилактики [21]. Кроме того, в последние десятилетия деторождение сместилось на более поздний репродуктивный возраст [22]. Нельзя забывать и о том, что количество аборт в России значительно превышает показатели других европейских стран, что в свою очередь оказывает существенное влияние на показатели материнской смертности [2].

Указанные факторы часто требуют от врача мгновенного принятия решения, координированных действий со смежными специалистами, скрупулёзного подхода к выбору тактики родоразрешения [5], при том что наиболее сложные акушерские случаи чаще всего приходится на ночное время, выходные дни, когда в стационаре присутствует минимальное число врачей [1].

Очевидно, привлечение к уголовной ответственности врача за врачебную ошибку при отсутствии с его стороны халатности и недобросовестности – явная нелепость, которая должна быть устранена в практике правоохранительной деятельности.

Тем более недопустимо усматривать признаки неосторожности или врачебной ошибки при возникновении несчастных случаев (казусов), при которых предвидение последствий врачебных действий объективно невозможно.

Новизна проведённого нами исследования обусловлена обращением к судебной практике по делам, связанным с оказанием акушерско-гине-

кологической помощи, причём не только анализом конкретных случаев, а систематизацией и обобщением данной практики в рамках Тюменской области и Уральского федерального округа (УрФО).

Целью данного исследования является анализ позиций судов, а соответственно и всей правоохранительной системы по нерешённым вопросам разграничения неосторожности медицинских работников, допущенных ими врачебных ошибок и причинения вреда вследствие несчастного случая. Выявленные при этом проблемы будут способствовать формированию более последовательной позиции ЛПУ и медицинских работников в спорах по вопросам качества оказания медицинской помощи и предотвращению новых врачебных ошибок, аналогичных тем, которые обнажила судебная практика.

Материал и методы

При проведении исследования автором изучены материалы 92 гражданских дел и связанных с ними решений судов по уголовным делам о преступлениях, совершённых медицинскими работниками при оказании акушерско-гинекологической помощи.

При анализе материалов гражданских дел, рассмотренных в Тюменской области, во внимание не принимались данные по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре и Ямало-Ненецкому автономному округу.

В ходе проведённой работы применялись методы сопоставления документов, их формального, логического толкования, сравнительного анализа показателей, содержащихся в исследованных носителях информации, арифметического подсчёта, систематизации информации, анализа полученных данных, формирования выводов.

Результаты

Общее количество гражданских дел, рассмотренных судами общей юрисдикции Тюменской области по спорам, связанным с оказанием акушерско-гинекологической помощи за период с 2012 г. по 15 июля 2017 г., составило 19, в целом по Уральскому федеральному округу (УрФО) – 92. Распределение таких гражданских дел по годам представлено в таблице.

Среди ЛПУ Тюменской области к государственным ЛПУ было предъявлено 17 исков из 19, что составило 89,5%, остальные 2 иска были предъявлены к частным ЛПУ и были связаны с защитой

прав пациентов при отсутствии неблагоприятного исхода оказанной медицинской помощи.

В структуре исковых требований к ЛПУ Тюменской области, предъявленных в рассматриваемый период, наибольшую долю имеют требования о возмещении морального вреда, которые содержатся в 17 (88%) из 19 исковых заявлений. Остальные случаи касались возмещения стоимости платных услуг и нарушения прав пациента на информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства. Одновременно с требованием о возмещении морального вреда в 4 адресованных суду заявлениях содержались требования об оплате неустойки и возмещении морального вреда.

Подавляющее большинство исков, предъявленных к ЛПУ Тюменской области, были удовлетворены – 14 (74%) из 19. Ещё в 2 случаях производство по искам прекращено в связи с признанием иска или заключением мирового соглашения, что по существу равнозначно удовлетворению исковых требований. Только в 3 из 19 случаев исковые требования пациенток и их представителей были оставлены без удовлетворения.

При анализе дефектов оказания акушерско-гинекологической помощи, явившихся поводом для обращения в суд, две трети из них (13 из 19 случаев) могут быть квалифицированы как врачебные (медицинские) ошибки. Ещё 2 дела явились следствием уголовных разбирательств по факту умышленного преступления и преступной неосторожности со стороны врачей акушеров-гинекологов. 4 обращения обусловлены несчастными случаями (казусами).

Только в 1 случае из 19, по факту которых проводились судебные разбирательства в связи с оказанием акушерско-гинекологической помощи, врач акушер-гинеколог был привлечён к уголовной ответственности. Ещё в 4 случаях уголовные дела были прекращены по нереабилитирующим основаниям – в силу акта амнистии. В 2 случаях прокурор обратился после судебного разбирательства с регрессным иском непосредственно к врачу-исполнителю о привлечении его к материальной ответственности и взыскании в пользу государственного ЛПУ суммы выплаченной пациентке компенсации. 7 негативно оценённых судом клинических случаев повлекли для врача дисциплинарную ответственность.

Основные дефекты, выявленные судебно-медицинскими экспертами и положенные в основу судебных решений:

Количество судебных разбирательств, связанных с оказанием акушерско-гинекологической помощи в ЛПУ Тюменской области и УрФО (2012 г. — июль 2017 г.)

Территория	2012	2013	2014	2015	2016	Янв. – июль 2017	Всего
Тюменская область	2	3	6	2	4	2	19
УрФО в целом	11	19	19	17	20	6	92

- рождение мёртвого или нежизнеспособного ребёнка;
- ятрогенные поражения мочевых путей;
- оставление инородных тел (марлевых салфеток) в брюшной полости после проведённых акушерско-гинекологических операций.

Обсуждение

Судебные споры по вопросам качества оказания медицинской помощи занимают отдельное место в потребительских спорах. Иски пациентов, их представителей в связи с ненадлежащим оказанием акушерско-гинекологической помощи по частоте их предъявления на территории Тюменской области и УрФО уступают лишь спорам в связи с оказанием хирургической помощи, что коррелирует с данными по другим субъектам Российской Федерации и стране в целом [1, 5].

подавляющее большинство исков предъявлялись к государственным ЛПУ, к которым в настоящее время относятся не только многопрофильные стационары областных центров, но и бывшие городские и центральные районные больницы, все родильные дома (за исключением частных). Муниципальный сегмент акушерско-гинекологической помощи сохранился на амбулаторном уровне в рамках женских консультаций, исков к ним не предъявлялось, поскольку дефекты их деятельности отражались в конечном неблагоприятном исходе и влекли имущественную ответственность стационара.

Иски к государственным ЛПУ обусловлены ещё и тем, что именно они оказывают экстренную акушерско-гинекологическую помощь в условиях стационара. Обращает на себя внимание тот факт, что частные ЛПУ, как правило, страхуют профессиональную ответственность своих работников, тогда как государственные и муниципальные ЛПУ не имеют для этого соответствующих финансовых возможностей.

Преобладание в структуре исков пациенток и их представителей требований о возмещении морального вреда обусловлено лёгкостью доказывания их обоснованности. В тех случаях, когда заявитель одновременно с компенсацией морального вреда требовал также возместить материальный вред, он располагал конкретными документами (чеками, справками и т. д.)

Судами никогда не удовлетворялись требования о возмещении морального вреда в полном объёме. Средняя сумма компенсации – 150–200 тыс. руб.

Анализ дефектов оказания акушерско-гинекологической помощи, которые явились основанием для удовлетворения требований пациента либо его родственников, свидетельствует о том, что большинство из них (13 случаев) могут быть квалифицированы как врачебные ошибки, поскольку не указывают на вину конкретного медицинского работника в форме умысла или преступной не-

осторожности. Как преступная небрежность может быть квалифицирована только факт оставления инородного тела – марлевой салфетки – после проведённой операции кесарева сечения.

Более половины случаев (8 из 14), когда судом удовлетворялись требования о компенсации причинённого морального вреда, касались дефектов оказания медицинской помощи, обусловивших рождение мёртвого либо нежизнеспособного ребёнка, в том числе непроведения экстренного родоразрешения, отсутствия контроля за младшим медицинским персоналом и неназначения дополнительных методов исследования, их неполноты, игнорирования признаков начальной гипоксии плода, непроведения своевременной диагностики рубца матки, преэклампсии тяжёлой степени.

Эксперты указывали на необходимость проведения родоразрешения путём операции кесарева сечения при том, что прямых, а иногда и косвенных показаний к этому не было. Тем не менее тенденция привлечения ЛПУ и врачей акушеров-гинекологов к ответственности за непроведение или несвоевременное проведение кесарева сечения уже приводит к неоправданному выбору данного способа родоразрешения. При этом не учитывается, что данная операция, особенно выполненная повторно, относится к сложным оперативным вмешательствам. В литературе также отмечается, что неоправданное расширение сферы применения абдоминального родоразрешения не влечёт снижения перинатальных потерь, но несёт серьёзный риск для здоровья и жизни женщины [19].

Анализ судебной практики выявил также то, что даже дефект, интерпретированный экспертом как несчастный случай (казус), не всегда является основанием для освобождения ЛПУ от обязанности компенсировать причинённый моральный вред, поскольку судом принимаются во внимание такие обстоятельства, как ненадлежащее оформление медицинской документации, невыполнение обязательных обследований, отсутствие осмотра офтальмологом и другие обстоятельства, не оказавшие влияния на неблагоприятный исход медицинской помощи. Так, несмотря на неустановление экспертами причинно-следственной связи между проведённой операцией кесарева сечения и перекрытием мочеочочника, повлёкшим гибель и удаление почки, основанием для частичного удовлетворения требований пациента явились нарушения оформления документации, неверный план обследования.

В отдельных случаях привлечение к гражданско-правовой ответственности ЛПУ сопровождалось привлечением к уголовной ответственности конкретных врачей по фактам халатности, ненадлежащего оказания услуг, причинения смерти по неосторожности, что говорит о повышенной уязвимости врачей для соответствующих норм уго-

ловного закона, особенно при их расширенном толковании.

Прокуратурой также инициировался иск в интересах государственного ЛПУ о привлечении врача акушера-гинеколога к материальной ответственности в связи с выплаченной ЛПУ компенсацией морального вреда. Данный иск был удовлетворён. Таких неблагоприятных для медицинского работника последствий можно было бы избежать при наличии страхования профессиональной ответственности и конкретизации оснований для предъявления подобных регрессных исков [18].

В сфере рассмотрения суда, как и других правоохранительных органов, находятся вопросы, касающиеся объективных причин возникшего неблагоприятного исхода акушерско-гинекологической помощи. Не изучаются и не принимаются во внимание личные качества врача, его психологические особенности, эмоциональное состояние, что соответствует результатам ранее проведённых исследований другими авторами [5].

Выводы

1. Использование термина «медицинская услуга» применительно к оказанной пациенту медицинской помощи обуславливает распространение на медицинскую помощь, оказываемую пациенту бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений, законодательства о защите прав потребителей и гражданско-правовую ответственность, аналогичную иным видам услуг.

2. ЛПУ может быть привлечено к гражданско-правовой ответственности, а врач акушер-гинеколог – к материальной ответственности даже в том случае, если неблагоприятный исход оказания медицинской помощи не обусловлен умышленными или неосторожными действиями медицинского работника, врачебной ошибкой. Поэтому заключения судебно-медицинских экспертов не должны содержать суждений о допущенных дефектах медицинской помощи, не оказавших влияния на её неблагоприятный исход.

3. Недопустима непоследовательность ЛПУ в отстаивании своих интересов в спорах, связанных с оказанием медицинской помощи. Такая непоследовательность проявляется, как правило, непризнанием дефекта при одновременном согласии компенсировать моральный вред в меньшем размере, чем просит пациент или его родственник.

4. В судебной практике не устанавливается характер физических и нравственных страданий, явившихся основанием для обращения с иском о компенсации морального вреда, причинённого в связи с оказанием акушерско-гинекологической помощи. Как правило, требования пациента обусловлены не моральным вредом как таковым, а материальными и организационными трудностями, связанными с лечением самой пациентки либо ро-

дившегося ребёнка. Нарастание этих трудностей, как правило, и провоцирует потребительский экстремизм, поэтому преодоление негативных явлений организационного и материального характера при оказании медицинской помощи больным детям в государственных и муниципальных ЛПУ будет способствовать и снижению судебной активности пациентов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Терентьева Л.В., Пашинян Г.А. Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике. *Проблемы экспертизы в медицине*. 2003; 3: 11-3.
2. Радзинский В.Е. *Акушерская агрессия*. М.: StatusPraesens; 2017.
3. Можаренко В.А., Приз Е.В. К вопросу о социальной защищённости врача в современной России. *Медицинское право*. 2011; (2): 12-5.
4. Сергеев В.В., Захаров С.О. Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2000; 46(1): 7-9.
5. Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В. *Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)*. Научно-практическое руководство. М.; 2008.
6. Пашинян А.Г. Анализ неблагоприятных исходов при оказании дерматовенерологической помощи. *Медицинское право*. 2004; (2): 27-30.
7. Петрова Е.И., Медведева О.В. Служба родовспоможения в Рязанской области. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013; (2): 11-3.
8. Голева О.П., Тарасова З.Б., Прудникова О.Н., Леонов О.В., Ширинская Н.В. О проблеме своевременности выявления злокачественных новообразований шейки матки в Омской области. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2016; 60(6): 298-302.
9. Полунина Н.В., Доброхотова Ю.Э., Данелян С.Ж., Джобав Э.М., Гогичаев Т.К. Анализ мнения женщин о качестве оказания акушерской помощи. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2013; 45(1): 106-10.
10. Приказ Минздрава России № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». М.; 2017.
11. Старченко А.А. *Профессиональные правонарушения в анестезиологии и реаниматологии. Проблемы юридической ответственности*. М.: БИНОМ; 2016.
12. Акопов В.И. *Судебная медицина в вопросах и ответах: практическое пособие для юристов, врачей и студентов*. Ростов-на-Дону: Феникс; 2004.
13. Кожевников А.А. Социологический подход к анализу состояния системы обязательного медицинского страхования и перспективы её развития. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2016; 60(4): 183-6.
14. Огарков И.Ф. *Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них*. Ленинград: Медицина; 1966.
15. Мохов А.А., Мохова И.Н. «Врачебная ошибка» как актуальная проблема судебной практики. *Медицинское право*. 2004; (2): 31-8.
16. Гринберг М.С. Преступное невежество. *Известия вузов. Правоведение*. 1989; (5): 74-9.
17. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. *Неблагоприятный исход медицинской помощи*. М.-Иваново; 2001.
18. Сидорович Ю.С. *Медицинская ошибка как основание гражданско-правовой ответственности*. М.: Спутник+; 2005.

19. Серов В.Н., Бурдули Г.М., Фролова О.Г., Токова З.З., Волгина В.Ф., Пугачева Т.Н. и др. *Репродуктивные потери (клинические и медико-социальные аспекты)*. М.: Триада-Х; 1997.
 20. Пачганова С.С., Зуевская Т.В., Попов А.Д. Репродуктивное здоровье студенток высших учебных заведений в ХМАО – Югре. *Медицинская наука и образование Урала*. 2016; 17(3): 71-3.
 21. Песикин О.Н., Тихонов М.Ю., Куksenko В.М. Комплексная характеристика беременных женщин и ее роль в улучшении качества медицинских услуг. *Практическая медицина*. 2013; (7): 193-7.
 22. Машина М.А., Шарапова Е.И., Кузьмин В.Н. Проблемы изменения репродуктивного поведения и реализации репродуктивной функции. *Лечащий врач*. 2014; (12): 22-4.
- REFERENCES
1. Terent'eva L.V., Pashinyan G.A. Forensic medical expertise of unfavorable outcomes in obstetric-gynecological practice. *Problemy ekspertizy v meditsine*. 2003; 3: 11-3. (in Russian)
 2. Radzinskiy V.E. *Obstetrical Aggression [Akusherskaya agresiya]*. Moscow: StatusPraesens; 2017. (in Russian)
 3. Mozhareno V.A., Priz E.V. On the issue of social protection of a doctor in modern Russia. *Meditsinskoe pravo*. 2011; (2): 12-5. (in Russian)
 4. Sergeev V.V., Zakharov S.O. Medical and legal aspects of medical errors. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2000; 46(1): 7-9. (in Russian)
 5. Sergeev Yu.D., Bisyuk Yu.V. *Inadequate Provision of Emergency Medical Care (Expert and Legal Issues). Scientific and Practical Guidance [Nenadlezhashchee okazanie ekstremnoy meditsinskoy pomoshchi (ekspertno-pravovye voprosy). Nauchno-prakticheskoe rukovodstvo]*. Moscow; 2008. (in Russian)
 6. Pashinyan A.G. Analysis of adverse outcomes in dermatovenereological care. *Meditsinskoe pravo*. 2004; (2): 27-30. (in Russian)
 7. Petrova E.I., Medvedeva O.V. Service of obstetrics in Ryazan region. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2013; (2): 11-3. (in Russian)
 8. Goleva O.P., Tarasova Z.B., Prudnikova O.N., Leonov O.V., Shirinskaya N.V. On the problem of timeliness in the detection of malignant neoplasms of the cervix in the Omsk region. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2016; 60(6): 298-302. (in Russian)
 9. Polunina N.V., Dobrokhotova Yu.E., Danelyan S.Zh., Dzhobava E.M., Gogichaev T.K. An analysis of women's views on the quality of obstetric care. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta*. 2013; 45(1): 106-10. (in Russian)
 10. Order of the Ministry of Health of Russia No. 203n «On the approval of criteria for assessing the quality of care». Moscow; 2017. (in Russian)
 11. Starchenko A.A. *Professional Offenses in Anesthesiology and Resuscitation. Problems of Legal Responsibility [Professional'nye pravonarusheniya v anesteziologii i reanimatologii. Problemy yuridicheskoy otvetstvennosti]*. Moscow: BINOM; 2016. (in Russian)
 12. Akopov V.I. *Forensic Medicine in Questions and Answers: A Practical Guide for Lawyers, Doctors and Students [Sudebnaya meditsina v voprosakh i otvetakh: prakticheskoe posobie dlya yuristov, vrachey i studentov]*. Rostov-na-Donu: Feniks; 2004. (in Russian)
 13. Kozhevnikov A.A. Sociological approach to the analysis of the state of the system of compulsory medical insurance and the prospects for its development. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2016; 60(4): 183-6. (in Russian)
 14. Ogarkov I.F. *Medical Offenses and Criminal Liability for Them [Vrachebnye pravonarusheniya i ugolovnaya otvetstvennost' za nikh]*. Leningrad: Meditsina; 1966. (in Russian)
 15. Mokhov A.A., Mokhova I.N. «Medical mistake» as an actual problem of judicial practice. *Meditsinskoe pravo*. 2004; (2): 31-8. (in Russian)
 16. Grinberg M.S. Criminal ignorance. *Izvestiya vuzov. Pravovedenie*. 1989; (5): 74-9. (in Russian)
 17. Sergeev Yu.D., Erofeev S.V. *Unfavorable Outcome of Medical Care [Neblagopriyatnyy iskhod meditsinskoy pomoshchi]*. Moscow-Ivanovo; 2001. (in Russian)
 18. Sidorovich Yu.S. *Medical Error as the Basis of Civil Liability [Meditsinskaya oshibka kak osnovanie grazhdansko-pravovoy otvetstvennosti]*. Moscow: Sputnik+; 2005. (in Russian)
 19. Serov V.N., Burduli G.M., Frolova O.G., Tokova Z.Z., Volgina V.F., Pugacheva T.N., et al. *Reproductive Losses (Clinical and Medico-social Aspects) [Reproduktivnye poteri (klinicheskie i mediko-sotsial'nye aspekty)]*. Moscow: Triada-X; 1997. (in Russian)
 20. Pachganova S.S., Zuevskaya T.V., Popov A.D. Reproductive health of female students of higher educational institutions in the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Yugra. *Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala*. 2016; 17(3): 71-3. (in Russian)
 21. Pesikin O.N., Tikhonov M.Yu., Kuksenko V.M. Complex characteristics of pregnant women and its role in improving the quality of medical services. *Prakticheskaya meditsina*. 2013; (7): 193-7. (in Russian)
 22. Mashina M.A., Sharapova E.I., Kuz'min V.N. Problems of changing reproductive behavior and realization of reproductive function. *Lechashchiy vrach*. 2014; (12): 22-4. (in Russian)