Проблемы установления и интерпретации причин неблагоприятных событий при оказании ме

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Понедельник, 25 ноября 2019, 16:37
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 6326

Настоящая веб-публикация отражает содержание доклада, подготовленного совместно (Е.Г. Князев, А.Б. Таевский, С.С. Тутынин, А.А. Романенко) с коллегами к VIII Ноябрьским чтениям «Здравоохранение сегодня: право, экономика, управление» (состоится 27-30 ноября 2019 года на базе Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Минздрава России).

Звучит тема доклада следующим образом: «Проблемы установления и интерпретации причин неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи (на примере судебной практики)». Примеры судебной практики и разбор интимных проблем судопроизводства по «медицинским делам» из веб-публикации исключены. Полная версия доклада, я надеюсь, будет опубликована вместе с другими материалами форума.

Уважаемые коллеги! Работа продолжает серию проблемных очерков «О безлимитной преюдиции в "медицинских" процессах. Очерки для чтения по диагонали»: Первый и Второй.

Неблагоприятные события при оказании медицинской помощи происходят.

Публичные данные о неблагоприятных событиях при оказании медицинской помощи (далее – неблагоприятные события) в разных странах значительно расходятся. Можно сколько угодно спорить по поводу их достоверности, но факт остаётся фактом: неблагоприятные события с досадной регулярностью происходят во всех странах и доставляют всем причастным немало разного рода проблем. Конкретные цифры зависят от того, что мы подразумеваем под неблагоприятным событием, какой спектр признаков вкладываем в это понятие, какие критерии и методы оценки используем, как эти события регистрируем и как часто лжём при этом. Соотнесение данных национальных систем – отдельная большая тема, ею занимаются международные организации. Здесь и сейчас нас должно волновать, прежде всего, признание ценности таких сведений для развития медицины и здравоохранения в нашей стране на самом высоком уровне, без чего невозможно наладить системную работу по их сбору и анализу.

Все страны, имеющие «продвинутые» системы сбора и анализа сведений о неблагоприятных событиях, сталкиваются с проблемой обеспечения полноты, объективности и достоверности сведений. Учёт состоявшихся неблагоприятных событий происходит по фактическим данным национальных систем здравоохранения, обзорам судебной практики и жалобам пациентов. Т.е., регистрируются те случаи, о которых становится известно. Но это далеко не все негативные события, что связано с естественным стремлением участников таких событий избежать нежелательных для себя последствий.

Phoca PDF

Для того, чтобы приблизить имеющуюся в распоряжении информацию к действительности, вводятся специальные экспертно-аналитические институты (добровольной сертификации, независимой экспертизы, клинического аудита и др.), использующие дополнительные источники ценных сведений, а также преимущества отлаженного информационного взаимодействия и многоплановой обработки данных. При этом учитываются не только подтверждённые свидетельства реализовавшихся рисков с негативными последствиями, но и те случаи, когда неблагоприятные события удалось предотвратить, т.н. «near miss». Сбор и анализ таких сведений позволяет систематически обнаруживать и нейтрализовать многие латентные риски, а также снижать тяжесть последствий тех рисков, реализацию которых в настоящее время нет возможности эффективно предотвращать. Кроме того, анализ сообщений о неоправданном риске неблагоприятных событий позволяет лучше, чем на основе только «аварийных» свидетельств, понять, какие управляемые параметры медицинской деятельности действительно важны, а какие – нет, т.к. каждый управляемый параметр расходует ресурсы здравоохранения. Также это влияет на «регулирование» системы здравоохранения, показывая «регулятору», что требует жёсткой уровневой регламентации и внешнего контроля, а что может лучше решаться локально в медицинской организации.

С этим надо что-то делать, но не то.

В нашей культуре «сигналы с мест» воспринимаются чаще негативно и характеризуются, как «стукачество». Традиция скрывать всё плохое имеет, к сожалению, подкрепление и в настоящей реальности. Инициативы здесь наказуемы и грозят различными потерями, от уголовного преследования до утраты доброго имени, как жертвам «доносов», так и их авторам. В то же время, без гарантий неприменения каких-либо санкций к источникам столь ценной информации система выявления и предотвращения угроз жизни и здоровью граждан, связанных с оказанием им медицинской помощи, работать не будет! В развитых странах целенаправленно совершенствуются институты и механизмы, позволяющие регулярно собирать и анализировать такие сведения, что встречает понимание у специалистов («это безопасно для участников и нужно для дела»). В нашей стране происходит нечто прямо противоположное.

На протяжении нескольких последних лет Следственный комитет России являет миру череду выдающихся «достижений» в решительной борьбе с доселе неведомой «медицинской преступностью», демонстрируя уверенный рост показателей её «результативности». Всё больше уголовных дел расследуется и доводится до суда, где осуждается всё больше медицинских работников. В I полугодии 2019 года возбужденно 1227 уголовных дел, связанных с оказанием медицинской помощи; из них окончено – 948, направлено в суд с обвинительным заключением – 158

Phoca PDF

уголовных дел в отношении 187 обвиняемых. Судами оправдано лишь 12 медицинских работников. И хотя ведущая роль среди причин роста числа уголовных дел формально принадлежит гражданам, недовольным взаимодействием с системой здравоохранения, выбор «уголовного маршрута» гражданами инициирован рядом системных факторов. Врачи, осознавая свою беззащитность пред жерновами правосудия и неизбежность попадания в них в связи с риском, присущим всей их профессиональной деятельности, реагируют бегством из профессии или из страны, что формирует порочный круг. Оставшиеся в отрасли специалисты подвергаются в этой связи ещё большей опасности уголовного преследования.

Странно было бы ожидать полноты и достоверности сведений о неблагоприятных событиях в таких условиях. Тем более, нет возможности судить об их предпосылках, ведь сам вопрос о причинах, без должной теоретической, организационной и методической проработки, подталкивает к поискам «виноватого». На «крайнего» удобно «списать» все системные проблемы и тем избавить управленца (на время) от решения трудоёмкой, болезненной и не дешёвой задачи производства системных улучшений. Здесь также сформировался порочный круг: под нарастающим внешним давлением всё более тщательно скрываются проблемы, в связи с чем реализация рисков происходит всё чаще и с нарастающей тяжестью последствий, что приводит к усилению внешнего давления на систему здравоохранения и работников отрасли, заставляя их скрывать все проблемы с ёще большим упорством.

В мире используются различные модели совершенствования здравоохранения на основе сведений о неблагоприятных событиях и рисках. Подходы к обеспечению полноты, достоверности, объективности данных могут предусматривать большую или меньшую степень централизации, разные схемы взаимодействия государственных и негосударственных (страховых, коммерческих, общественных и др.) структур и т.д. Базовые принципы, на которых формируются независимые экспертно-аналитические институты в той или иной стране, однако, универсальны: это добровольная активность, научная обоснованность, достоинство и профессионализм. Безосновательное сведение причин всякого медицинского инцидента к ошибкам отдельных медицинских работников, вкупе со стремлением трактовать последние в положениях уголовного закона, находится в противоречии с этими принципами. «Охота на ведьм в белых халатах» препятствует построению национальной системы управления качеством медицинской помощи, где учёт неблагоприятных событий и анализ их предпосылок являются обязательными условиями целесообразного управления отраслью.

В то же время, индивидуальный вклад медицинских работников в неблагоприятные события имеет значение. Он, как и любого другого человека, может быть связан с осознанными противоправными устремлениями медицинского работника, хотя именно медицинским

Phoca PDF

работникам они не присущи в силу гуманитарного образования, высокого культурного уровня и нравственного императива, связанного с сознательным выбором профессии. Чаще при развитии неблагоприятных событий речь идёт либо о пресловутой «врачебной ошибке» (иногда, с попыткой охватить всех медицинских работников, о «медицинской ошибке»), либо о частичной халатности. «Частичной» в том смысле, что помощь оказывается в целом правильно, но не идеально, с «огрехами», а по их обнаружению сопровождается нередко неуклюжими попытками «исправить» ситуацию, что закономерно выводит медицинского работника за рамки правового поля. И далее уже система правосудия, куда «сливается» всё больше негатива, рождающегося при взаимодействии граждан с системой здравоохранения, пытается выяснить, «кто виноват», в чём именно и какая ответственность за это должна наступить.

При этом, система правосудия сталкивается с непреодолимыми исключительно правовыми методами противоречиями в установлении и интерпретации причин неблагоприятных событий. Не в упрёк, ведь система правосудия и не предназначена для системного анализа и устранения причин неблагоприятных событий. Она стремится защитить охраняемые законом ценности, оперируя фактами и доказательствами. В «медицинских делах» она сталкивается с тем, что у врача отсутствовали какие-либо чёткие инструкции, содержащие обязательный для исполнения алгоритм действий, без нарушения которого нет состава правонарушения. В качестве таковых следствие и затем обвинение стремятся использовать стандарты медицинской помощи, во-первых, не являющиеся директивными документами для врача по ведению больных, а во-вторых, относящиеся к патологии, развившейся и установленной позже действий/бездействия обвиняемых медицинских работников – на последующих этапах оказания медицинской помощи или даже посмертно, чётких признаков которой на момент этих действий/бездействия не наблюдалось.

Появление проектов и выход приказов Минздрава от 7 июля 2015 года № 422ан, от 15 июля 2016 года № 520н и от 10 мая 2017 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», внесение изменений в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ) в отношении статуса клинических рекомендаций сопровождались яркими эпизодам ажиотажа представителей правоохранительных структур. Они свидетельствуют о сильнейшей заинтересованности этих структур в наличии неких обязательных предписаний медицинским работникам по лечению людей, соблюдение которых работники этих структур могли бы проверять без необходимости привлечения экспертов – т.е., лиц, обладающих специальными знаниями и опытом, но принадлежащих к «вражескому клану» медицинских работников.

То, что обязательные безличные предписания по лечению живых людей невозможны в силу уникальности каждого живого человека и его

Phoca PDF

клинической ситуации, а также вероятностного характера процесса оказания медицинской помощи, большинству представителей этих структур объяснить не получается. Общие безличные требования и рекомендации находятся в с индивидуальными ситуативными потребностями и решениями в противоречии, неразрешимом вне клинического подхода. Как следствие этой дилеммы, следствием и судами задаются судебным экспертам не всегда корректные вопросы, а те, в свою очередь, нередко выходят за пределы своих полномочий и выносят суждения по не заданным им вопросам либо дают ответы на вопросы заданные, но не относящиеся к их ведению.

К интимным проблемам следствия и судопроизводства по «медицинским делам» относятся также формализм (упор в безличные предписания) или, напротив, произвол суждений (предположения, явно не характеризуемые в качестве таковых, расширенное толкование закономерностей и использование неподходящих документов). Добавляют трудностей организационные недоработки. К примеру, рассмотрение дел часто требует проведения повторных, в т.ч. комиссионных экспертиз, и они проводятся в бюро судебно-медицинских экспертиз субъекта Российской Федерации одними и теми же экспертами, что не может не сказываться на качестве результатов. Вопрос с привлечением экспертов других регионов не проработан в организационном и, особенно, в финансовом отношениях, а обращение в федеральные центры, в связи с их загруженностью, связано с чересчур продолжительным ожиданием результатов. Задержки подталкивают органы следствия к попыткам необоснованной квалификации этих дел по другим статьям Уголовного Кодекса Российской Федерации с большими сроками давности привлечения к уголовной ответственности и, как это ни печально, с большей «тяжестью» соответственно.

Изучение приговоров, выносимых судами Российской Федерации по «медицинским делам», показывает, что при клинически неоднозначных обстоятельствах вина врача в подавляющем большинстве случаев считается доказанной стороной обвинения. Указанные выше проблемы судопроизводства по «медицинским» делам, хотя и являются во многом техническими, значительно затрудняют установление истины. Но возможно ли их столь же «техническое» устранение? Вопрос пока остаётся открытым.

Проблема неопределённости в медицине и её правовые проекции.

В последнее время неадекватность правового регулирования правоотношений, возникающих при оказании медицинской помощи, современным общественным потребностям осознаётся всё лучше. В этой связи, появляется немало предложений по совершенствованию правового регулирования… нет, не этих самых отношений, но медицинской деятельности хозяйствующих субъектов и профессиональной деятельности медицинских работников, с особым вниманием к общественно значимым

Phoca PDF

последствиям того и другого. В основном, предлагается к обсуждению внесение дополнительных «медицинских» статей в Уголовный либо Административный кодексы с корреспондирующими поправками в соответствующие процессуальные кодексы и иные законы. Роль пациентов и, шире, граждан при этом по-прежнему сводится то к объектам медицинских вмешательств, то к потребителям медицинских услуг, что находится в противоречии с содержанием данных терминов, приведённом в Законе № 323-ФЗ, а также с существенным вкладом самих граждан в клинически значимые обстоятельства, процесс, условия и результаты оказания медицинской помощи. Несовершенства системы здравоохранения и медицинской науки в зону внимания правоборцев вообще не попадают, не говоря уже об отношении граждан к своему здоровью и здравоохранению или о более широких влияниях.

Таковые попытки раз за разом терпят фиаско. Всё упирается в отсутствие внутренне непротиворечивых и не противоречащих реальности директивных документов по лечению больных, нарушение требований которых медицинскими работниками, во-первых, было бы полностью обеспечено ресурсами, а во-вторых, однозначно вело бы к неблагоприятным последствиям. Только такие нарушения могли бы быть безоговорочно поставлены им в вину при наступлении неблагоприятных последствий. Но таких однозначных «клинических инструкций» не появится никогда, либо медицина перестанет существовать. Каждый человек индивидуален, болеет чем-то своим и по-своему, а всякое медицинское вмешательство связано с риском. Роль врача при этом может быть разной, и часто значительной, но никогда – единственной.

Следствие и суд в «медицинских» процессах интересует вина конкретных лиц в причинении вреда жизни и здоровью граждан, и соответствующим образом формулируются вопросы к судебно-медицинской экспертизе. Её результаты должны либо подтвердить, либо опровергнуть гипотезу о наличии причинно-следственной связи между действиями (бездействием) обвиняемых медицинских работников и конкретными неблагоприятными последствиями. Всё, что выходит за рамки конкретики, может учитываться судом в качестве смягчающих либо отягощающих вину обстоятельств, а за пределами судопроизводства никак не используется и не влияет на систему здравоохранения. Сама же «конкретика» тонет в том неразрешимом вне клинического подхода противоречии, которое проявляет себя практически в каждом «медицинском» судебном процессе в виде расходящихся результатов судебно-медицинских экспертиз и их правовых интерпретаций. Здесь нередки смешения и подмены понятий, позволяющие создавать и поддерживать иллюзию причинности там, где «работает» случай.

Процесс оказания медицинской помощи имеет вероятностную природу, и управляться должен соответствующим образом – профессионально, и так же профессионально оцениваться. На успех влияют множество взаимосвязанных

Phoca PDF

факторов, многие из которых невозможно даже предположить в актуальной клинической ситуации, а только иногда и по последствиям. Всё, что в наших силах – это уменьшить риск наступления нежелательных событий, если это возможно, либо снизить тяжесть неблагоприятных последствий, если предотвратить реализацию риска нельзя. Но для этого риски, реализация которых приносит наибольший урон, должны быть выявлены, осознаны, описаны и изучены медицинскими работниками, имеющими высокие шансы с ними столкнуться в своей работе. Решение такой задачи в качестве обязательного условия предполагает создание системы, привлекающей максимум клинических, научных и просветительских возможностей профессиональной сферы. Задача эта не решается прописыванием в названных выше кодексах специальных положений об ответственности медицинских работников.

Улучшения возможны, но требуются системные решения.

Страсти, кипящие вокруг российской медицины, надо полагать, имеют главным источником проблему несоответствия общественного здравоохранения общественному запросу. Проблема эта чрезвычайно сложна и, конечно, не имеет простого решения. Попытки «простого решения», к коим относятся предложения о внесении специальных «медицинских статей» в Уголовный и Административный кодексы, способны лишь усугубить ситуацию, поскольку препятствуют формированию необходимых специализированных экспертно-аналитических институтов (добровольной сертификации, независимой экспертизы, клинического аудита и др.). Инструментарий, позволяющий вырабатывать и внедрять лучшие практики в системе здравоохранения на основе полных, объективных и достоверных сведений о качестве медицинской помощи, о неблагоприятных событиях и их причинах (экспертиза качества медицинской помощи, анализ причин ухудшения качества и др.), вне таких институтов эффективно работать не может.

Подобные попытки, наряду с взрывным ростом количества возбуждаемых уголовных дел, выдают стремление урегулировать гражданские правоотношения уголовным законодательством, и на то есть свои причины, в т.ч. и в праве. Механизм преюдиции, к примеру, работает как насос, прокачивающий перспективные в плане получения компенсаций «медицинские дела» через уголовное судопроизводство, ломая судьбы всё большего числа медицинских работников. В то же время, проблема дисгармонии гражданских правоотношений не может быть решена внутри уголовного закона, он для этого не предназначен. Ни «медицинские статьи» Уголовного кодекса, ни введение в него новых сущностей, вроде «врачебной ошибки» и тому подобных, не способны хоть как-то исправить ситуацию. Для того, чтобы добиться реальных улучшений, требуется сделать многое.

Phoca PDF

Во-первых, следует чётко определить понятия, по возможности избавляя их от нежелательной смысловой нагрузки. Только один пример: термин «врачебная ошибка» несёт в себе убийственный и неустранимый заряд вины, в отличие от популярных за рубежом выражений «неблагоприятное событие при оказании медицинской помощи» или «медицинский инцидент». Собственно «врачебная ошибка» представляет собой лишь одну из возможных причин неблагоприятного события, а ряд возможных причин таковых событий, если вдуматься, безграничен. И т.д.

Во-вторых, следует установить границы преюдиции, о необходимости которых сообщал Конституционный Суд Российской Федерации в Определении от 19 ноября 2015 г. № 2685-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Кюттенен Татьяны Николаевны на нарушение ее конституционных прав положением статьи 61 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации». На наш взгляд, границы могут быть установлены в Гражданском кодексе Российской Федерации путём выделения медицинской помощи в особый вид гражданских правоотношений с чётким целостным содержанием, чтобы невозможно было интерпретировать никакие характеристики качества медицинской помощи отдельно от качества медицинской помощи в целом. Качество медицинской помощи является предметом специального исследования – экспертизы качества медицинской помощи. Экспертиза качества медицинской помощи и судебно-медицинская экспертиза – свершено различные исследования, они имеют разные цели и задачи, инструментарий и принципы организации, и не должны подменять друг друга в процессах уголовного и гражданского судопроизводства. В последнее время приходится констатировать такие подмены за счёт смешения понятий, возникающего в связи с неопределённостью положения медицинской помощи в гражданском законодательстве и интерпретацией наполняющих её медицинских вмешательств в качестве якобы самостоятельно оказываемых «потребителям» «медицинских услуг». Конечно, таковые интерпретации полностью противоречат не только понятиям, обозначенным в Законе № 323-ФЗ, но и духу этого закона, не говоря уже о мировом клиническом опыте, отражённом в профессиональной литературе.

Далее, общество нуждается в независимых экспертных институтах. Причём, действительно независимых, обеспечивающих не только надёжную изоляцию своих экспертов и проводимых ими экспертиз от интересов заказчиков, но и собственную независимость от этих интересов. Кажется фантастикой, но таковое возможно, когда репутация экспертной организации значит гораздо больше оплаты одной экспертизы (или «особого статуса» её заказчика). Такие экспертные организации будут жёстко контролировать соблюдение технологий экспертами и не допустят выхода вовне результатов, не отвечающих требованиям объективности, достоверности, информативности и полноты. Кроме того, на базе таких истинно независимых экспертных организаций могут развиваться системы сбора и анализа сведений о медицинских инцидентах и их причинах, что

Phoca PDF

позволит совершенствовать систему здравоохранения, в т.ч. путём вовлечения работников отрасли в процессы выработки лучших практик.

Ещё одним важным на перспективу институтом является страхование риска профессиональной ответственности, что требует очень глубокой проработки с привлечением широкого круга специалистов в связи с ресурсно-дефицитной отраслевой моделью и традиционной хозяйственно-центричной организацией медицинской деятельности в нашей стране. В условиях, когда в центре всеобщего внимания находится не сотрудничество врача и пациента, а медицинская организация – как хозяйствующий субъект, балансирующий на грани возможностей обеспечения «свалившихся» на него обязательств государства и неплатёжеспособным спросом населения (а часто тонущий за этой гранью), подключение страхования не даст ничего и никому, кроме новых возможностей для извлечения дохода страховщиками. Чтобы бессмысленно не перекачивать ресурсы из системы здравоохранения в страховой бизнес, необходимо вначале чётко обозначить общественно-полезный интерес и способы, которыми страховой бизнес будет его удовлетворять.

Причины неблагоприятных событий всегда сложны и неоднозначны. В появление каждого риска и в каждую его реализацию вложилось множество людей и обстоятельств. Конечно, ответственность за негативные последствия медицинских инцидентов должна быть в первую очередь – солидарной, что определяет потребность задействовать ряд общественных институтов. Во-первых, нужны независимые профессиональные сообщества для выработки системы компромиссов между общественными потребностями и возможностями здравоохранения. Во-вторых, потребуются экспертные институты, о которых мы говорили выше, для определения совокупного вклада различных «типовых» агентов влияния и справедливого распределения долей участия в солидарных фондах возмещения вреда. И в-третьих, не обойтись без института страхования – для того, чтобы непосредственно реализовывать общие принципы в частных отношениях.

При этом у страховых медицинских организаций должны возникать одновременно две обязанности, любая из которых без другой превратит страхование риска профессиональной ответственности в очередную паразитарную схему: урегулировать сопровождающие процесс взаимодействия общего и частного конфликты интересов и выработать меры их профилактики. И только в тех случаях, когда вред жизни и здоровью причинён однозначно неправомерными действиями конкретных лиц и возникший конфликт интересов нельзя урегулировать в специально обозначенных для общественных институтов пределах, может идти речь об индивидуальной ответственности медицинских работников с подключением правоохранительных структур.

Обсудить в Телеграм

Phoca PDF

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Понедельник, 25 ноября 2019, 16:37
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 6326

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

Phoca PDF