

# Независимая медицинская экспертиза – результат профессионального общественного консенсуса во имя справедливого баланса интересов пациентов и медработников

Успешно прошедшая 27 сентября в Москве Международная конференция на тему «Независимая медицинская экспертиза как инструмент досудебного урегулирования споров между врачом и пациентом» ясно и четко показала необходимость создания в сфере здравоохранения единого медико-экспертного поля. Чтобы независимая медицинская экспертиза стала убедительным поводом для досудебного урегулирования, результат экспертизы должен быть объективен, авторитетен, соответствовал действующим нормативным правовым актам, имел возможность быть проверенным и подтвержденным другим составом экспертов. Коротко: результаты независимой экспертизы будут независимыми, если по схожим экспертным случаям выносятся схожие экспертные выводы, не зависящие от любых заинтересованных сторон. А вот инструментом независимой медэкспертизы, позволяющим по схожим экспертным случаям вынести схожие экспертные выводы, является предлагаемая читателям Карта дефектов, к стати презентованная экспертам самой массовой экспертной системы здравоохранения – системы ОМС Республики Башкортостан.

Как это ни печально, но дефекты оказания медицинской помощи были, есть и будут. По данным Бриганского национального агентства по безопасности пациентов, в прошлом году в результате врачебных ошибок пострадали 526 тысяч пациентов, в Нидерландах статистика говорит: дефекты медицинской помощи привели к летальному исходу в 6,2% случаев, в Финляндии, по данным Национального комитета здравоохранения, ежегодно до 1700 человек погибают в результате ошибок врачей. Не исключение и Россия. Но, для того чтобы уменьшать количество дефектов и бороться с причинами их появления, нужно как минимум знать об этих дефектах.

Напомню, независимая медицинская экспертиза, как общественный институт сфер здравоохранения и юриспруденции, имеет две главные характеристики: структурную и функциональную. Структурная характеристика — отсутствие служебной, трудовой, финансовой, родственной, этической зависимости эксперта и конфликта его интересов при исполнении им экспертной деятельности. Функциональная — наличие твердых единых для всех правил выявления и формулирования дефектов медицинской помощи.

Пользуясь едиными принципами и формулировками дефектов, эксперты всех уровней будут одинаково независимо оценивать медицинскую помощь. В качестве функциональной составляющей независимости медицинской экспертизы в рамках проекта НМП «Независимая медицинская экспертиза — инструмент общественного контроля в сфере здравоохранения России» и была разработана «Карта дефектов медицинской помощи».

Карта включает в себя: законодательство РФ о качестве медицинской помощи, дефекты медицинской помощи в соответствии с международной классификацией болезней, вопросы эксперту медицинской помощи для разрешения в процессе экспертной деятельности и алгоритм анализа медицинской документации, дефекты оформления первичной медицинской документации патологоанатомической службы, дефекты и критерии ненадлежащего качества медицинской помощи, устанавливаемые по порядкам оказания медицинской помощи и пр.

## ЗНАТЬ И ПОНИМАТЬ

Учитывая то обстоятельство, что в отечественном законодательстве

отсутствует определение дефекта медицинской помощи, авторы «Карты дефектов медицинской помощи» предложили определение, основанное на положениях закона «О защите прав потребителей».

К дефектам медицинской помощи относится: несоответствие медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством о здравоохранении об обязательном медицинском страховании; несоответствие требованиям или условиям договора; нарушение стандартов и порядков оказания медицинской помощи; нарушение обычаев делового оборота в сфере здравоохранения (в т.ч. клинические протоколы и рекомендации); нарушения требований безопасности медицинской услуги; несоответствие медицинской помощи (услуги) целям, для которых она оказывается; нарушение прав пациентов; неоптимальный выбор технологии оказания медицинских услуг (неправильная диагностика, затрудняющая стабилизацию заболевания; создание условий повышения риска для возникновения нового патологического процесса; нерациональное использование ресурсов медицинского учреждения); нарушение правил оформления медицинской доку-

ментации. Каждый из этих пунктов требует внимательного изучения.

Например, в законе четко указано, что порядки оказания медицинской помощи обязательны к исполнению и никаких произвольных толкований со стороны медицинских работников быть не может. Медработник, оказывающий медицинскую помощь по определенному профилю, например анестезиолог-реаниматолог или акушер-гинеколог, должен четко знать позиции порядка оказания медицинской помощи. В порядках указаны некоторые временные интервалы, в которые должен быть обследован пациент, должны быть сделаны определенные лабораторные и инструментальные исследования, причем в хронологическом порядке. Но врач должен понимать, что эти позиции адресованы не только ему, но и организаторам здравоохранения, которые должны обеспечить соблюдение этих временных интервалов, т.е. обеспечить лечащему врачу работу лабораторных и инструментальных служб. Достаточно часто приходится сталкиваться со случаями, когда обвинение ложится на конкретных врачей. При этом при глубоком анализе обвинительных заключений, приговоров, вынесенных в отношении медицинских работников, становилось понятно, что обвиняемые были поставлены в определенные условия организаторами здравоохранения, которые избегали ответственности и, более того, свидетельствовали против врачей.

Безусловно, следует призвать медицинских работников не пренебрегать стандартами. Однако следует не забывать, что на сегодняшний день существует некая иерархия документов. Порядок оказания медпомощи — наиболее общий документ, где указывается, какой врач лечит, этапы оказания помощи, набор оснащения и оборудования, который должен быть в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по данному профилю. Далее идут клинические рекомендации или клинические протоколы, которые в соответствии с законодательством при-

нимаются ассоциацией медицинских работников.

Впрочем, если лечащий врач придет к главному врачу с клиническим протоколом, где, например, указано, какие лекарства принимать и в каком алгоритме, то главный врач может ответить: «клинический протокол придумала твоя ассоциация, вот с них и требуй нужно, а у меня нет денег на закупку необходимых по протоколу лекарств». Так вот, в этом случае именно стандарт оказания медицинской помощи как нормативный документ, утвержденный министерством здравоохранения, обяжет главного врача закупить лекарства, чтобы лечить пациентов, обяжет главного врача принять на работу специалистов, которые могут оказать услуги, закупить реактивы для лабораторной службы и закупить реактивы для рентгеновской службы и т.д.

Помимо этого стандарт оказания медицинской помощи — это документ для проверки выводов эксперта качества оказываемой медпомощи. Замечу также, что, поскольку в нормативном документе, который посвящен экспертизе качества медицинской помощи в системе ОМС, указан такой пункт, как выполнение или невыполнение различных медицинских вмешательств в соответствии со стандартом, стандарт обязателен для исполнения. Эксперты страховых компаний и НМП ориентируют врачей на то, чтобы проанализировать стандарты по своей специальности и определить собственный алгоритм: как действовать осмысленно, оптимально в конкретной ситуации и потом мотивированно доказать любому оппоненту целесообразность и необходимость именно такой тактики.

### **ТРЕБОВАНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ**

Нарушение требования безопасности медицинской услуги также является дефектом оказания медпомощи.

Вопросами государственного контроля безопасности медицинской деятельности сегодня занимается

Росздравнадзор, но есть и 238 статья УК «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности». Сегодня эта статья часто используется в отношении медработников. При этом сам факт оказания медицинской услуги, не отвечающей требованиям безопасности, является преступлением, даже если не было ущерба жизни и здоровью пациента.

Чтобы избежать этого дефекта, надо четко представлять себе критерии оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности. Определение безопасности медицинской помощи в федеральном законодательстве не закреплено, и в этом случае возможно ориентироваться на 309 статью ГК, которая гласит, что при отсутствии определения, подкрепленного нормативным актом или законом, действует обычай делового оборота или обычно предъявляемые требования. На этой основе разработчиками карты предложено определение безопасности медицинской помощи, которое может использоваться на практике в медицинской деятельности и в экспертизе медицинской деятельности, в том числе и судебной. В первую очередь — это отсутствие необоснованного риска при допущении обоснованного риска медицинского вмешательства, соответствующего номенклатуре медицинских услуг, выполняемого с диагностической или лечебной целью по показаниям в соответствии с имеющимся заболеванием, с учетом противопоказаний к вмешательству, в специально предусмотренном, нормируемом и приспособленном помещении специалистом, имеющим допуск к выполнению вмешательства на основании имеющихся у него документов об образовании и сертификата специалиста.

В качестве примера рассмотрим случаи, когда претензии к врачам связаны с тем, что ряд медицинских вмешательств, в частности — прерывание беременности, выполняется в помещениях, которые не отвечают

предъявляемым требованиям. Очевидно, что прерывание беременности — хирургическая операция, а это означает, что проводится эта операция должна в определенных помещениях — только в малой или только в большой операционных. В операционной должен быть определенный ассортимент оснащения, медицинского оборудования, в том числе и по оживлению пациента. Но бывают случаи, когда организатор здравоохранения не обеспечил должное оснащение, а медицинский работник не обратил на это внимание, пошел на оперативное вмешательство. В случае возникновения осложнений, которые невозможно лечить из-за отсутствия необходимого оснащения, вина ляжет на медицинского работника. Врачи должны понимать, что сегодня невыполнение ими требований порядков оказания медицинской помощи в оснащении и в оборудовании для них чревато в том числе и уголовным судопроизводством. Нельзя пренебрегать требованиями безопасности хирургического вмешательства.

Также необоснованным риском считается, если применение конкретного метода диагностики и лечения осуществляются вне медицинских показаний к нему или при наличии противопоказаний. Собственно, предоперационный осмотр у анестезиолога, например, и выполняется для того, чтобы выявить параметры состояния здоровья, сопутствующие заболевания, противопоказания к определенным методам анестезии и показания к определенному методу анестезии. Все выявленные нюансы необходимо внести в медицинскую документацию и ни в коем случае не выполнять противопоказанных медицинских вмешательств. В суде будет очень сложно доказать какие-то особенности состояния здоровья, которые заставили врача выполнить противопоказанные медицинские вмешательства. Впрочем, бывают случаи, когда цель рискованного вмешательства не может быть достигнута без риска другими вариантами вмешательств. Тут надо понимать, что вначале рассматривается приме-

ние самой безопасной методики лечения.

И только если она неприменима или цель не может быть достигнута более безопасным вмешательством, применяется более опасное для жизни и здоровья пациента вмешательство.

### **НЕЛЬЗЯ ЗАБЫВАТЬ**

Дефектом медицинской помощи считается и нарушение прав пациентов. Например, у пациента есть право на обезболивание или на облегчение боли. И если врачебная манипуляция проводится в условиях болевого синдрома, то это право пациента может быть нарушено, и такая медицинская помощь не может быть признана помощью надлежащего качества.

Неоптимальный выбор технологии — также дефект медпомощи. В законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» указано, что качество медицинской помощи представляет собой совокупность характеристик, определяющих в том числе своевременность оказания медицинской помощи и правильность выбора методов диагностики и лечения.

Если из-за неправильной диагностики или неправильного выбора методов лечения были затруднения стабилизации существующего у пациента состояния, если был неправильно подобран перечень мероприятий в лечении, то возможно развитие нового заболевания, что тоже будет расценено как дефект оказания медицинской помощи.

Никто не отменял и определение ВОЗ качества медицинской помощи, включающее понятие «неоптимальное расходование или нерациональное расходование ресурсов медицинского учреждения».

Поэтому, если в лечении больного были нерационально использованы какие-то медицинские ресурсы, кадровые, материальные, — это дефект.

Безусловно, дефектом является и несоответствие медицинской помощи целям, для которых данная медицинская помощь оказывается. Например, пациент формулирует

цель, которой он хочет добиться при хирургическом вмешательстве. Врач с помощью медицинских знаний дает ответ — сможет он выполнить данную задачу или нет. Если цель может быть достигнута, то заключается договор и хирург берет на себя обязанность сделать именно так, как хочет пациент.

Наконец, нельзя забывать о факторе надлежащего ведения медицинской документации. Ведь именно из нее сам пациент, другие врачи, которые оказывают медицинскую помощь по преемственности, или судебно-медицинские эксперты, патологоанатомы, следователи, прокуроры и суд судят о качестве медицинской помощи. Если медицинская документация будет оформлена из рук вон плохо, то медицинский работник никому ничего не сможет доказать. Если раньше популярна была фраза: «история болезни пишется для прокурора», то сегодня однозначно можно сказать, что медицинская документация пишется для адвоката медицинского работника, для того, чтобы ему было что сказать в защиту на судебном процессе. Правильное оформление медицинской документации — один из основных столпов надлежащего качества медицинской помощи.

### **ЗАБОТЛИВОСТЬ И ОСМОТРИТЕЛЬНОСТЬ**

Важно также, что карта дефектов предлагает эксперту круг вопросов, которые подлежат разрешению в процессе экспертизы качества медицинской помощи:

- Своевременно ли была оказана медицинская помощь?
- Правильно ли выбраны медицинские технологии?
- Какова степень достижения запланированного результата?
- Есть ли несоответствия после оказанной помощи с состоянием здоровья пациента?
- Соответствует ли оказанная помощь договору на оплату медицинской помощи по ОМС?
- Соответствует ли оказанная помощь стандартам медицинской помощи?

— Соответствует ли медицинская помощь официальным порядкам ее оказания?

— Имеет ли место нарушение нормативных актов при оказании медицинской помощи?

— Были ли выявлены особые условия, при которых сформировался тот или иной дефект?

Ответы на эти вопросы переводят медицинский язык на юридический. И медицинский работник или медицинская организация признаются невиновными, если при той степени заботливости и осмоторительности, какая от нее требуется по характеру обязательств и условий, они приняли все меры для надлежащего исполнения обязательств. Главный вопрос, который для себя решают судьи, прокуроры и следователи, — это заботливость и осмоторительность.

### **ПОВОД ЗАДУМАТЬСЯ**

В карте дефектов также представлены те дефекты, которые выявляются в соответствии с законодательством Российской Федерации. Есть ряд статей, которые устанавливают определенные требования.

Например, в законе четко написано, что необходимо добровольное информированное согласие пациента на основании предоставленной медицинским работником полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ней рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, а также предполагаемых результатах оказания медицинских услуг и помощи. Информированное согласие дается в письменной форме, но при этом законодатель забыл об очень важной позиции: при отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. Но как разъяснить, в законе не сказано. Врач должен перечислить последствия такого отказа.

Если этих последствий не будет перечислено письменно, врачу очень

трудно будет доказать, что неблагоприятный исход связан не с тем, что он не предупредил пациента. Если пациент отказывается от медицинского вмешательства, тем более срочного, направленного на продление жизни и здоровья пациента, то надо четко понимать, что эта ситуация грозит судебными издержками, судебными рассмотрениями, и необходимо в истории болезни через запятую перечислить все негативные последствия отказа от медицинского вмешательства. В этом случае пациент не может свидетельствовать в суде, что он не был предупрежден об отрицательных последствиях.

К сожалению, экспертам приходилось анализировать рекомендации при выписке пациентов, где ничего не указано о тех возможных последствиях лечения, которые возникают не сразу, т.е. отсроченных последствиях. Пациент не может разобраться, думает, что это закономерное течение его выздоровления, а на самом деле — это осложнение. И если пациент не обратится вовремя за консультацией, то при неблагоприятных для него последствиях это будет расценено как дефект медицинской помощи. Очень часто в суде медицинские работники оправдывают возникновение неблагоприятных последствий своего лечения у пациента тем, что это особенности организма самого пациента. При этом ни в предоперационном эпикризе перед медицинским вмешательством, ни в истории болезни никаких особенностей никто не фиксировал. Получается, что эти особенности выявились после того, как возникло само неблагоприятное последствие.

Добровольное информированное согласие — это и есть повод задуматься о тех особенностях пациента, которые могут привести к негативным последствиям медицинского вмешательства.

### **ДЕФЕКТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОПИСАНЫ**

Хотелось бы также обратить внимание на «Порядок назначения и вы-

писывания лекарственных средств» и «Порядок назначения и выписывания медицинских изделий». Их соблюдение имеет значение при выборе того или иного препарата или изделия по медпоказаниям.

Применительно к изделиям напомним, что сегодня Минздравом России установлено, что любое назначение медицинского изделия или его выбор — не функция пациента. Пациент сам не выбирает потребительские свойства препарата или изделия, это профессионально делает врач. В части назначения лекарственных средств эксперты рекомендуют обращать внимание на государственный реестр лекарственных средств, где регистрируются все инструкции по применению лекарственных средств и где указаны все противопоказания. Категорически нельзя назначать противопоказанные лекарственные средства. В тех случаях, когда лекарственная терапия должна быть согласована с клиническим фармакологом, это необходимо сделать.

Подытоживая, хочется подчеркнуть еще раз: «Карта дефектов медицинской помощи» требует внимательного изучения.

Деятельность медицинского работника — сложная и авторитетная работа, и проводить экспертизу халатно никак нельзя. Поэтому карта разрабатывалась с тем, чтобы предусмотреть различные ситуации, а врачи, которые оказывают медицинскую помощь, и врачи, занимающиеся экспертизой, говорили на одном языке. Цель — сведение к минимуму кустарщины в экспертизе. Те дефекты, что уже были выявлены, должны быть описаны с тем, чтобы знать причины возникновения этих дефектов и искоренять их. Экспертиза должна быть как можно более обоснованной и объективной.

*Алексей СТАРЧЕНКО,  
заместитель генерального  
директора ООО «Росгосстрах-  
Медицина», председатель  
Комитета по медицинской  
экспертизе НМП*