

Д.С. ЗУБКОВ, ведущий юрист, региональная общественная организация «Ассоциация травматологов-ортопедов Москвы» (РОО «АТОМ»)

Результат медицинской помощи: в чем измеряется здоровье?

Актуальный вопрос, волнующий всех пациентов без исключения: насколько правильно и полностью оказали медицинскую помощь? На этот сложный вопрос нет простых ответов, поэтому мы решили задать его эксперту — врачу и юристу, который в любопытной манере рассказал о статусе медицинских услуг в российском законодательстве и проблемах с оценкой их качества.

— Доктор, я смогу играть на скрипке после операции?

— Конечно, сможете.

— Как здорово! Раньше не умел...

Каждый хирург сталкивается с претензиями пациента к результату лечения. У кого-то шов болит, кому-то не нравится послеоперационный режим, у кого-то вернулись симптомы болезни. Как узнать, правильным ли было лечение? Сравнить его результат с эталоном? И где же этот эталон? Нигде. В нормативно-правовых актах фактически нет и никогда не было сведений о предполагаемых результатах медицинской помощи, да и в клинических рекомендациях (протоколах лечения) этот вопрос игнорируется.

Отчасти это можно объяснить различием юридической природы «работ» и «услуг». Работы предполагают вещественный результат — изделие, продукт. Услуги же имеют нематериальный результат — улучшение здоровья, самочувствия. Результат услуг невозможно точно измерить. Нет прямой связи между услугой и ее результатом. На результат услуг влияют многие факторы — поведение пациента, особенности его организма, окружающая среда, внешние обстоятельства. Именно по этой причине закон велит оценивать не результат услуг, а соблюдение правил их оказания.

Однако законодатель обхитрил медиков и вместо качества медицинских услуг дал определение качеству медицинской помощи, куда не погнушался вставить «степень достижения запланированного результата»¹ — характеристику работ, а не услуг. Минздрав РФ радостно подхватил и развил эту уловку, установив в качестве критериев оценки качества медицинской помощи «результаты лечения»: «отсутствие прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией» и «отсутствие осложнений, связанных с дефектами обследования, лечения, выбора метода хирургического вмешательства или ошибок в процессе его выполнения»², а для стационарных условий еще и «отсутствие внутрибольничной инфекции»³. Обратите внимание: помимо законного требования не допускать ошибок, предъявляются требования не допускать даже прогнозируемых осложнений, то есть тех, которые встречаются даже при доскональном соблюдении техники медицинских вмешательств, и современная медицинская наука еще не нашла способа полностью искоренить эти осложнения. Как Минздраву пришлось в голову ставить врачам в вину явление, в котором они виновны быть не могут по определению этого явления? Пред-

сказуемые осложнения признаны мировым врачебным сообществом неотъемлемыми рисками правильно проведенного лечения, своеобразной платой человечества за развитие медицинских технологий.

С июля 2017 г. гайки закрутят еще крепче: в новых Критериях оценки качества специализированной помощи⁴ хирургам помимо перечня необходимых вмешательств приказано обеспечить «отсутствие гнойно-септических осложнений» и «отсутствие тромботических осложнений» и даже «отсутствие повторных хирургических вмешательств». Заметьте, требуют не предпринять профилактику этих осложнений по определенной схеме, а именно обеспечить их отсутствие — заклинаниями, угрозами, личным авторитетом хирурга — не важно как. Помимо требований к результату услуг, законодатель предусмотрел право пациента на информацию о прогнозе развития заболевания, рисках, последствиях вмешательств и результатах оказания медицинской помощи⁵. И врач не имеет права приступить к медицинскому вмешательству, пока не разъяснит возможные варианты и последствия медицинского вмешательства, а также цели, риски и предполагаемые результаты медицинской помощи⁶. Что именно, в каком объеме и в какой форме требуется сообщить пациенту? Откуда черпать всю эту информацию? Как видите, ответа на все эти вопросы нет и уточнений Минздрава ждать не приходится. В этой ситуации предлагаю обратить внимание на клинические рекомендации (протоколы лечения). Именно в них сообщества хирургов различных специальностей имеют возможность законодательно закрепить свой взгляд на хирургические вмешательства, образующие медицинские услуги, составляющие процесс оказания медицинской помощи.

¹ Пункт 21 статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

² Подпункт «н» пункта 2 Приказа Минздрава РФ от 07.07.2015 №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

³ Подпункт «р» пункта 2 Приказа Минздрава РФ от 07.07.2015 №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

⁴ Приказ Минздрава РФ от 15.07.2016 №520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

⁵ Статья 22 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

⁶ Статья 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Каждый нормативный акт имеет упорядоченную структуру, внутреннюю логику и регулирует определенную отрасль общественной жизни в рамках очерченного законом. Разделы клинических рекомендаций, содержащие требования к отдельным вмешательствам, медицинским услугам и медицинской помощи в целом, должны отражать требования законодательства о защите прав потребителей (порядок, условия, сроки предоставления услуг). В качестве типовой структуры таких разделов предлагаю следующий примерный план:

1. **Цели оказания медицинской помощи**⁷. Предлагаю условно выделить три вида объектов воздействия медицинской услуги/медицинского вмешательства:

— Боль (облегчение боли, неприятных ощущений).

— Строение (устранение эстетических недостатков, анатомических дефектов).

— Функция (восстановление физиологического функционирования органов, систем).

При описании целей важно учитывать, что медицинская услуга/медицинское вмешательство обычно воздействует на все три объекта в разных соотношениях.

2. **Стандарт информирования** пациента о медицинской услуге/медицинском вмешательстве, **Образец Информированного добровольного согласия** (ИДС) на медицинское вмешательство. Стандарт информирования составит основу беседы врача и пациента. Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» согласие на вмешательство возможно только после предоставления пациенту в доступной форме полной информации об этом вмешательстве. Полагаю утверждать готовые бланки ИДС после их психологической экспертизы на предмет доступности информации для понимания и с заключением врачей-специалистов о полноте и всесторонности изложения информации.

3. Нормативная характеристика **основного метода** оказания медицинской помощи (порядок, правила и условия оказания услуг), **технологии** осуществления медицинского вмешательства (необходимый набор инструментов и материалов, условия и технические особенности проведения). Этот раздел является основополагающим в установлении правил оказания медицинских услуг при хирургических заболеваниях и состояниях.

4. Нормативная характеристика **альтернативных методов** оказания медицинской помощи, **возможных вариантов** медицинского вмешательства в случае необходимости:

— индивидуальная непереносимость основного метода медицинской помощи,

— иные индивидуальные особенности организма пациента,

— информированный отказ пациента от основного метода медицинской помощи.

Перечень альтернативных вариантов должен быть исчерпывающим и включать в себя только допустимые методы.

5. **Сроки** оказания услуг⁸. Если заболевание является неизлечимым/хроническим, то следует указывать непрерывный характер оказания услуг или соответствие сроков оказания услуг продолжительности обострения хронического заболевания. Полагаю необходимым указывать продолжительность каждого этапа медицинской помощи: профилактики, диагностики, лечения, реабилитации. К примеру, указание на длительные сроки лечения или реабилитации порой снимает с хирурга обвинения в недолжном результате вмешательства, ошибочно оцененном в раннем послеоперационном периоде.

6. Предполагаемые **результаты, риски и последствия** оказания медицинской помощи (в зависимости от особенностей организма пациента). Осложнения согласно существующей нормативной практике⁹ допустимо разделить:

— на прогнозируемые, не зависящие от правильности оказания медицинских услуг,

— осложнения вследствие нарушения правил оказания медицинских услуг.

Требуется отдельно указывать в тексте рекомендаций консолидированную позицию хирургического сообщества относительно добросовестных действий хирурга в случае возникновения прогнозируемых осложнений и отсутствия причинно-следственной связи между этими действиями и результатом медицинской помощи с соответствующим выводом о непричастности врача.

7. Специальные **правила безопасного использования услуги**¹⁰ — типовые рекомендации пациенту, получающему услугу. Если пациент не будет следовать памятке, выданной ему под роспись, то медицинская организация освобождается от юридической ответственности за результат услуги¹¹.

Полагаю некорректным устанавливать какие-либо требования к **продолжительности использования услуг**, так как Законодатель не устанавливает для услуг ни срок службы, ни срок годности, ни гарантийный срок¹².

Выделю также основные принципы изложения указанных пунктов в клинических рекомендациях (протоколах лечения):

1. Обоснование экспертных оценок, прогнозов и решений с позиций доказательной медицины.

2. Разработка математических моделей, рационализация процесса обоснования экспертных оценок, прогнозов и решений в зависимости от возраста, пола, тяжести основного заболевания, сопутствующих заболеваний и других особенностей организма пациента.

3. Соблюдение буквы и духа закона, правил нормотворчества. Корректные, однозначные формулировки норм. Исчерпывающие перечни.

4. Разработка норм на основе консенсуса максимально широкого круга экспертов.

5. Соответствие клинических рекомендаций (протоколов лечения) порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи.

В следующем выпуске мы рассмотрим примеры и последствия отсутствия правил оказания медицинской помощи в разных отраслях хирургии, угрозы и опасности имеющихся пробелов в законодательстве для врачей и медицинских организаций.

⁷ Статьи 8 и 10 Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей».

⁸ Статья 27 Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей».

⁹ Приказ Минздрава от 07.07.2015 №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

¹⁰ Пункт 3 статьи 7 Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей».

¹¹ Статья 14 Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей».

¹² Статья 5 Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей».