

Екатерина Бороздина, Егор Ельницкий, Дарья Ходоренко

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ВРЕДА: ОПЫТ ПАЦИЕНТОВ И МЕДИЦИНСКИЕ СТАНДАРТЫ В СУДЕБНЫХ РЕШЕНИЯХ

Основные тенденции современной системы здравоохранения – это стандартизация работы врачей, основанная на принципах доказательной медицины, и переход к пациентоориентированной медицинской помощи. Связь этих тенденций остается предметом дебатов в социологии медицины. Часть авторов рассматривает пациентоориентированную медицинскую помощь как составляющую доказательной медицины и связанных с ней стандартов, другие утверждают, что эти принципы противоречат друг другу, а повсеместное внедрение доказательности мешает медицинским специалистам учитывать особенности опыта конкретных пациентов. Мы изучили, какую рамку для соотношения пациентоориентированности и стандартизации задает судебная практика: как особенности опыта пациента и следование парадигме доказательной медицины интерпретируются в рамках судебных разбирательств, какие прагматические последствия имеют данные интерпретации. Мы рассмотрели нормативные представления о медицинской практике и позиции пациента, которые можно вычленил из текстов судебных решений. Мы обращаемся к судебным решениям как к документам, отражающим современные принципы контроля над работой медиков и имеющим практические последствия для социальных отношений в здравоохранении. В рамках исследования создана уникальная репрезентативная база данных из текстов 498 судебных решений первой инстанции по гражданским искам пациентов

Екатерина Александровна Бороздина – к.социол.н., доцент, факультет социологии, Европейский университет в Санкт-Петербурге, Санкт-Петербург, Российская Федерация. Электронная почта: eborozdina@eu.spb.ru

Егор Станиславич Ельницкий – аспирант, факультет социологии, Европейский университет в Санкт-Петербурге, Санкт-Петербург, Российская Федерация. Электронная почта: eelnitsky@eu.spb.ru

Дарья Константиновна Ходоренко – лаборант, Европейский университет в Санкт-Петербурге, Санкт-Петербург, Российская Федерация. Электронная почта: dkhodorenko@eu.spb.ru

к медицинским организациям за 2018 г. Исследование выполнено в стратегии смешивания методов (*mixed methods*). Для изучения того, как стандарты доказательной медицины и внимание к опыту пациентов интерпретируются и задействуются в судебных решениях, мы осуществили анализ текстов 52 случайно отобранных документов. С помощью регрессионного анализа данных 498 решений выяснено, какие практические последствия имеют представленные в тексте интерпретации. Показаны статистически значимые связи между переменными, квантифицирующими обстоятельства конфликта между медицинскими профессионалами и пациентами, запрошенными стороной истцов суммами и решением суда о размере компенсации. С помощью качественного анализа текстов судебных решений описано, как в документах интерпретируется (не)следование медицинским стандартам и доказываемая значимость вреда, причиненного потерпевшим.

Ключевые слова: пациентоориентированность, доказательная медицина, судебные решения, моральный вред, неформальные правила

DOI: 10.17323/727-0634-2022-20-2-199-214

Стандартизация работы врачей, основанная на принципах доказательной медицины, и переход к пациентоориентированной медицинской помощи – две основные тенденции, которые характеризуют современное здравоохранение. Однако то, как эти тенденции сочетаются между собой, остается вопросом для исследователей. Часть авторов рассматривает пациентоориентированную медицинскую помощь как составляющую доказательной медицины и связанных с ней стандартов (Sackett et al. 1996). Другие утверждают, что эти принципы противоречат друг другу, а повсеместное внедрение доказательности мешает медицинским специалистам учитывать особенности опыта конкретных пациентов (Hanssen et al. 2016).

Исследования, выполненные как на российском (Kamenshikova 2018; Litvina et al. 2020), так и на зарубежном (Timmermans, Berg 2003) материале, показывают, что легальные механизмы играют ключевую роль для утверждения обоих принципов: принимая клинические решения, профессионалы рутинно учитывают, какие их действия могут стать основанием для иска со стороны пациента и как они смогут оправдаться в случае судебного разбирательства. В статье мы рассматриваем, какую рамку для соотношения пациентоориентированности и стандартизации задает российская судебная практика: как особенности опыта пациента и следование парадигме доказательной медицины интерпретируются в судебных решениях, какие последствия имеют эти данные интерпретации.

Стоит отметить, что ни пациентоориентированность, ни доказательная медицина не имеют однозначной социологической трактовки. Пациентоориентированность часто описывается как конгломерат из разнородных элементов, к числу которых относят сочетание медицинского и социально-

психологического взгляда на опыт пациента, признание уникальности этого опыта, стремление нивелировать неравенство во взаимодействиях врача и пациента (Mead, Bower 2000). Термин «доказательная медицина» также принимает множество разных значений – производство научных доказательств с помощью определенного набора исследовательских практик; следование клиническим рекомендациям, основанным на данных исследований; возможность оценить решения врача с точки зрения их научной достоверности (Timmermans, Berg 2003: 3).

Важно, что при всем разнообразии трактовок обе эти категории отражают трансформацию властных отношений в современном здравоохранении. В случае доказательной медицины ученые показывают: хотя следование ее принципам позволяет повысить авторитет медицинских профессионалов, научно обоснованные стандарты используются внешними акторами – страховыми компаниями, чиновниками и пр. – для регулирования работы медиков (Armstrong 2002; Timmermans, Berg 2003: 19). Пациентоориентированность также оказывается вызовом автономии и авторитету медицинской профессии. Ведь в этом случае речь идет о том, чтобы сместить внимание с перспективы врачей на опытное знание и переживания пациентов (May et al. 2006). Обобщая, можно сказать, что доказательная медицина и пациентоориентированность формируют две модели контроля над работой медицинских профессионалов. В первом случае контроль соответствует идеалам модерности с ее стремлением к стандартизации, объективности и предсказуемости; во втором – отражает постмодерные тенденции в управлении, прежде всего внимание к различиям индивидуальных опытов и эмоциональных переживаний.

Наряду с общим пониманием, для социальных исследователей важна контекстуализация рассматриваемых категорий. Как стандарты доказательности в медицине (Chirikova et al. 2021; Geltzer 2009), так и составляющие пациентоориентированной помощи (Liberati et al. 2015) не универсальны, а детерминированы социальным и историческим контекстами. Этот взгляд задает направление социологических исследований – эмпирическое изучение компонентов доказательной медицины и пациентоориентированности в конкретном обществе. Авторы настоящего исследования разделяют такой подход.

Методология и методы исследования

Материалы судебных решений используются в социологических исследованиях права с целью проследить институциональные, социокультурные, исторические предпосылки работы судов и юридической профессии (см., Vocharov 2021; Jacobs, Carmichael 2002; Dannefer, Schutt 1987). К этим материалам также обращаются исследователи, которые рассматривают решения судов как артефакты социальных процессов, не ограниченных

сферой правоприменения – например, трансформации гендерных отношений в контексте неотрадиционалистского поворота в постсоветском обществе (Kondakov, Shtorn 2021).

В статье мы движемся в русле второго из обозначенных направлений – нас интересуют не столько проблемы права и правоприменения, сколько нормативные представления о медицинской практике и роли пациента, которые можно аналитически вычленивать из текстов судебных решений. В методологическом смысле мы рассматриваем судебные решения, во-первых, как артефакты социальных отношений; во-вторых, как одного из акторов в этих отношениях, который способен влиять на социальные практики и процессы. В основе такого подхода – традиция практически ориентированного анализа документов, разработанная в рамках исследований науки и технологий (Shankar et al. 2017, Østerlund et al. 2020). Документы здесь рассматриваются как элемент социальных взаимодействий – тексты, которые были созданы с определенными задачами и которые выполняют эти задачи, модифицируя социальные связи.

Ключевое значение при таком анализе приобретает категория «проблемы» (*issue*). Фокус делается, с одной стороны, на том, как «проблемы» создаются в документах посредством концептуальной работы и под влиянием социального контекста, а с другой стороны, как содержащиеся в тексте определения «проблем» влияют на реальные практики (Asdal 2015). Применительно к полю медицины такой подход уже успешно применен для анализа историй болезни (Berg, Bowker 1997) и клинических руководств (Bowker, Star 2000). Мы обращаемся к материалам судебных решений как к еще одному типу документов, который отражает современные принципы контроля над работой медиков и имеет практические последствия для социальных отношений в здравоохранении.

Эмпирическая база исследования состоит из текстов 498 судебных решений по гражданским искам первой инстанции за 2018 г. Тексты были взяты из открытой базы данных *sudact.ru* при помощи веб-скреппинга. В массиве за указанный год не представлены данные московских судов. Чтобы отобрать из всего массива решений те, которые отражают конфликтные ситуации между пациентами и медицинскими учреждениями, нами была использована многоступенчатая выборка, состоящая из этапов отбора представленных ниже.

Этап 1. Мы скачали весь доступный массив судебных решений за 2018 г. по статьям Гражданского кодекса РФ № 10 (Пределы осуществления гражданских прав), 151 (Компенсация морального вреда), 152 (Защита чести, достоинства и деловой репутации), 1064 (Общие основания ответственности за причинение вреда), 1079 (Ответственность за вред, причиненный деятельностью, создающей повышенную опасность для окружающих). Статьи отобраны на основе анализа правовых документов, рекомендаций по юридически корректному ведению пациентов, разработанных внутри

врачебного сообщества, а также консультаций с экспертами (врачами и юристами). Скачивание происходило при помощи кода, написанного на языке *Python*, с ручным вводом *CAPTCHA*. С помощью подбора гиперссылок вручную удалось минимизировать потери данных (потеряно менее 0,8% всех доступных решений).

Этап 2. Скачанные решения загружены в программу поиска и сортировки по ключевым словам, написанную на языке программирования *R*. Программа проводит стандартизацию и двухэтапный анализ текстов судебных решений при помощи регулярных выражений. Сначала маркируются судебные решения, в которых не менее шести раз встречаются аббревиатуры либо словосочетания, обозначающие российское медицинское учреждение (к примеру, «больница», «ЦРБ», «ГБУЗ»). Затем из этого массива отбираются судебные решения, содержащие словосочетания, связанные с нарушением прав пациента медицинского учреждения (к примеру, «отказ в оказании медицинской помощи», «неверный диагноз»). Соответствие выбранных словосочетаний поставленным исследовательским задачам верифицировано юристами, специализирующимися на исках к медицинским организациям. Программа настроена так, чтобы минимизировать ложноотрицательные результаты отбора; согласно проверенным вручную данным тестовых выборок, ложноотрицательный результат задан менее чем в 0,3% исследуемой выборочной совокупности. Таким образом, в исследовании оказывается пропущено статистически незначимое количество судебных решений, подходящих под установленные критерии.

Этап 3. Отобранные программой решения проверены вручную; подходящие решения закодированы в итоговой таблице, содержащей данные о суде, истцах, ответчиках, поставленных диагнозах и суммах компенсаций различных типов вреда (всего более 30 переменных, характеризующих каждое решение). Таблица использована нами для описания имеющегося массива данных, а также для выявления статистически значимых связей между найденными в текстах решений сведениями о лечении потерпевших и исходами судебного разбирательства.

Для изучения того, как стандарты доказательной медицины и внимание к опыту пациентов интерпретируются и задействуются в судебных решениях, мы осуществили качественный анализ документов. Решения для качественного анализа случайным способом отобраны из итоговой базы данных. При отборе мы контролировали такие признаки документов, как решение суда по иску (удовлетворен, не удовлетворен, удовлетворен частично), а также статьи ГК РФ, к которым относится решение. Решения для качественного анализа взяты поровну из каждой группы (кроме случаев, когда в группе не было достаточно решений). Всего отобрано 52 решения.

Решения проанализированы с помощью вариации тематического кодирования, которая сочетает дедуктивный и индуктивный подходы, а также адаптирована для работы в компьютерных программах (Deterding,

Waters 2018). Анализ текстов состоял из: (1) кодировки текста судебных решений с использованием дедуктивно сформулированных опорных категорий, характеризующих принципы пациентоориентированности и доказательной медицины; (2) кодирования идентифицированных фрагментов с использованием кодов, полученных из данных, с целью поиска различий в паттернах внутри опорных категорий. Это позволило нам уточнять и пересматривать первоначальные исследовательские предположения в соответствии с содержанием эмпирических материалов.

Следует отметить, что материалы судебных решений представляют собой особый тип данных. С одной стороны, мы имеем дело с формальным юридическим документом, который суммирует итоги судебного разбирательства и подводит читателя к принятому в ходе разбирательства решению. Это ограничивает возможности для последующего анализа. Нарративы, составленные с ориентацией на Гражданский кодекс, оказываются достаточно шаблонными, а содержащаяся в них информация лимитированной – в текстах почти не представлены детали пациентского опыта, которые не значимы для обоснования судебного вердикта. С другой стороны, социологи подчеркивают, что, даже являясь артефактами юридической процедуры, тексты судебных решений остаются богатым источником социологических данных. В них отражены разные перспективы и истории (истцов, ответчиков, экспертов и пр.), каждая со своей логикой повествования и своим языком (Kondakov, Shtorn 2021).

Мы учитывали указанные выше особенности при анализе данных. В частности, мы обращали внимание на то, в какой части судебного решения представлена та или иная информация – отражает ли она позицию истца, свидетелей, суда или других участников разбирательства. Мы не ставили перед собой задачу выяснить, что в действительности происходило в ситуации лечения или в ходе судебных взаимодействий, которые предшествовали публикации судебного решения. В фокусе нашего внимания находилось то, какую рамку тексты решений задают для соотношения пациентоориентированности и стандартизации, основанной на доказательной медицине.

Гражданские иски к медицинским учреждениям: общие характеристики

В исследовании использованы данные судебных решений по статьям ГК, в которых ответчиком выступают государственные медицинские организации (поликлиники, больницы, госпитали, специализированные центры), а в качестве истцов – пациенты, родственники или иные представители пациентов. Дела, в которых ответчиками являются медицинские работники (по УК РФ или КОАП РФ), не входят в выборку. Распределение судебных решений по федеральным округам неравномерно: 19,4% в Приволжском, 18,2% в Сибирском, 17,2% в Центральном, 14,8% в Северо-Западном, 11,2%

в Южном, 10% в Дальневосточном, 9,2% в Уральском. Всего в базу отобрано 498 судебных решений.

Ответчиком в судебном разбирательстве выступают медицинские учреждения разного уровня: межрайонные (3,2%) и городские (41,1%), районные (30,2%), областные, краевые и республиканские (23,5%), федеральные (1,6%), поселковые и окружные (0,4%). В большинстве случаев (94%) гражданский иск предъявляется к одному ответчику – медицинскому учреждению. В остальных случаях (6%) ответчиками вместе с учреждениями выступают частные лица, департаменты, региональные министерства здравоохранения и финансов и другие организации. В 13,9% случаев разбирательство по статьям ГК сопутствовало суду по уголовному делу. В таких делах ответчик находился при исполнении должностных обязанностей, либо истец, совершивший уголовное преступление, оспаривает проведенную медицинскую экспертизу.

Иск может быть подан от потерпевшего (61,2%), его родственника (36,8%), организации (0,8%), прокурора (1,2%). Истцы запрашивают возмещение морального вреда в половине судебных решений (52,2%). Запрос компенсации за нанесенный вред здоровью встречается редко (1,4%), в некоторых делах запрашивают возмещение убытков и расходов (14,7%). В России нет установленных законом лимитов на сумму возмещения морального вреда. Истцы самостоятельно оценивают нанесенный им вред и делают запрос на свое усмотрение. При этом чем больше истец запрашивает денег, тем большая сумма будет указана в решении суда (0,402***). Однако суд редко полностью удовлетворяет требования истца (3,8%). Когда нарушения ответчика доказаны, суд снижает размер компенсации и удовлетворяет требования частично (54,2%). Суд полностью не удовлетворяет иски в 42% случаев.

Опыт пациента и доказательства вреда в судебных разбирательствах

Доказательство вреда, причиненного истцу действиями медиков, а также определение размеров этого вреда – ключевой момент судебного разбирательства. В «медицинских» делах существует три основных типа такого вреда: ущерб здоровью, материальный ущерб и моральный вред. Вред, относящийся к первым двум категориям, определяется в судебных решениях сравнительно однозначно – с опорой на объективные медицинские критерии или документы, подтверждающие дополнительные расходы истца. Однако относительно самой многочисленной категории дел и наиболее интересной в смысле изучения немедицинских аспектов пациентского опыта – исков о возмещении морального вреда – ситуация с определением проблемы сложнее. Российское законодательство не устанавливает, как определять причиненный истцу моральный вред и оценивать его размер.

В ходе качественного анализа текстов судебных решений мы сосредоточились на том, чтобы определить, какие аспекты социального опыта истца классифицируются как проблемные и расцениваются как ситуации, связанные с моральным вредом. Нами были выделены два типа таких ситуаций, которые могут сочетаться в историях отдельных пациентов. Первый тип – ситуации, в которых действия медиков (в т. ч. бюрократические) ограничивают возможности пациентов в том, чтобы выполнять «нормальные» социальные активности. Перечень таких активностей включает в себя широкий спектр действий – от управления автотранспортом до автономии в повседневной жизни (например, возможности принимать душ без посторонней помощи). Также в текстах решений вред, причиненный социальным ролям пациентов в результате некачественного лечения, становится ограничением «нормальной» жизни их семей. Второй – когда действия медиков сказываются на способности пациента представлять себя другим в качестве достойного члена общества. Здесь речь идет о репутационном вреде (например, разглашении психиатрического или наркологического диагноза) или о стыде пациента, связанном с внешним видом (например, косметическими дефектами неудачно выполненных зубных протезов).

Наряду с маркированием проблемных ситуаций, значимой составляющей судебного разбирательства является верификация и определение размера страданий пациента (истца). В проанализированных судебных решениях выделяются две риторические стратегии верификации страданий истца. Первая заключается в выстраивании связи между «субъективным» эмоциональным ущербом и «объективными» физиологическими проявлениями страдания. Чувства и переживания пациентов и истцов воспринимаются как значимые и заслуживающие компенсации не сами по себе, но только в тех случаях, когда их наличие подтверждается «объективно» диагностируемыми телесными последствиями – клинической депрессией, обострением хронических заболеваний, появлением новых заболеваний, бессонницей и пр. Нередко в материалах дела приводится внешнее подтверждение таких эмоциональных страданий – экспертиза психолога:

Он испытывает чувство унижения, оскорбления, беспомощности и беззащитности. Считает, что употребление наркотических веществ «ниже его достоинства». По причине указанных обстоятельств сократился круг его общения, испытал сильные душевные и нравственные переживания, ухудшилось его психическое и психологическое состояние здоровья, был вынужден обратиться за квалифицированной помощью к психологу (Д24).

Вторая стратегия представляет собой выстраивание связи страдания с социальными ролями индивида, точнее, с ограничениями для дальнейшего исполнения этих ролей из-за последствий некачественного лечения или медицинской экспертизы. Речь может идти о ролях, исполняемых в публичном пространстве, но наиболее ярко в текстах решений представлены трудности с исполнением семейных ролей. Характерно, что

семья и семейные роли определены в традиционном ключе: страдания истца или потерпевшего связаны с тем, что неудачное лечение препятствует исполнению нормативной гендерной роли жены-матери или мужа-кормильца в гетеросексуальной семье с детьми:

Истица ФИО2. в судебном заседании требования поддержала в полном объеме, пояснила, что ФИО5 являлся ей любимым супругом, который являлся опорой семьи, любящим мужем, потеря которого невозможна. Также указала, что в 2013 году в связи со смертью супруга и отца, несовершеннолетнему ребенку ФИО4 ДД.ММ.ГГГГ года рождения было 13 лет, переходный возраст, ребенок испытал шок, поскольку является мальчиком и был очень привязан к отцу, который был для него опорой и советчиком во всем. Сын ушел в себя, осиротел, стал угрюмым (Д13).

Классическое антропологическое исследование, посвященное американским пациентам, которые живут с онкологическими заболеваниями, говорит о значимости «дискурса надежды» в лечении (Del Vecchio Good et al. 1990). Можно сказать, что в судебных решениях мы сталкиваемся с дискурсом «отсутствия надежды»: вредом – моральным и телесным – считаются негативные последствия, которые необратимым образом сказываются на возможности пациента соответствовать социальной роли. Степень морального страдания определяется судом в зависимости от того, насколько сильно за счет действий медицинских работников нарушена нормативность в семейных отношениях. Существенная утрата – потеря супруга, с которым продолжительное время проживали в зарегистрированном браке и имели нескольких детей, потеря женщиной ребенка, случаи, когда мужчина вынужден уволиться с работы.

Однако самого по себе страдания пациента или истца недостаточно для разбирательства по поводу качества медицинской помощи. Перед истцами и их представителями в суде стоит задача связать индивидуальную проблему и индивидуальное страдание с более общим порядком (не) следования правилам со стороны медицинского учреждения.

От индивидуального страдания к нарушению стандартов

В судебных решениях по «медицинским» делам выделяются два типа нарушений, связанных с отклонением от стандартов оказания медицинской помощи, – некачественное лечение и проблемы со следованием бюрократическим правилам (неточности ведения отчетной документации, вопросы оформления справок об инвалидности и пр.). Оба типа отклонения от стандартов проявляются процессуально в том, как реализуется коммуникация между участниками медицинских взаимодействий. Прежде всего речь идет о сбоях в коммуникации между пациентами и медицинскими работниками:

29 января 2014 года обратилась к ответчику в связи с необходимостью протезирования зубов. Врач-ортопед № предложил протезирование

верхней и нижней челюсти металлокерамикой и бюгельными протезами, завершить работу обязался к ДД.ММ.ГГГГ. При этом ни до, ни после протезирования рентгенологического исследования проведено не было, необходимая информация ей не предоставлялась, план лечения не согласовывался и не предоставлялся (Д8).

Сбои в коммуникации могут быть связаны с невниманием к опытному знанию пациента – его/ее свидетельствам о телесных переживаниях и боли. Такое невнимание основывается на необходимости следовать логике формального исполнения рабочих обязанностей и неформальной экономии ограниченных ресурсов:

15.12.2013 г. супругу дважды вызывалась Скорая медицинская помощь. По приезду работники Скорой помощи ставили ФИО5 обезболивающие уколы, после чего уезжали, не госпитализируя его, усугубляя его состояние. 16.12.2013 г., в очередной раз на дом был вызван участковый врач-терапевт, который после осмотра мужа, назначил продолжение лечение на дому и прохождение УЗИ, после чего порекомендовала записаться на прием к участковому терапевту, при этом ФИО5 находился в тяжелом состоянии, высказывал жалобы, указывал на сильные болевые ощущения, его не госпитализировали, а назначили только лечение на дому (Д18).

При этом стандартизация, как особая форма контроля затрагивает не только медиков, но и обывателей. Решение суда зависит от того, насколько тщательно сами потерпевшие исполняли предписания медиков. Например, если установлено, что потерпевшие когда-либо отказывались от медицинской помощи, это интерпретируется как нарушение ими процесса лечения:

Таким образом судом установлено, что истцом в течении двух месяцев по неизвестной причине не было выполнено назначение врача-невролога (консультация невролога и фтизиатра). Доводы истца о том, что у нее отсутствовало направление к фтизиатру, в связи с чем она не имела возможности явиться ДД.ММ.ГГГГ к врачу- неврологу суд считает несостоятельным, поскольку врач- фтизиатр имеется в штате районной больницы и согласно порядка оказания медпомощи пациентам с туберкулезом и при подозрении на туберкулез, пациент может быть направлен структурным подразделением рай.больницы, а также обратиться самостоятельно (Д49).

В условиях современного здравоохранения, отличающегося организационной сложностью, нарушение предписанного порядка коммуникации может произойти и в ситуации взаимодействия между врачами – в случаях, когда медики вовремя не собирают консилиум или не направляют пациента к другому специалисту, не указывают в медицинской карте сделанные назначения:

Предложила маме сделать дочери инъекцию противорвотным препаратом «церукал» <...> о том, что «церукал» противопоказан детям

до 2-х лет, в том числе о побочных действиях препарата, она не говорила, также информация о применении данного препарата не была внесена в сопроводительные документы (Д14).

Важным оказывается выстраивание связей между разными аспектами отклонения от «правильного» порядка взаимодействия – бюрократическими нарушениями, сбоями в коммуникации и дефектами лечения:

Отсутствие записей в его медкарте в этот период – это не просто дефект ведения медицинской документации, а свидетельство того, что к пациенту в больнице несколько дней никто не подходил и не интересовался его состоянием, эффективностью лечения, наличием оснований для корректировки лечения либо выписки в связи с излечением. Именно на эти обстоятельства как на основание причинения ей морального вреда и ссылается истица: что мужу в больнице сначала не выставили верный диагноз, а когда выставили, не провели полное, своевременное и адекватное лечение, отнеслись без должного внимания (Д18).

Как видно из этого примера, вина ответчиков подтверждается судом тогда, когда свидетельства указывают на сочетание нарушения стандартов, основанных на доказательной медицине, и невнимания к пациентам.

Оценка и обоснование морального вреда

С помощью статистического анализа базы данных мы выяснили, какие практические последствия имеют интерпретации, представленные в текстах судебных решений. Как восприятие морального вреда отражается на размере запрашиваемой истцом денежной компенсации? Отличается ли оценка морального вреда (размер компенсации), которую в итоге дает суд, от оценки морального вреда истцом? С какими обстоятельствами конфликтной ситуации связан размер запрашиваемой и присужденной компенсации? Мы обнаружили отличия в оценках сложившейся ситуации истцами и судами. Размер запрошенной и присужденной компенсации связан с социальной сложностью ситуации. Истцы определяют ее исходя из своего субъективного опыта. Среднее значение возмещения морального вреда в решении суда достоверно ниже средней суммы запроса истца.

Мы построили две линейные регрессии. В качестве зависимой переменной в первом случае (модель 1) выступал размер запрошенной компенсации морального вреда. Для анализа взят натуральный логарифм показателя, чтобы привести его к нормальному распределению. То же самое было сделано во втором случае (модель 2) для присужденной компенсации морального вреда. При сборе данных мы фиксировали решения о смертельном исходе. Ситуации, когда истец требует от медицинской организации компенсацию морального вреда за смерть родственника, встречаются часто – в 32% решений. В анализ включена бинарная переменная, где 1 – в иске речь идет о живых, 0 – о смертельном исходе. Кроме

того, учитывалось, затронуты ли в деле интересы несовершеннолетних детей (1 – затрагиваются, а 0 – нет). В наших данных 16,3% решений касаются вопросов, связанных с интересами детей. Наконец, мы учитывали переходы истца от врача к врачу. В процессе сбора данных фиксировали, сколько переходов от врача к врачу было у пострадавшего. В наших данных в 91% случаев наблюдаются обращения к более чем одному специалисту. Количество переходов варьируется от 0 до 24. Сконструирована переменная, характеризующая, с нашей точки зрения, сложность ситуации. Она отражает несколько измерений сложности случая: (1) сложное заболевание, требующее привлечения разных специалистов; (2) осложнения, вызванные медицинскими ошибками при первом обращении; (3) сложности в ведении случая, связанные со сбоями в коммуникации медиков при передаче пациента.

Таблица

Компенсация морального вреда: запрос истца и решение суда

Факторы	<i>Модель 1</i>	<i>Модель 2</i>
	<i>логарифм компенсации, запрос истца</i>	<i>логарифм компенсации, решение суда</i>
	B (Std. Error)	B (Std. Error)
Константа	14,082*** (0,191)	12,070*** (0,244)
Среди потерпевших дети (1 – да; 0 – нет)	0,935*** (0,26)	1,093*** (0,349)
Пострадавший жив (1 – да; 0 – нет)	-1,349*** (0,191)	-1,686*** (0,265)
Количество переходов между врачами (1 – да; 0 – нет)	0,082*** (0,185)	0,099* (0,042)
R Square/	0,26	0,29
Adjusted R Square	0,25	0,28
N	247	117

*** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$

При интерпретации коэффициентов (табл.) важно помнить, что в качестве зависимых переменных взяты логарифмы размера запрошенной

суммы компенсации и размера присужденной суммы (без учета дел, в которых по решению суда присуждено 0 рублей). Регрессионные коэффициенты интерпретируются следующим образом: увеличение X на одну единицу ведет к процентному изменению Y , то есть $\beta \times 100$. Так, если в деле есть дети, это практически в два раза увеличивает размер компенсации: на 93,5% в случае запроса и на 100% в случае решения суда. В ситуации, когда в решении упоминается смертельный исход, компенсация существенно возрастает – на 135% в случае запроса, на 169% в случае решения суда. Чем больше в деле упомянуто участвующих в лечении специалистов, тем больше будет компенсация морального вреда: с ростом числа специалистов на одного сумма запроса истца увеличивается на 8%, а суд увеличивает сумму на 9%. Таким образом, компенсация морального вреда запрашивается и присуждается в большем размере в случае смертельного исхода, если истцы представляют интересы несовершеннолетних участников, а также когда в деле описано взаимодействие с большим числом врачей. Мы видим, что одни и те же характеристики влияют на сумму в случае запроса истца и решения суда. При этом субъективная оценка моральных страданий истцом оказывается выше, чем в решении суда.

Заключение

В судебных разбирательствах сложные отношения пациентов, медицинских профессионалов и уникальных обстоятельств превращаются в нарративы о следовании формальным и неформальным правилам. Истцы, представляющие пациентов, структурируют рассказы об опыте лечения, следуя нескольким стратегиям, нацеленным на доказательства причиненного пациентом вреда. Они апеллируют к необратимости нанесенных повреждений, соединяют манифестации эмоций с документируемым ущербом, чтобы представить свои страдания как объективные факты, доказывают невозможность следовать своим нормативным социальным ролям членов семьи, граждан и уязвимых групп под опекой государства вследствие ошибок в лечении.

Доказательства причиненного пациентом и их родственникам ущерба становятся значимыми для судебного разбирательства, только если они сопровождаются доказательствами нарушений стандартов лечения. Задача истца состоит в том, чтобы показать связь между невниманием к страданиям и нуждам пациента со стороны врача и несоответствием действий медиков стандартам, основанным на доказательной медицине. Регрессионный анализ указывает на ограниченный набор факторов успешности иска для истцов. К таким факторам относятся: факт смерти потерпевших и присутствие в деле потерпевших-детей. Кроме того, присуждаемые судом компенсации выше в делах, в которых истцы рассказывают о большем числе медицинских профессионалов, работавших с потерпевшими.

Таким образом, число, лечивших потерпевшего, врачей можно использовать как значимый показатель сложности исследуемого дела. Остальные зафиксированные вариации переменных незначимы; т. е. в исследуемой генеральной совокупности исходы решений предопределены случайными либо пока не обнаруженными факторами.

Исследование проведено на уникальной базе текстов судебных решений, отобранных из числа всех доступных в используемом источнике судебных документов по релевантным статьям ГК РФ за 2018 г. Данные позволяют по-новому взглянуть на положение пациентов и медицинских профессионалов здравоохранения, оценить то, как два подхода к контролю над медицинскими профессионалами – пациентоориентированность и стандартизация, основанная на доказательной медицине – воплощаются в судебных решениях по искам к медицинским организациям. Эти материалы характеризуют конфликты между медицинскими профессионалами и пациентами, которые чаще всего остаются скрытыми от общественности и исследователей.

Выражение признательности

Авторы статьи выражают благодарность Кириллу Титаеву за консультации на этапе разработки дизайна исследования, а также всем коллегам, оказывавшим помощь на этапе сбора данных.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 19–78–10128).

Редакция благодарит программу «Университетское партнерство» за поддержку и возможность опубликовать данную статью.

Ekaterina Borozdina, Egor Elnitskii, Daria Khodorenko

PROOF OF HARM: PATIENT EXPERIENCES AND MEDICAL STANDARDS IN COURT DECISIONS

The standardization of medical work and the transition to patient-centred care are the main trends that characterize modern healthcare systems. Some studies suggest that patient-centred care is a component of evidence-based medicine, while others argue that these principles contradict each other. We studied the framework of the relationship between patient-centeredness and medical standardization set by Russian judicial practice: how the nuances of the patient's experience and adherence to the evidence-based medicine paradigm are interpreted in court proceedings, and what pragmatic consequences these interpretations have. We examine the normative ideas of medical practice and the position of the patient in the healthcare system, which can be acquired from the texts of court decisions. A unique representative database was created from the texts of 498 first instance court decisions on civil claims of patients against medical organizations, published in 2018. The study was conducted in accordance with a mixed methods strategy. To explore how standards of evidence-based medicine and attention to patient experience are interpreted and used in court decisions, we analysed the texts of fifty-two randomly selected documents. With the help of regression analysis of data from 498 decisions, the practical consequences of the interpretations presented in the texts were discovered. As a result, we show there are statistically significant relationships between variables that quantify the circumstances of the conflict between medical professionals and patients (the fact of the death of the victim, children among the victims, the number of doctors working with the victims), and the amounts requested by the plaintiffs and the court decision on the amount of compensation. With the help of a qualitative analysis, we demonstrate how the documents interpret (non-)compliance with medical standards and prove the significance of the harm caused to the victims.

Keywords: patient-centered medicine, evidence-based medicine, court decisions, healthcare, moral harm, informal rules

DOI: 10.17323/727-0634-2022-20-2-199-214

References

Armstrong D. (2002) Clinical Autonomy, Individual and Collective: The Problem of Changing Doctors' Behaviour. *Social Science and Medicine*, (55): 1771–1777.

Ekaterina Borozdina – Cand. Sci. (Sociol.), Assistant Professor, European University at St. Petersburg, St. Petersburg, Russian Federation. Email: eborozdina@eu.spb.ru

Egor Elnitskii – PhD student, European University at St. Petersburg, St. Petersburg, Russian Federation. Email: eelnitsky@eu.spb.ru

Daria Khodorenko – Assistant, European University at St. Petersburg, St. Petersburg, Russian Federation. Email: dkhodorenko@eu.spb.ru

- Asdal K. (2015) What is the Issue? The Transformative Capacity of Documents. *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory*, 16 (1): 74–90.
- Berg M., Bowker G. (1997) The Multiple Bodies of the Medical Record: Toward a Sociology of an Artifact. *The Sociological Quarterly*, 38 (3): 513–537.
- Bocharov T. (2021) Is there a 'Compensation Culture' in Contemporary Russia? The Role of Liability Insurance, Non-pecuniary Damages, and Legal Profession in Personal Injury Litigation. *Oñati Socio-legal Series*, 11 (2): 556–588.
- Bowker G., Star S. (2000) *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Chirikova A., Petrenko A., Vasilyev P. (2021) Testing Meldonium: Assessing Soviet Pragmatic Alternatives to the Randomized Controlled Trial. *Clinical Trials*, 18 (3): 269–276.
- Dannefer D., Schutt R. (1987) Race and Juvenile Justice Processing in Court and Police Agencies. *American Journal of Sociology*, 87 (5): 1113–1132.
- Del Vecchio Good M.J., Good B., Schaffer C., Lind S. (1990) American Oncology and the Discourse on Hope. *Culture, Medicine and Psychiatry*, (14): 59–79.
- Deterding N., Waters M. (2018) Flexible Coding of In-depth Interviews: A Twenty-first-century Approach. *Sociological Methods & Research*, 42 (3): 294–320.
- Geltzer A. (2009) When the Standards aren't Standard: Evidence-Based Medicine in the Russian Context. *Social Science and Medicine*, 68 (3): 526–532.
- Hanssen E., Walters J., Howes F. (2016) Whole Person Care, Patient-centred Care and Clinical Practice Guidelines in General Practice. *Health Sociology Review*, 25 (2): 157–170.
- Jacobs D., Carmichael J. (2002) The Political Sociology of the Death Penalty: A Pooled Time-Series Analysis. *American Sociological Review*, 67 (1): 109–131.
- Kamenshikova A. (2018) Medico-Economic Standards in Russia: Balancing Legal Requirements and Patients Needs. In: O. Zvonareva, E. Popova, K. Horstman (eds.) *Health, Technologies, and Politics in Post-Soviet Settings: Navigating Uncertainties*. Cham: Palgrave: 117–142.
- Kondakov A., Shtorn E. (2021) Sex, Alcohol, and Soul: Violent Reactions to Coming Out after the 'Gay Propaganda' Law in Russia. *The Russian Review*, 80 (1): 37–55.
- Liberati E., Gorli M., Moja M., Galuppo L., Ripamonti S., Scaratti G. (2015) Exploring the Practice of Patient Centered Care: The Role of Ethnography and Reflexivity. *Social Science and Medicine* (133): 45–52.
- Litvina D., Novkunskaia A., Temkina A. (2020) Multiple Vulnerabilities in Medical Settings: Invisible Suffering of Doctors. *Societies*, 10 (1): <https://doi.org/10.3390/soc10010005>.
- May C., Rapley T., Moreira T., Finch T., Heaven B. (2006) Technogovernance: Evidence, Subjectivity, and the Clinical Encounter in Primary Care Medicine. *Social Science & Medicine*, (62): 1022–1030.
- Mead N., Bower P. (2000) Patient-centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature. *Social Science and Medicine*, (51): 1087–1110.
- Østerlund C., Crowston K., Jackson C. (2020) Building an Apparatus: Refractive, Reflective, and Diffractive Readings of Trace Data. *Journal of the Association for Information Systems*, 21 (1): <https://doi.org/10.17705/1jais.00590>.
- Sackett D., Rosenberg W., Gray J., Haynes R., Richardson W. (1996) Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't. *British Medical Journal*, 312 (7023): 71–72.
- Shankar K., Hakken D., Østerlund C. (2017) Rethinking Documents. In: U. Felt, R. Fouché, C. A. Miller, L. Smith-Doerr (eds.) *The Handbook of Science and Technology Studies*. Cambridge, MA: MIT Press: 59–86.
- Timmermans S., Berg M. (2003) *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.