

# ГЛАВНЫЙ ВРАЧ:

04/2010

## ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

СОДЕРЖАНИЕ

### ПОЧТИ ОФИЦИАЛЬНО

А.В.Тихомиров  
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТНОГО АНАЛИЗА ЗАКОНОПРОЕКТА МЗиСР ОБ  
ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ от 25.05.2010 2

А.В.Тихомиров  
АНАЛИЗ ЗАКОНОПРОЕКТА МЗиСР «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ  
ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» 6

### ОБЗОР

С.В.Лазарев, С.С.Мисюлин  
АДМИНИСТРАТИВНЫЕ БАРЬЕРЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК БЕГ С  
ПРЕПЯТСТВИЯМИ МАЛОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА В РОССИИ 16

С.В.Лазарев, А.В.Тихомиров  
ПЕРСПЕКТИВА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО  
НАДЗОРА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 25

Д.А.Борисов  
ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭКОНОМИКА ПУБЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
(продолжение) 30

А.В.Тихомиров  
УЯЗВИМОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ДОГОВОРА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ  
УСЛУГ 35

### ПРОЦЕСС

А.В.Панов  
О МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ЭКСТРЕМИЗМА НУЖНО  
ДУМАТЬ ЗАРАНЕЕ 44

А.В.Тихомиров  
ЗАЯВЛЕНИЕ - ПРЕТЕНЗИЯ 51

### В следующих номерах:

Договорная политика медицинской организации

Деликт вследствие медицинской помощи

Гражданский оборот в здравоохранении

Оплата медицинских услуг

Страхование в здравоохранении

1. «...обязательное медицинское страхование – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении страхового случая посредством формирования средств обязательного медицинского страхования за счет обязательных страховых взносов и иных источников, предусмотренных настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации» (п/п 1 ст.3).

«...обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках программ обязательного медицинского страхования» (п/п 2 ст.4).

Почему не «оплаты услуг, оказываемых застрахованным лицам»?

Где в законе установлено и как раскрыто, что объектом оплаты является медицинская помощь?

Относятся социальные гарантии государства к услугам или к оплате этих услуг за счет средств государственной казны?

2. «...страховой случай – совершившееся событие – заболевание, травма или иное состояние здоровья застрахованного лица, с наступлением которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию» (п/п 4 ст.3).

Если застрахованных страхуют на соответствующий случай, то как страховать тех, кто уже страдает патологией, тем более хронической или неустранимой?

1 проект размещен на официальном сайте Минздравсоцразвития России - [http://www.minzdravsoc.ru/docs/doc\\_projects/371/](http://www.minzdravsoc.ru/docs/doc_projects/371/), пояснительная записка - <http://www.minzdravsoc.ru/health/insurance/6>

2 направлены депутатам Государственной Думы РФ, Председателю Комитета по охране здоровья Борзовой О.Г. и члену Комитета по охране здоровья Яковлевой Т.В.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТНОГО АНАЛИЗА ЗАКОНОПРОЕКТА МЗиСР<sup>1</sup> ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ОТ 25.05.2010<sup>2</sup>

Анализ показывает, что законопроект о реформе ОМС является нежизнеспособным, неперспективным и попросту антиреформаторским

Ключевые слова: реформа, обязательное медицинское страхование, законопроект

3. «...устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствами обязательного медицинского страхования» (п/п 3 ст.4).

А эквивалентность страхового обеспечения объективным потребностям здоровья застрахованного?

4. «...государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на защиту от страховых рисков и исполнение обязательств по обя-

зательному медицинскому страхованию независимо от финансового положения страховщика» (п/п 5 ст.4).

В чем состоит посягательство, в чем состоит такая гарантия соблюдения прав застрахованных и чем обеспечивается?

5. Если страховщик – Федеральный фонд (п/п 3 ст.5), то кем, какими субъектами обязательного медицинского страхования являются территориальные фонды (п/п 4 ст.5) и страховые медицинские организации (п/п 3 ст.5)?

6. Если Федеральный фонд – государственное учреждение, создаваемое Правительством Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования, то является ли он государственным органом – частью механизма государства, чтобы осуществлять соответствующую политику?

Правовое положение Федерального фонда определено в ст.29, однако и там этот вопрос остается без ответа.

А если нет, то является ли он хозяйствующим субъектом в контексте ст.938 ГК: в качестве страховщиков договоры страхования могут заключать юридические лица, имеющие разрешения (лицензии) на осуществление страхования соответствующего вида?

Отсюда – снова вопрос о положении территориальных фондов и страховых медицинских организаций.

Правовое положение территориальных фондов определено в ст.30, и тут возникает еще больше вопросов, поскольку они – учреждения. Их имущество законопроектом предлагается считать в части федеральной, в части – региональной принадлежности. Такую возможность действующее гражданское законодательство не предусматривает, поскольку понятие общей собственности к имуществу такого субъекта права, как учреждение, неприменимо.

Кроме того, если отдельные полномочия страховщика в соответствии с настоящим Федеральным законом осуществляются террито-

риальными фондами и страховыми медицинскими организациями (абз. 2 ст.8), то – какие это полномочия: состоящего в механизме государства государственного органа, «государственного учреждения, создаваемого Правительством Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования», или страховщика?

А являются ли передаваемыми и на каких основаниях и условиях такие полномочия?

Делегируемые полномочия страховщика поименованы в ч.2 ст.15 законопроекта – это, в основном, технико-технологические обязанности бюрократии, вынесенные за пределы механизма государства; отчасти это – вопросы искусственной интеграции делегатов (территориальных фондов и страховых медицинских организаций) в систему государственного распределения средств казны; отчасти это искусственные, нежизнеспособные обязанности. Наконец, самое серьезное полномочие: они имеют сайт в сети Интернет, электронный адрес которого включает доменное имя, права на которое принадлежат этой страховой медицинской организации (!). Перечень передаваемых полномочий страховых медицинских организаций открыт: они выполняют и другие обязанности, предусмотренные настоящим Федеральным законом.

Являются ли правомочиями эти делегируемые полномочия?

7. Если «деятельность страховых медицинских организаций по обязательному медицинскому страхованию осуществляется на некоммерческой основе» (ч.2 абз. 2 ст.10), то какой является эта деятельность?

Формулировки «на некоммерческой основе» действующее гражданское законодательство не содержит: есть понятие коммерческих и некоммерческих организаций, а также предпринимательской деятельности.

Налоговое законодательство содержит понятие коммерческой деятельности, что применимо к обмену материальными товарами, коммерции.

Если вводится новый термин, он требует широкого раскрытия, в том числе в релевантных законодательных актах.

Если «деятельность страховых медицинских организаций по обязательному медицинскому страхованию осуществляется на некоммерческой основе» (ч.2 абз. 2 ст.10), то предполагается, что страховые медицинские организации, которые в подавляющем большинстве имеют форму коммерческих организаций, перестают быть коммерческими или перестают осуществлять предпринимательскую деятельность, обеспечивающую цель коммерческой организации – прибыль?

8. Аналогичным образом вызывает вопросы термин «договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» (абз. 4 ст.10). Это – спекулятивный договор? Или он предполагает предоставление фактических услуг? Кому и каких?

Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, который рассматривается в ст.34, ответа на эти вопросы не дает.

9. Что касается «договора на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (абз. 4 ст.10), то это – договор не оказания, поскольку заключается в сфере финансовых отношений, а оплаты услуг их производителю.

Это – договор в пользу третьего лица (ст.430 ГК), поскольку определяет отношения сторон по оплате предоставления отличному от них выгодоприобретателю.

Договор на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию рассматривается в ст.35: по договору на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация обязуется оказать необходимую медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить оказываемую медицинскую помощь.

Иными словами, правила ст.430 ГК в полной мере применимы к дан-

ному договору, который не является каким-то особым видом договора. И если это так, то согласие или отказ выгодоприобретателя (как односторонняя сделка) по договору в его пользу – обязательна для сторон. Это в законопроекте не предусмотрено.

10. Если страховые медицинские организации отвечают по обязательствам, возникающим из договоров, заключенных в системе обязательного медицинского страхования, собственными средствами страховой медицинской организации (абз. 5 ст.10), то какими еще средствами они могут отвечать по обязательствам и какими еще средствами располагают?

В цепочке ОМС в страховые медицинские организации средства соответствующих фондов поступают в их собственность, а целевое обременение назначением и обособление от «собственных» активов в законе не установлено.

11. Какими корреспондирующими обязанностями остальных и как обеспечены права застрахованных (ст.12)?

Их права и обязанности прописаны декларативно.

12. Полис обязательного медицинского страхования определен в ст.41 как документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Но что имеет правоустанавливающий характер (ст.12): полис ОМС (карточка застрахованного) или факт правоспособности гражданина, чтобы вменять ему соответствующие обязанности, если первым принципом обязательного медицинского страхования является его всеобщий характер (п/п. 1 ст.4)?

Если застрахованным является каждый гражданин, то удостоверение его личности, которому корреспондирует соответствующий полис, должно быть необходимым и достаточным условием оплаты медицинских услуг в системе ОМС.

И соответствующая медицинская помощь ему должна оказываться даже без соответствующего доку-

мента: идентификация должна лежать на обязанности плательщика, а не исполнителя медицинских услуг и тем более не их получателя.

13. Кто является носителем финансовых обязательств (гарантий) государства: застрахованный (выгодоприобретатель), страховщик (Федеральный фонд) или приобретатели неких его полномочий (территориальные фонды и страховые медицинские организации), чтобы свободно реализовывать право, например, на выбор медицинской организации и врача (п/п. 4-5 ст.12)?

В законопроекте декларировано, что полномочия осуществляют страховщик и остальные участники цепи распределения финансовых средств, но не застрахованный, в пользу которого эти средства предназначаются, хотя именно последний осуществляет свои права, в частности, на выбор медицинской организации и врача, которые могут быть обеспечены никак иначе, кроме как через его интеграцию в платежный механизм.

Как охраняет права застрахованного организация платежного механизма в его пользу в предложенном законопроектом варианте?

14. Тарифы на оплату медицинской помощи при обязательном медицинском страховании (ст.26) устанавливаются нормативно, с участием всех причастных (даже профессиональных медицинских ассоциаций, положение которых гражданским законодательством не установлено), единообразно по всей стране.

Но никак не определено, что эти тарифы должны обеспечивать медицинским организациям расширенное воспроизводство, возможность реинвестирования осуществляемой деятельности, т.е. рентабельность.

Чем гарантированы товаропроизводители (медицинские организации) в обеспечении своих экономических интересов при участии в системе обязательного медицинского страхования в предлагаемом законопроектом варианте?

15. Контроль объемов, сроков и качества медицинской помощи осуществляется страховыми медицинскими организациями (ст.36).

Как сочетается такой контроль с

государственным надзором и контролем? Является ли он его частью?

Как и чем гарантированы медицинские организации от злоупотреблений такого контроля?

Где в законе определено понятие медицинских услуг?

Где в законе определено понятие качества медицинских услуг?

Где в законе определено понятие контроля качества медицинских услуг?

Где в законе установлена допустимость административного и любого иного контроля качества медицинских услуг – иного, чем на условиях договора?

Что дает некая экспертиза сторонам договора – ведь это закладывается в цену договора?

Что дает такой контроль потребителю и в чем это выражается конкретно, на практике, в чем его польза?

#### ВЫВОДЫ:

Законопроект построен не на диспозитивных нормах-регуляторах, а на императивных нормах-предписаниях. Это свидетельствует о непонимании, в какой – публичной или частной – сфере осуществляется здравоохранение. То, что здравоохранение складывается в обществе, а не в государстве; что и производители, и потребители таких материальных благ, как услуги, строят свои отношения на условиях товарообмена; что и оказание, и оплата услуг происходит в гражданском обороте, а не в бюджетной сфере, для составителей законопроекта неизвестно.

Законопроект предпринимает интервенцию бюджетного процесса в отраслевой гражданский оборот. Это свидетельствует о непонимании товарно-денежных отношений в связи с оказанием услуг, тем более в такой специфической сфере, как здравоохранение; того, как сочетаются публичные и частные, финансовые и товарные институты в отрасли.

Законопроект далек от экономики, и стремится распространить облакаемый в форму федерального закона административный регламент, применимый для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, на всех участников

отношений в системе ОМС. Безразличие к рентабельности товаропроизводителей и неразличение государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций, несущих полярно различающиеся издержки производства медицинских услуг, демонстрирует попытку создать режим молчаливого протекционизма и преференций для первых перед последними. Это свидетельствует об административной экспансии и зажиме экономического оборота в отрасли.

Законопроект полон нежизнеспособных декларативных установлений и искусственных построений, что создает прочную основу для создания административных барьеров и развития коррупции.

Законопроект стремится очередной раз приспособить, адаптировать советское бюджетно-учрежденческое устройство практического здравоохранения к совместному существованию с непригодной для России зарубежной моделью обязательного медицинского страхования, тем более лишенной в отечественном варианте страхового содержания, в рамках единого ведомства. Это происходит вопреки насущной потребности радикальных изменений в отрасли, что давно очевидно и демонстрируется десятилетиями дефолта социальной сферы.

#### ПРЕДЛОЖЕНИЯ:

1. Признать законодательно обязательное медицинское страхование не просто декларативно вариантом социального страхования, а способом распределения и перерас-

пределения средств государственной казны в пользу нуждающихся членов общества, не отождествляя его с гражданско-правовым институтом страхования и его атрибутами (наступление страхового случая и пр.).

Исключить из публичной цепи движения средств государственной казны на эти цели частные страховые медицинские организации, являющиеся не более чем непроизводительными посредниками, неизбежно присваивающими часть этих средств.

2. Отделить сферу бюджетного распределения, действующего в механизме государства (в системе государственных органов), от сферы товарообмена, в которой государство действует в качестве плательщика в пользу общества.

Отделить платежи из государственной казны в пользу самого государства (государственный заказ) и в пользу общества, подчинив их разным правовым режимам.

Организовать платежи в пользу общества в гражданском обороте, вне рамок бюджетного процесса, создав для этого пригодный финансовый институт (возможно, в порядке реорганизации института обязательного медицинского страхования).

3. Интегрировать гражданина, в пользу которого производятся платежи из государственной казны, в платежный механизм, для чего признать полисы и прочие документы правоудтверждающими, а не правоустанавливающими, как факт его волеизъявления в части выбора медицинской организации, лечащего врача и т.д. Волеизъявлению

гражданина в здравоохранении придать универсальный характер, распространив его и на платежные отношения, для чего считать обязательной его подпись на документах об оплате за счет средств государственной казны счетов медицинской организации. Разработать механизм наступления финансовых последствий для медицинской организации по рекламациям недовольных пациентов, для чего стимулировать создание института частных медицинских экспертов, а не экспертов платежных институтов.

4. Устранить режим молчаливого протекционизма и преференций для государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения перед частными медицинскими организациями, для чего привести к единству структуру затрат в себестоимости медицинских услуг – как условие получения полного тарифа, создать эквивалентно-понижающие коэффициенты, если себестоимость медицинских услуг ниже единых нормативов.

5. Обеспечить рентабельность субъектов медицинской деятельности при участии в системе финансирования за счет средств государственной казны по тарифам, формирующимся рыночным, а не нормативно-затратным способом.

*Член Экспертного совета ФАС по развитию конкуренции в социальной сфере и здравоохранении, адвокат, главный редактор журналов «Главный врач: хозяйство и право», «Медицинская экспертиза и право», д.м.н., к.ю.н.*

А.В.Тихомиров  
30 июня 2010 г.

Врачи Канады обнародовали предписания для оздоровления состояния системы здравоохранения - <http://www.canadets.com/news/22966.html>

Канадские врачи выдали предписания системе здравоохранения Канады. По их единогласному мнению системе просто необходимы масштабные преобразования.

Энн Дойг, президент канадской медицинской Ассоциации, в частности сказал, что существующая в Канаде система здравоохранения финансируется публично, а жители Канады получают медицинское обслуживание позже, когда оно им потребуется. Но слишком часто канадцы такую помощь получить не могут из-за нехватки персонала и иногда финансирования.

Даже основные принципы универсальности и доступности медицины, заложенные в документе Canada Health Act, который определяет политику системы здравоохранения по всей Канаде, по мнению врачей в стране не соблюдаются.

В Канаде необходимо создать жизнеспособную систему здравоохранения, которая сможет фактически удовлетворить потребности пациентов. Поэтому реформу системы необходимо проводить в самое ближайшее время. Так считают ведущие врачи страны.

1. «...здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний и физических дефектов» (п/п 1 ст.2). Здоровье как состояние – это процесс или результат, степень достижимого или достигнутого? А в отсутствие конечностей у инвалидов или отдельных органов, или при наличии хронических либо неизлечимых заболеваний как действует это определение здоровья? А где правовое, а не организационное (ВОЗовское) определение здоровья, соответствующее Гражданскому кодексу – как неотчуждаемое нематериальное благо, принадлежащее гражданину на неимущественном, неразрывно связанным с личностью праве (п.1 ст.150 ГК), переход которого к другому лицу, в частности как требований о возмещении вреда, не допускается (ст.383 ГК)?

2. «...охрана здоровья граждан – совокупность мер политического, экономического, правового, медицинского, санитарно-противоэпидемического, социального, научного характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации и органами местного самоуправления, организациями, должностными и иными лицами, гражданами, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи» (п/п 2 ст.2). В такой редакции нормы охраны здоровья граждан осуществляется всеми – органами государственной власти Российской Федерации и органами местного самоуправления, организациями, должностными и иными лицами и даже самими гражданами, но только не медицинскими работниками. Или медицинские работники – это «иные» лица? А как осуществляется охрана здоровья граждан органами государственной власти Российской Федерации и органами местного самоуправления, а особенно должностными и иными лицами? Или «охрана здоровья граждан» как часть компетенции государственных и муниципальных органов устанавли-

# АНАЛИЗ ЗАКОНОПРОЕКТА МЗиСР «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Анализ показывает, что законопроект об основах охраны здоровья не является актом о реформе отрасли

Ключевые слова: реформа, здравоохранение, законопроект

вается в Положениях об этих органах и в функциональных обязанностях их должностных лиц?

3. «...медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья» (п/п 3 ст.2)

При этом «...медицинское вмешательство – любой вид обследования, лечения или иное действие, затрагивающее телесную или психическую сферу человека, имеющее про-

филактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или исследовательскую направленность, выполняемое врачом либо другим медицинским работником по отношению к конкретному пациенту» (п/п 9 ст.2).

А чем отличается медицинская помощь и медицинское вмешательство, если первая всегда сопровождается вторым? Это – организационные, правовые, профессиональные или экономические категории?

4. «...медицинская услуга – мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, а также медицинскую реабилитацию, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость и оказываемых работниками, имеющими высшее или среднее медицинское образование» (п/п 3 ст.2). Между тем в Гражданском кодексе услуга определяется как действия или деятельность (п.1 ст.779), а для целей налогообложения Налоговым кодексом услугой признается деятельность, результаты которой не имеют материального выражения, реализуются и потребляются в процессе осуществления этой деятельности (п.5 ст.38). И оказываются услуги не работниками, а хозяйствующими субъектами, которые отвечают за действия своих работников по договорным (ст.402 ГК) и деликтным (ст.1068 ГК) обязательствам. Медицинская услуга – это категория экономического оборота или ведомственно-отраслевого документооборота? Услуги относятся к имущественным объектам гражданских прав (ст.128 ГК) и гражданских правоотношений, будучи оказываемы по договорам о возмездном их оказании (гл.39 ГК).

5. «...медицинская деятельность – деятельность по выполнению медицинских услуг, направленных на оказание медицинской помощи гражданам, проведение профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, медицинских экспертиз, медицинских осмотров и освидетельствований, санитарно-эпидемиологических мероприятий, а также заготовку органов и тканей в медицинских целях» (п/п 12 ст.2). А медицинский (клинический) эксперимент медицинской деятельностью не является? А оказание медицинской помощи вне пределов медицинской услуги – как действия в чужом интересе без поручения (гл. 50 ГК)? А трансплантация как деятельность по выполнению медицинских услуг с объектами, изъятыми из оборота (п.2 ст.129 ГК)?

6. «...лечащий врач – медицинский работник, персонально ответственный за оказание медицинской помощи пациенту в период его наблю-

дения и лечения» (п/п 14 ст.2). А предприниматель без образования юридического лица, осуществляющий медицинскую деятельность, лечащим врачом быть не может – ведь он не работник?

7. «...заболевание - это возникающее в ответ на действие патогенных факторов нарушение жизнедеятельности, работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни человека и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней сред при одновременной активизации защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов» (п/п 15 ст.2). А травмы, отравления и пр. являются заболеваниями или все же иными патологическими состояниями или иными нарушениями жизнедеятельности, о которых упоминается в подпункте о лечении (п/п 5 ст.2)?

8. «Доступность медицинской помощи обеспечивается путем утверждения и реализации единых порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, а также территориального планирования размещения медицинских организаций и иных объектов инфраструктуры охраны здоровья граждан» (п/п 3 ст.6). Какими – публично-правовыми или частно-правовыми, экономическими или административными – мерами обеспечивается доступность медицинской помощи? Утверждение единых порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, а также территориальное планирование – это ведомственные полномочия, легализуемые законопроектom. А как ведомственные полномочия будут реализовываться? Какой отклик найдут, и чем это будет обеспечиваться в среде практического здравоохранения?

Медицинская помощь гражданам оказывается не ведомством в публичной сфере, в нетоварно-устроенном механизме государства, а субъектами медицинской деятельности в гражданском обороте, в обществе. При товарной организации общества хозяйствующие субъекты, специализирующиеся в социальной сфере, своей экономической деятельностью

достигают социальный результат. Если отраслевой экономической оборот урегулирован правильно, социальный результат будет достигаться; если интересы участников общественных отношений позиционированы неправильно, то не будет развиваться экономическая деятельность хозяйствующих субъектов и, соответственно, не будет ожидаемого социального результата.

Как сопрягаются ведомственные полномочия с интересами субъектов экономической деятельности в социальной сфере? А это – одно из главных условий жизнеспособности законопроекта.

9. Принцип недопустимости отказа в оказании медицинской помощи при угрозе жизни человека означает невозможность отказа без уважительных причин в оказании медицинской помощи бесплатно человеку для устранения угрожающего его жизни состояния здоровья или угрозе обществу в случае распространения особо опасных инфекционных болезней медицинской организацией независимо от организационно-правовой формы, либо медицинским работником, находящимся при исполнении трудовых обязанностей (ст.7). А каковы санкции за нарушение иные, чем предусмотренные ст.ст.124-125 УК и, если их быть не может, к чему эта норма?

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство и право на отказ от медицинского вмешательства (ст.8) – а если пациент или его представитель отказывается что-либо подписывать, не отказываясь от медицинского вмешательства?

«...Согласие гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство (п.1 ст.8) или отказа от него (п.5 ст.8) оформляется в письменной форме», но «...Форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» (п.7 ст.8). Речь идет о форме или формуляре? Форму сделки (письменную, устную или нотариальную) устанавливает гражданское законодатель-

ство. Добровольное информированное согласие – это односторонняя сделка, письменную форму которой легализует законопроект. А на каком правовом основании исполнительная власть будет утверждать формуляр добровольного информированного согласия?

10. Врачебную тайну (ст.9) законопроект делает доступной для всех за счет исключений (п.4), в том числе с отсылками к ст.ст.50 и 74, а также при обмене информацией в медицинских информационных системах и в медицинских организациях в целях оказания медицинской помощи (п.7); при осуществлении государственного контроля качества услуг, оказываемых в сфере охраны здоровья граждан в соответствии с настоящим Федеральным законом (п.8).

11. *«...Принцип приоритета профилактических мероприятий в сфере охраны здоровья граждан реализуется путем разработки и первоочередного осуществления мероприятий, направленных на предупреждение, раннее выявление, снижение риска развития заболеваний, причин и условий их возникновения, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях, активное формирование здорового образа жизни»* (ст.10, воспроизведено также в ст.28). Профилактика никак иначе неосуществима при товарной организации общества, кроме как через услуги. Какие услуги законопроект относит к числу профилактических? А ведь подобные услуги еще должны пользоваться спросом. Это возможно только в среде здоровых – больным не до профилактики, им лечиться надо. Чем тогда обеспечивается приоритет профилактических мероприятий?

12. Глава 3 – Полномочия федеральных органов исполнительной власти, органов государственной власти субъектов российской федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан – демонстрирует полное непонимание авторов законопроекта, в чем состоит функция государства в осуществлении социальной политики, в органи-

зации социальной сферы.

Государство не состоит со своими гражданами в товарных отношениях, чтобы оказывать услуги. Граждане платят налоги на содержание государства и обеспечение им нужд социальной сферы. Во всех странах, где существует социальное государство, оно расходует средства налогоплательщиков раздельно на государственные нужды и на нужды социальной сферы. В социальной сфере государство выступает плательщиком в пользу граждан, а не исполнителем услуг, как в постсоветских странах, еще держащихся за модель Семашко. Задача государства – в своем публичном качестве урегулировать гражданский оборот в социальной сфере и выступать плательщиком в пользу граждан с хозяйствующими субъектами, оказывающими им соответствующие услуги. Не может государство выступать на стороне исполнителей этих услуг, если занимает противоположную сторону в этих отношениях – плательщика в пользу граждан. Отсюда в компетенцию государства может входить управление денежными средствами, предназначенными для социальной сферы, но не управление деятельностью хозяйствующих субъектов в социальной сфере. Социальная политика государства состоит в целесообразном размещении денежных средств между хозяйствующими субъектами в социальной сфере.

Не распределение публичных компетенций приводит к ожидаемому социальному результату, а экономическая эффективность хозяйствующих субъектов в социальной сфере. Иными словами, социальный результат зависит от того, насколько эффективно государство в своих вложениях в социальную сферу, т.е. как работают государственные средства, конвертируя экономическую эффективность хозяйствующих субъектов в социальный результат.

13. Глава 4 – Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья – носит чисто декларативный характер (аналогично глава 6 – Охрана здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья, а также глава 9 – Медицинские и фармацевтические работники. Медицинские и фармацевтические организации). Права представлены без кор-

респондирующих обязанностей тех, кто может их нарушать, и без санкций за нарушение – тогда почему бы их не нарушать?

С обязанностями не лучше: Граждане обязаны соблюдать законодательство об охране здоровья, бережно относиться к своему здоровью, здоровью детей и окружающих лиц; заботиться о своем здоровье и трудовом долголетии, проходить обязательные медицинские осмотры; должны заботиться о физическом, духовном и нравственном развитии своих детей, приучать их к здоровому образу жизни. Граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, обязаны проходить обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний. Лица, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим и выполнять назначения медицинских работников (ст.25). Но какие и какие по характеру санкции за нарушение поименованных обязанностей? Если в отношении заражения венерической болезнью (ст.121 УК) или ВИЧ-инфекцией (ст.122 УК) санкции законом предусмотрены, а иных законопроект установить не может, то зачем нужны нежизнеспособное обывание страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, проходить обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний? А если лица, находящиеся на лечении, не соблюдают режим и не выполняют назначения медицинских работников – их не лечить? А какие и для кого в этом случае возникнут правовые последствия?

14. *«...Водители транспортных средств и другие лица вправе оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков»* (п.2 ст.29). А если не имеют соответствующей подготовки – не оказывать?

15. *«...неотложная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи»* (п/п 2 п.4 ст.30), а *«...экстренная медицинская помощь – медицинская*

помощь, оказываемая при внезапных, опасных для жизни состояниях, острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, для устранения угрожающих жизни состояний пациента» (п/п 3 п.4 ст.30). Значит ли это, что неотложную и экстренную медицинскую помощь должны оказывать разные (по специализации, квалификации и т.д.) медицинские работники? Значит ли это, что неотложную медицинскую помощь нужно сворачивать, если обнаружены внезапные, опасные для жизни состояния, острые заболевания, обострения хронических заболеваний, и наоборот?

16. «...Медицинская помощь в Российской Федерации оказывается гражданам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи» (п.5 ст.30). А если в интересах пациента врач пренебрег порядками и стандартами? А если, строго в соответствии с порядками и стандартами, лечение привело к инвалидности или смерти пациента? А несет ли – и какую – ответственность орган, издающий порядки и стандарты, за эти порядки и стандарты, если из них вытекает причинение вреда здоровью пациента?

17. «...Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-специалистами разного профиля и включает лечение заболеваний, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию» (п.1 ст.32). А как раскрывается понятие «специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий»? Или неспециальные и простые – это обычные, включая как измерение артериального давления аппаратом Короткова, так и многочасовые операции, а специальные и сложные – с особым уровнем техногении?

18. «...К высокотехнологичной медицинской помощи относятся медицинские вмешательства, имеющие клиническую эффективность, повышающее качество оказания медицинской помощи и обладающие

значимым экономическим и социальным эффектом, с одновременным использованием:

- 1) инновационных и высокочрезвычайно затратных медицинских методов лечения;
- 2) ресурсоемкого оборудования;
- 3) высокочрезвычайно затратных расходных материалов и изделий медицинского назначения, включая вживляемые в организм человека;
- 4) новых высокоэффективных инновационных лекарственных средств» (п.3 ст.32).

И там же: «...Высокотехнологичная медицинская помощь за счет средств федерального бюджета, в том числе на условиях предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации, оказывается медицинскими организациями, перечень которых ежегодно утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» (п.4 ст.32). Более того, «Высокотехнологичная медицинская помощь за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации оказывается медицинскими организациями, находящимися в ведении субъекта Российской Федерации, перечень которых ежегодно утверждается уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации. Порядок формирования перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, устанавливается высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации» (п.8 ст.32).

Оказывается, высокотехнологичная медицинская помощь – это вопрос оплаты за счет средств государственной казны! Но если это вопрос оплаты, а не характеристики исполнителя, то – какой «перечень» медицинских организаций, утверждаемый «уполномоченным федеральным органом исполнительной власти»? Авторы законопроекта, очевидно, не имеют представления о структуре гражданского оборота в социальной сфере вообще и в здравоохранении в частности. Им неизвестно, что тот, кто платит, и тот, кто получает – не одно и то же, это разные стороны возмездных отношений; что мерой оплаты невозможно измерять характеристики продукта производства (медицинских услуг), и наоборот, а уж тем

более переносить их на исполнителей этих услуг. Если высокотехнологичная медицинская помощь это – всего лишь вопрос дороговизны медицинских услуг, то – не самих этих услуг, которые просто являются гораздо более высокочрезвычайно затратными по себестоимости в отличие от обычных, и не их исполнителей – медицинских организаций, а, значит, и не их перечня и не утверждения его «уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» - в противном случае это нарушение антимонопольного законодательства. Отсюда «Порядок формирования перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счет средств федерального бюджета, в том числе за счет предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации, а также порядок формирования государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, устанавливаемый Правительством Российской Федерации» (п.5 ст.32), явно излишен.

Аналогично: «...Медицинская эвакуация, осуществляемая федеральными государственными учреждениями, перечень которых утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, организуется в порядке и на условиях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» (п.7 ст.33)

19. «...Порядком оказания медицинской помощи является совокупность мероприятий организационного характера, направленных на своевременное обеспечение оказания гражданам медицинской помощи надлежащего качества и в полном объеме. Порядки оказания медицинской помощи утверждаются по отдельным ее видам и профилям. Порядок оказания медицинской помощи может включать: этапы оказания медицинской помощи; положение об организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача данной медицинской организации) в части оказания медицинской помощи; стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений для оказания медицинской помощи; рекомендуемые штатные нормативы

медицинской организации, ее структурных подразделений для оказания медицинской помощи; иные положения, исходя из особенностей оказания медицинской помощи» (п.п.1-3 ст.38). Иными словами, Порядки могут включать все, что заблагорассудится медицинскому ведомству. Порядок – это то, чем обязываются медицинские организации перед государством в лице медицинского ведомства, а не перед обществом, гражданами, пациентами. Порядками подвергается публичному администрированию деятельность медицинских организаций, несущих ответственность за ее плоды перед обществом, а не перед государством: в случае причинения вреда здоровью перед судом предстает медицинская организация, а не медицинское ведомство как блюститель Порядков. А какую ответственность и перед кем несет медицинское ведомство – как инициатор и как блюститель Порядков?

«...Стандартом медицинской помощи является унифицированная совокупность медицинских процедур, лекарственных препаратов, медицинских изделий и иных компонентов, применяемых при оказании медицинской помощи гражданину при определенном заболевании (состоянии). Стандарт медицинской помощи может включать: перечень диагностических медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления; перечень лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления; перечень используемых лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, с указанием суточных и курсовых доз; перечень медицинских изделий; перечень компонентов крови и препаратов крови с указанием количества и частоты их предоставления; перечень видов диетического и лечебного питания с указанием количества и частоты их предоставления. Стандарт медицинской помощи разрабатывается с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи обязательны для исполнения на территории Российской Федерации

всеми медицинскими организациями. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» (п.п.4-7 ст.38).

Унификация в каждом случае имеет свое целевое назначение. Есть платёжные стандарты, когда плательщик готов платить на условиях соблюдения соответствующих его требований к производимой продукции, товару. Есть технологические стандарты, обязывающие производителя соблюдать технологию производства продукции. Есть сервис-стандарты, являющиеся конкурентным преимуществом одного производителя товаров перед другими. Есть стандарты безопасности (технические регламенты). Но это все – потребности гражданского оборота, которые удовлетворяются такими стандартами в интересах его саморазвития и самоупорядочения. Их несоблюдение влечет санкции в договорном или судебном порядке. Нормативных унификатов (Порядков и стандартов), обязывающих товаропроизводителей ради обязывания перед государством, не существует.

Медицинские практики ставятся Порядками и стандартами перед альтернативой: либо соблюдать их, либо интересы пациента.

Иными словами, цель унификации – и это очевидно – невнятна и для самих авторов законопроекта, средства унификации выбраны без знания предмета, последствия унификации не продуманы.

20. Имеет место и простая неграмотность авторов законопроекта: «... Мужчины и женщины, состоящие и не состоящие в браке, зарегистрированном в установленном законодательством Российской Федерации порядке, имеют право на применение методов вспомогательных репродуктивных технологий при наличии обоюдного добровольного информированного согласия» (п.7 ст.51). Супруги должны обменяться добровольными информированными согласиями или оба изъявить свою волю исполнителю медицинских услуг?

21. Законопроект не считает нужным соответствовать антимонопольному законодательству и в вопросах судебной экспертизы: «...Судебно-

медицинская экспертиза и судебно-психиатрическая экспертиза производятся в государственных судебно-экспертных учреждениях государственными судебными экспертами на основании определения суда, постановления судьи, лица, производящего дознание, следователя или прокурора в соответствии с Федеральным законом «О государственной судебно-экспертной деятельности» (п.1 ст.58). Судебная экспертиза осуществляется в механизме государства соответствующими органами – тогда как она выделена в соответствующую Федеральную службу, как установлена ее публичная компетенция и как она финансируется государством в этом качестве? А если нет, то, следовательно, ее деятельность представляет собой оказание услуг – хотя бы и специфического характера – и оплачивается в этом качестве государством или иным участником гражданского оборота. Последнее подтверждается тем, что «...не могут быть предоставлены за плату медицинские услуги ... при проведении судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы, за исключением экспертиз, произведенных по гражданским и арбитражным делам, делам об административных правонарушениях» (п.7 ст.79). Следовательно, вопрос не в том, услуги ли это и какие это услуги, а в том, кто их оплачивает. Не услуги подвергаются делению по признакам платности или бесплатности, а оплата услуг по ее источникам: из частных средств или из государственной казны.

22. Бесплатных услуг не существует постольку, поскольку они являются объектами товарообмена – возмездных договорных отношений. Услуги могут оказываться бесплатно для получателя – тогда, когда находится плательщик в его пользу (ст.430 ГК). Лукавством является выделение категории бесплатных «на безвозмездной основе, финансируемых за счет средств всех бюджетов бюджетной системы Российской Федерации и средств бюджетов государственных внебюджетных фондов» услуг – они все уже оплачены налогоплательщиками в пользу их получателей. Данью нелепости существования учреждений бюджетной сферы в здравоохранении является выделение «платных»

услуг – в частной медицине платными являются все услуги, вопрос лишь в том, кто их оплачивает. Интеграция частной медицины в систему обязательного медицинского страхования демонстрирует, что частная медицина вовсе не обязательно взимает плату с граждан. Следовательно, платность медицинских услуг для граждан – это пороки организации государственного и муниципального здравоохранения, но не медицинской деятельности как таковой. Естественно, в этой связи, ожидать от законопроекта такой механизм, который устранил эти пороки.

Вместо этого законопроект их углубляет – в специально выделенной статье 79 – Платные медицинские услуги: «...Граждане имеют право на получение медицинских и иных услуг, предоставляемых при оказании медицинской помощи, за счет личных средств, средств работодателей, а также иных физических и юридических лиц, страховых взносов на добровольное медицинское страхование» (п.1). Дифференцируются услуги, и не по своим характеристикам, а по характеристикам встречного предоставления – их оплаты в зависимости от источников.

23. «...В случаях оплаты медицинской услуги работодателем, а также иным физическим или юридическим лицом, страховой медицинской организацией по договору добровольного медицинского страхования, помимо волеизъявления пациента необходимо письменное согласие заказчика» (п.3). Договорная основа оказания услуг законопроектом упраздняется? Или неведомое закону «письменное согласие заказчика» является договором? Или конструкция договора в пользу третьего лица (ст.430 ГК) вместо договора плательщика с исполнителем и согласия выгодоприобретателя допускает обратное: договор с исполнителем выгодоприобретателя и согласие «заказчика»? И на каком основании плательщик становится «заказчиком», если он вместе с выгодоприобретателем представляет в договоре сторону заказчика?

24. «...Исполнители, выполняющие задание в рамках реализации Программы (территориальной программы) государственных гарантий

оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, имеют право предоставлять пациентам платные медицинские услуги ... в случае информированного согласия пациента (заказчика) на замену лекарственных препаратов, входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, расходных материалов, а также медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания, отдельных медицинских технологий, входящих в стандарты медицинской помощи, на их аналоги, не включенные в указанные перечни и стандарты, с оплатой разницы стоимости между включенными в перечни и стандарты лекарственными препаратами, расходными материалами и медицинскими изделиями, отдельных медицинских технологий и используемыми, в порядке, определенном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и, с учетом его положений, органами государственной власти субъектов Российской Федерации» (п/п 5 п.6). Иными словами, риск порочности или иной недостаточности перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, расходных материалов, а также медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания, отдельных медицинских технологий, входящих в стандарты медицинской помощи, перекладывается на пациента. Комиссионный подкуп, запрещаемый ст.70 законопроекта (Ограничения, налагаемые на медицинских и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности), возвращается возможностью продвигать те же объекты в порядке соплатежей пациента. Этому только способствует положение о том, что «... При оказании пациенту медицинской помощи в рамках Программы (территориальной программы) государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, не подлежат оплате за счет средств заказчика и (или) потребителя ... назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов (в случаях их замены из-за непереносимости, отторжения и т.п.), не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных

препаратов» (п/п 1 п.8) – врач получает свободу манипуляций между медицинскими показаниями (в свою пользу) и официальными соплатежами пациента в пользу медицинской организации, в которой он работает. Иными словами, вздоимство в государственном и муниципальном здравоохранении законопроект распространяется и на частную медицину, в которой этого не было.

25. Такую свободу законопроект предоставляет не только врачам, но и исполнительной власти: «...Правила оказания платных медицинских услуг населению устанавливаются Правительством Российской Федерации» (п.11 ст.79).

26. Применительно к медицинской деятельности законопроект часто (п/п 8 п.4 ст.9 - Врачебная тайна; п/п. 27 ст.13 - Полномочия федеральных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан; п.3 ст.32 - Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; п.1 ст.38 - Порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи; п.2 ст.44 - Врачебная комиссия и консилиум врачей; п.4 ст.62 - Проведение патолого-анатомических вскрытий; п.3, п/п.2 п.2 ст.74 - Обязанности медицинских организаций; п.6 ст.75 - Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи; п/п 1 п.2 ст.76 - Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи; ст.81 - Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности; ст.82 – п.2 ст.82 - Информационное обеспечение управления медицинской деятельностью; ст.86 - Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности; ст.87 - Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности; ст.88 - Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности; п.1 ст.93 - Профессиональная ошибка при оказании медицинской помощи; ст.95 - Ответственность организаций, оказывающих медицинскую помощь за нарушение прав граждан

в сфере охраны здоровья граждан) использует понятие качества. Однако понятие качества законопроект относит то к медицинским услугам, то к медицинской помощи, то к лечебно-диагностическим мероприятиям. Между тем характеристиками качества обладает товар. Ни медицинская помощь, ни лечебно-диагностические мероприятия товаром не являются, будучи понятиями медицинскими, а не правовыми. Как товар свойством качества обладает медицинская услуга. Однако понятие качества не раскрыто ни в одной норме законопроекта – ни медицинской услуги, ни медицинской помощи, ни лечебно-диагностических мероприятий.

Качество товара – это вопрос потребительских предпочтений и договорная категория соответствия цене товара. Это не вопрос публично-администрирования. Это – вопрос плательщика, за что он готов или не готов платить, даже если плательщик – государство. Это – чисто гражданско-правовые отношения, в которых государство участвует на равных началах с иными участниками этих отношений (п.1 ст.124 ГК). Откуда у государства в лице медицинского ведомства такой интерес к вопросам публично-администрирования качества медицинской деятельности?

27. Почти так же часто законопроект употребляет понятие безопасности (п/п 26, 27, 38 ст.13 - Полномочия федеральных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан; п/п 9 п.1 ст.15 - Полномочия органов государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан; п.4 ст.62 - Проведение патолого-анатомических вскрытий; п/п3 п.1 ст.74 - Обязанности медицинских организаций; п.2 ст.80 - Управление деятельностью в сфере охраны здоровья граждан; ст.81 - Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности; ст.86 - Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности; ст.87 - Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности; ст.88 - Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности; ст.93 - Профессиональная ошибка при оказании медицинской помощи). Однако понятие безопас-

ности законопроект так же без единства привязки относит к медицинским услугам и медицинской помощи, что, в общем-то, правильно – свойствами риска причинения вреда здоровью обладает равно товар (медицинская услуга) и профессиональная деятельность в его составе (медицинская помощь). Но понятие безопасности того и другого никак не раскрыто законопроектом – ни по отдельности, ни в сравнении.

28. Между тем отсутствие формальной определенности качества и безопасности объектов медицинской деятельности не помешало законопроекту много внимания уделить категориям управления качеством и безопасностью медицинской деятельности (ст.81) и государственного (ст.86), ведомственного (ст.87) и внутреннего (ст.88) контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Определение и раскрытие понятия управления (контроля за) качеством и безопасностью медицинской деятельности законопроектом также не приводится.

*«...Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности является одним из элементов системы управления и обеспечивает создание условий для обеспечения единых требований к осуществлению медицинской деятельности, а также для непрерывного повышения качества и безопасности этой деятельности»* (п.1 ст.81), а *«...Единые требования к управлению качеством и безопасностью медицинской деятельности устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти»* (п.3 ст.81). Иными словами, управление качеством и безопасностью медицинской деятельности – это обеспечение удовлетворения единых требований федерального органа исполнительной власти субъектами медицинской деятельности. Это – не обеспечение потребностей общества, а удовлетворение требований государства в лице уполномоченного ведомства. Возникает вопрос, медицинская деятельность – для соответствия публичным требованиям или социальным нуждам?

При этом управление (контроль) относится одновременно к качеству и безопасности медицинской деятельности, хотя это категории раз-

ного порядка. Качество – как вопрос соответствия цене – медицинским услуг (а не деятельности) относится к договорным отношениям, а безопасность – к возможным внедоговорным последствиям этих отношений. И если целый блок норм посвящен симбиозу управления (контроля) качеством и безопасностью медицинской деятельности, то, например, применительно к медицинским изделиям по законопроекту оказывается достаточно мониторинг (ст.ст.89-91). Почему бы просто не распространить на здравоохранение законодательство о техническом регулировании с требованиями к медицинскому ведомству выработать соответствующие технические регламенты медицинской деятельности?

Кроме того, осуществляя управление (контроль) качества и безопасности медицинской деятельности, какую ответственность несет медицинское ведомство (и государство)? В судах по «медицинским» делам государство не появляется ни в каком качестве и ни в каком лице – органов ли управления здравоохранением, внебюджетных ли фондов, органов ли надзора. Частные медицинские организации отвечают за свои действия самостоятельно, а по делам с участием учреждений здравоохранения привлекается разве что финансовый орган. Если государство принимает на себя ответственность за соблюдение медицинской организацией требований о качестве и безопасности медицинских услуг (а иначе чем объяснить положения об управлении и контроле?), оно должно нести солидарную ответственность с медицинской организацией за возможное причинение ущерба пациенту и выступать на стороне ответчика в суде.

29. В этой связи глава 10 законопроекта – Ответственность в сфере охраны здоровья граждан – не выдерживает никакой критики.

*«...Профессиональной ошибкой при оказании медицинской помощи признается допущенное нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной ее недостаток, независимо от вины медицинской организации и ее работников»* (п.1 ст.93). А если пациент споткнулся на больничной или поликлинической лестнице с послед-

ствиями в виде перелома костей – это тоже профессиональная ошибка? А если он обжегся горячим чаем и на этом основании предъявил соответствующие требования о недостатке? А если пациент получил удар током, например, в силу неисправности электрической розетки? Очевидно, следует отличать неблагоприятные последствия медицинской помощи и медицинской услуги. А если информация не была усвоена пациентом или он не подписал добровольное информированное согласие или отказ от медицинского вмешательства – это тоже профессиональная ошибка?

«...Решение о признании профессиональной ошибки принимается коллегиально комиссией по расследованию случаев причинения вреда жизни и здоровья пациентов. В состав комиссии входят на общественных началах законные представители пациента, медицинской организации, страховых компаний, а также представители органов исполнительной власти, профессиональных общественных объединений медицинских работников, общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья граждан» (п.2 ст.93). А судебная власть в здравоохранении упраздняется? Или ограничивается конституционное право пациента на обращение за судебной защитой нарушенных прав? Или просто нужно создать видимость правового разрешения споров и некую альтернативную суду «революционную тройку»? Кроме того, правового понятия профессиональной ошибки не существует. Речь идет либо о нарушении договорных обязательств, либо о возникновении деликтных обязательств – из причинения вреда. «Профессиональная ошибка» – это результат симбиоза в законопроекте понятий качества и безопасности.

«...Ущерб, причиненный жизни и здоровью граждан в результате профессиональной ошибки при оказании медицинской помощи, подлежит возмещению за счет средств страхования, осуществляемого на основании отдельного федерального закона» (п.3 ст.93). А почему обязательно страхования? Это не вопрос источников покрытия ущерба: вред, причиненный личности ... гражданину ... подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред

(п.1 ст.1064 ГК).

30. «...В случаях причинения вреда здоровью граждан виновные медицинские и фармацевтические работники, а также лица, имеющие право на занятие целительством, обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленном законодательством Российской Федерации» (п.1 ст.96). В соответствии с законопроектом работники приобретают ответственность работодателей? Юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей (п.1 ст.1068 ГК).

31. «...Медицинские организации несут ответственность за непредставление или за неполное или некачественное предоставление гражданам медицинских услуг в соответствии с законодательством Российской Федерации» (ст.95). Нет, медицинские организации несут ответственность за правонарушения, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации, и не только по договорным, но и по обязательствам вследствие причинения вреда. Зачем в законопроекте нужны такие юридически неграмотные положения?

32. Равным образом, зачем в законопроекте нужны ничего не значащие положения?

«...В случаях причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации» (п.1 ст.94). В зависимости от характера и величины вреда причинители отвечают в соответствии с применимыми положениями гражданского или уголовного законодательства.

«...Ответственность за вред здоровью граждан, причиненный несовершеннолетним или лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным, наступает в соответствии с законодательством Российской Федерации» (п.1 ст.94). Это уже установлено ст.1073-1075 ГК и ст.1076 ГК соответственно.

33. Что касается медицинской ста-

тистики (ст.92), то зачем медицинскому ведомству необходимо дублировать функции Росстата?

34. И напоследок: как нужно не уважать народ, чтобы определять граждан по совокупности как «население» (п/п 3, 6 ст.2, п.2 ст.17, п.11 ст.79 и т.д.)?

ВЫВОДЫ:

Законопроект не имеет единой ясной, оформленной, определенной цели. Если целью является определение роли государства в отрасли социальной сферы – это одно, регулирование гражданского оборота – это другое, и т.д. Из существующего текста законопроекта вытекает, что его целью был мозаичный мелочный лоскутный охват всего, что выхватил взгляд его составителей, но не системный, основанный на внятной, структурированной, соответствующей политическим, экономическим и юридическим реалиям теории, профессионально грамотный организационный подход к целесообразным изменениям нынешнего несостоятельного устройства отрасли здравоохранения в масштабах прогнозируемых изменений социальной сферы в целом и социальной политики государства вообще. Это приводит к девальвации самой идеи изменения существующих и давно устаревших Основ законодательства об охране здоровья граждан.

В законопроекте смешано публичное и частное право. Компетенция публичных образований сочетается не с экономической организацией отраслевого гражданского оборота, а с медико-организационными технологиями в последовательности оказания профессиональной помощи, которые не только не отделены от административных, трудовых и гражданско-правовых отношений (которые тоже не дифференцируются), но и детерминируют (а во многом и заменяют) последние. Это приводит к тому, что медицинские (а не правовые) категории становятся отправной точкой правового акта.

В законопроекте не позиционированы интересы участников общественных отношений в здравоохранении. Понятно, что, например, покупатель и продавец руководствуются каждый своим интересом: первый

заинтересован в приобретении товара, поступившись оплатой, второй – в оплате, поступившись товаром. Государство как публичное образование заинтересовано в нормализации ситуации в обществе, а как участник гражданско-правовых отношений в одном случае делает приобретения в свою пользу (в порядке государственного заказа), в другом – выступает плательщиком в пользу общества (в социальной сфере). Законопроектом всем участникам общественных отношений, обладающим каждый своим – и противоположным другим, в том числе – интересом, придается единый интерес (который к тому же аморфен и невнятен). Это приводит к тому, что неправильное позиционирование интересов делает законопроект нежизнеспособным на перспективу его возможного действия.

В законопроекте не проведено различий институтов, которые в здравоохранении сложились, складываются и будут складываться в будущем. Публичные, финансовые и товарные институты рассматриваются как единое целое, в то время как каждый из них нуждается в самостоятельном правовом режиме дифференцированно от остальных. Это приводит к тому, что мера регулирования одного из них распространяется на остальные без ограничения пределами применимости.

В законопроекте не диверсифицированы сегменты гражданского оборота (рынки B2B и B2C по товарам, работам и услугам, и т.д.) в здравоохранении. В результате правовой режим регулирования оборота медицинских изделий или лекарственных средств и пр. никак не отделен от правового режима регулирования обращения медицинских услуг, и каждый из них проигрывает от такого смешения. Это приводит к тому, что вместо дифференцированного регулирования общественных отношений различающегося правового характера для них предлагается единая совокупная мера такого регулирования.

Авторы законопроекта не знакомы ни с действующим гражданским законодательством, ни с антимонопольным законодательством. Мерой правового регулирования ими признается только административный императив ограничений и запретов. В законопроекте норм права, пригод-

ных для целей регулирования гражданского оборота в здравоохранении, нет. Законопроект в целом представляет собой низкокачественную ведомственную инструкцию конца 80-х.

Законопроект ориентирован в пользу государства, а не в пользу общества притом, что и оказание, и оплата медицинских услуг складывается в обществе и происходит в пользу и в интересах общества. Предлагаемый публичный императив «строит» общество по государственной разнарядке в здравоохранении – частноправовая сфера в отрасли для законопроекта прозрачна.

Законопроект не меняет существа действующей отечественной организации здравоохранения, сохраняя все присущие ей системные пороки, которые неизбежно будут чаще и больше себя проявлять, чем это было до настоящего времени, поскольку отраслевой кризис не может в связи с этим не усугубляться.

Декларативность большинства положений законопроекта делает его невыполнимым и ничего не дает для участников общественных отношений в отрасли – ни для врачей, ни для пациентов, а для медицинских организаций – только дополнительные к существующим непродуктивные ограничения и запреты.

В законопроекте никак не обозначена роль медицинского сообщества в здравоохранении.

#### ПРЕДЛОЖЕНИЯ:

1. Определить для начала отправные начала правового регулирования в здравоохранении.

Перед здравоохранением стоит ряд задач, основные из которых – чтобы врачи достойно делали свое дело, а пациенты не теряли достоинство по восполняемой государством платежной несостоятельности перед медицинской помощью.

Здравоохранение – для общества, граждан, а не для государства. Охрана здоровья – и оказание, и получение медицинских услуг – происходит тоже не в механизме государства, а в обществе, в гражданском обороте, в котором на стороне заказчика в качестве плательщика участвует сам пациент или третье лицо в его пользу – если не государство, то кто-то другой (работодатель, страховщик и

т.д.). Чем больше и разнообразнее оказывается медицинских услуг, тем здоровее их получатели, поскольку сильнее конкуренция между субъектами медицинской деятельности, и они вынуждены бесконечно совершенствоваться. Если у последних есть интерес в доходах, они не заинтересованы в убытках, которыми чревато причинение вреда здоровью пациента. Таким образом, точка отсчета – это гражданский оборот.

Отсюда с очевидностью формируются отправные начала правового регулирования в здравоохранении, детерминирующие его предмет:

- охрана здоровья – в конкурентном гражданском обороте;
- эффективность отраслевого гражданского оборота ради нужного социального результата;
- безопасность пациента в отраслевом гражданском обороте.

2. Сформулировать концепцию организации здравоохранения в стране. Выработать принципы соответствия создаваемой модели организации здравоохранения существующим в стране политическим, экономическим и правовым реалиям. Определить место и роль государства, пределов публичного права в общественных отношениях в отрасли. Определить средства и инструменты публичного регулирования частных отношений и механизмы саморегулирования в здравоохранении, а также пределы соответствующего регулирования. Сформулировать цели и задачи правового регулирования общественных отношений в отрасли и очертить круг разрабатываемых законопроектов по единству предмета.

3. Подвергнуть выработанную таким образом концепцию организации здравоохранения в стране критике тщательно отобранных экспертов из числа ориентированных в проблематике отраслевого гражданского оборота экономистов, юристов и организаторов здравоохранения.

В этом случае законопроект может стать правовым законом, соответствующим существующим в стране реалиям и способным эффективно регулировать общественные отношения в отрасли.



ПРИГЛАШАЕМ ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ В ВЫСТАВКАХ  
**СИБЗДРАВООХРАНЕНИЕ**  
**СТОМАТОЛОГИЯ**

**12 - 15** ОКТЯБРЯ

Россия, г. Иркутск, ул. Байкальская, 253-а,  
тел.:(395-2) 354-348, 252-239, факс: (395-2) 358-223, 352-900  
E-mail: [sibexpo@mail.ru](mailto:sibexpo@mail.ru), [http:// www.sibexpo.ru](http://www.sibexpo.ru)



**SIBEXPO**  
CENTRE

1. Взгляд предпринимателя.

Административные барьеры появились в современной России с момента, когда законом Российской Федерации №1499-1 от 28 мая 1991 года «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» было установлено обязательное лицензирование, т. е. выдача государственного разрешения медицинским учреждениям на осуществление определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Тогда же в 1991 году в Москве был утвержден перечень видов лицензируемой деятельности. В 1992 году было утверждено Положение о порядке выдачи лицензий на занятие отдельными видами хозяйственной деятельности, в том числе медицинской. В 1993 году в Москве была образована городская комиссия по лицензированию медицинской деятельности. Для получения лицензии юридическому лицу требовалось представить 11 документов, а физическому лицу дополнительно необходимо было представить еще 2 документа.

Таков был заявительный характер при лицензировании медицинской деятельности. Перечень лицензируемых видов деятельности в то время составлял 27 позиций.

Первым федеральным актом, установившим порядок лицензирования медицинской деятельности, было Постановление Правительства РФ 1996 года. С этого момента, а может и с 1992 года появились интересы лицензиатов и интересы органов лицензирования. Именно то время и было периодом формирования административных барьеров в здравоохранении. Этому сопутствовал минимум нормативной базы по данному вопросу. Если появляются правила (требования), значит, появляются и лоцманы для проводки предпринимателей от заявительных бумаг к лицензиям.

Впервые история лицензирования медицинской деятельности, а, следовательно, и история административных барьеров была пред-

# АДМИНИСТРАТИВНЫЕ БАРЬЕРЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК БЕГ С ПРЕПЯТСТВИЯМИ МАЛОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА В РОССИИ

Показано, что вместо развития отраслевой экономики государственный надзор и контроль в настоящее время благодаря составляющей его бюрократии ориентирован на коррупциогенное создание административных барьеров

Ключевые слова: административные барьеры, здравоохранение, медицинское предпринимательство

ставлена в статье С.В. Лазарева (1) по материалам более чем 2000 проверок, как лицензиатов, так и соискателей лицензий, как ЛПУ, так и частных медицинских организаций.

Разрешительной системе в медицине нет еще и 20 лет, и за это время сформировался определенный, но далеко не совершенный, перечень правил в виде законов, Постановлений Правительства, Приказов

медицинского ведомства, административных регламентов надзорно-контрольных органов и т.д. Многие из названных документов формировались в спешке, а порой и заинтересованными в нечетких формулировках и понятиях должностными лицами. Не везде документу предшествовал необходимый глоссарий для формирования единой точки зрения по определениям. Можно с

уверенностью сказать об отсутствии достаточного и внятного правового поля в области надзора и контроля к середине 2010 года. По частной медицине и на данный момент законодательство отсутствует. Равенство трех систем российского здравоохранения достигается путем трудной и изнурительной борьбы малого и среднего предпринимательства с административными барьерами. При наличии одинаковых требований к учреждениям здравоохранения и частным организациям практически везде существуют двойные стандарты надзора и контроля.

Если посмотреть на историю документов, требуемых от соискателя для выдачи ему лицензии, то можно заметить, что вводились на первый взгляд необходимые требования, чтобы защитить пациентов, обращающихся в медицинские центры или ЛПУ. Однако вольные требования к перечню документов и правил, которые должны представлять соискатели и лицензиаты сотрудникам лицензирующих органов, всегда напоминали произвольную программу фигурного катания. Даже если нет четких требований, прописанных медицинским ведомством, работники надзорно-контрольных органов возлагают всю ответственность за эти недостатки на руководителей медицинских центров и клиник, а также индивидуальных предпринимателей. Один работник лицензирующего органа обмолвился, мол, мы за отсутствие нормативов не отвечаем, это к министерству, а вы крутитесь, как хотите. А ответственность предпринимателей и в отсутствие нормативно-правовых актов наступает административная, гражданская и даже уголовная. Здесь мы хотели бы коснуться лишь проблем лицензионного надзора и контроля. Трудно представить сразу весь спектр препятствий для медицинских предпринимателей.

Административные барьеры в области лицензионного контроля и надзора за медицинской деятельностью – это понятие собирательное. Может быть, написано много страниц для работников лицензирующих органов – как пособие, которое могло называться «Как ни дать, но взять» или «Как разрешить, но и взять». В том, что барьеры

растут и вишь, и ввысь, во многом виноваты сами предприниматели. Все хотят быстро войти в медицинский бизнес, сделать его устойчивым, не имея организационного опыта. Большинство инвесторов, менеджеров, медицинских руководителей думают, что для создания успешного медицинского бизнеса вполне достаточно четырех вещей: медицинской идеологии, удобно расположенного помещения, профессионально подготовленных медицинских кадров и современной медицинской техники. Многие понимают, что необходим адекватный, грамотный (экономически), честный (для инвесторов) руководитель с навыками хорошего психолога.

Однако редко кто начинает медицинскую предпринимательскую деятельность, предварительно – если не глубоко, то хотя бы достаточно – изучив лицензионные требования, предъявляемые к видам работ и услуг, которые собирается оказывать медицинская организация. Зачем, ведь можно заплатить за получение лицензии посреднику, который либо юрист, либо лицо, передающее деньги за лицензию руководству лицензирующего органа, что встречается в 9 случаях из 10. А если учесть, что требования нормативно правовых актов по лицензированию медицинской деятельности содержат неоформленную, недетализированную и недифференцированную совокупность словосочетаний, содержание которых доступно произвольному толкованию. Многие формулировки неясны даже чиновникам. А ведь получив лицензию, ее можно вскоре и потерять. Однако в России надзора и контроля нет, а потому выданная лицензия – это индульгенция на неопределенное время. В 99% случаях в этом виноваты сами чиновники, ведь выдав лицензию, они не несут солидарную ответственность с лицензиатом перед пациентом. А раз так, то и существующий надзор и контроль – это театр двух актеров.

Таким образом, не пройдя курс по преодолению «подводных камней» для успешного лицензирования и последующей спокойной жизни в существующем правовом

поле, управляющие медицинским бизнесом могут сильно подвести инвесторов.

Учебное консультирование по надзорно-контрольным требованиям должно включать в себя транскрипцию Федерального Закона №128-ФЗ от 08.08.2001 г. «О лицензировании отдельных видов деятельности», двух последних Постановлений правительства № 499 от 04.07.2002г. и № 30 от 22.01.2007 г. «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности». Их сравнительный анализ представлен в статье С.В.Лазарева, С.С.Мисюлина и Д.А.Борисова «Проблемные вопросы лицензирования медицинской деятельности» (2). Авторы также полагают необходимым рекомендовать изучить вышедшие после Постановлений Правительства приказы медицинского ведомства № 238 от 26 августа 2002 г. и № 323 от 10 мая 2007 г.

Важно, чтобы консультанты смогли объяснить, как защитить свой бизнес от расширительной интерпретации и бесосновательного присвоения дополнительных правомочий органами надзора и контроля. Особенно это касается тех пунктов Постановления Правительства №30, которые относятся к категории грубых нарушений. Поэтому мы рекомендуем пополнить свою базу знаний сведениями из статьи С.В.Лазарева и А.В.Тихомирова «Врожденная патология Росздравнадзора» (3). Чиновники статьи не читают, они читают лишь приказы, и Вы их приятно удивите своими знаниями и тем самым лишите их возможности маневра.

Возвращаясь к требованиям, предъявляемым к соискателям и лицензиатам, необходимо сказать и об особенностях региональных взглядов на процесс лицензирования. В этом вопросе у нас нет государственного стандарта. Один и тот же закон о лицензировании имеет широкий спектр разнообразного толкования в субъектах РФ. Есть регионы, где, чтобы только сдать документы, необходимо занять очередь за полгода. Но и это не предел. В отдельных субъектах РФ поданные соискателями документы могут рассматривать до 9 месяцев. Тут и

впрямь можно успеть родить.

Наша беда в том, что нормативно-правовые требования хотя и претерпевают изменения в лучшую для предпринимателя сторону, их подкрепляют массой законов в защиту малого бизнеса, но, тем не менее, во многих субъектах РФ их не спешат выполнять, в том числе из-за неменяющейся ментальности органов надзора и контроля и их неумного желания заработать. Часто преобладают клановые отношения в той или иной области, где органы здравоохранения не контролируются никем и сами решают, быть в их регионе частной медицине или не быть. А уж если и быть, с рынком в стране ведь не поспоришь, то она должна быть строго управляемой. А частная медицина видит, что многие требования не соответствуют современным условиям рыночного государства, что приводит к неправданным расходам предпринимателей, в том числе на ведение арбитражных дел, в рамках правового поля.

Рассмотрим еще один аспект, приводящий к административным барьерам. Кто готовит предложения по требованиям и правилам осуществления медицинской деятельности?

С момента появления в 2004 году Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития почти все пред-

числе по вопросам малого и среднего предпринимательства. Но то было веяние времени. С институтами гражданского общества проводились совместные мероприятия. У первых двух руководителей была приоритетная тяга к надзору и контролю за фармацевтической деятельностью. Эта деятельность приносила больше дохода бюджету и Росздравнадзору. Порой создавалось впечатление, что все здравоохранение – это успешная фармацевтическая деятельность, ДЛО, выдача разрешений на медицинские приборы и оборудование. Какая там забота о пациентах или медицинских работниках? В зоне медицинской деятельности совсем другие финансы.

Однако театр начинается с вешалки, а медицинская деятельность – с получения лицензии. Вы еще только задумались, что хотели бы заниматься стоматологией, т.е. собрали необходимые документы для лицензирования, а у вас требуют к моменту сдачи этих документов подготовленные помещения с разрешением Роспотребнадзора (срок рассмотрения документов 60 дней). Подготовить помещения, соответствующие санитарным нормам и правилам, т.е. произвести ремонт – это еще 2 месяца. Как видим, малому бизнесу необходимо платить за аренду 4 месяца (мы берем пример небольшого центра 100-140 кв. метров). Цены не приводим, они

цинского ведомства об оснащении кабинетов медицинской техникой с учетом тех видов работ и услуг, которыми вы хотите заниматься. И никто не обращает внимания на то, что большинство приказов медицинского ведомства для учреждений, к коим вы не имеете никакого отношения, да к тому же приказы носят рекомендательный характер. Для справки: чаще, к сожалению, медицинское оборудование – зарубежного производства, и средний срок его поставки по контракту 90 дней. Если, заключив контракт с российским дилером иностранной фирмы, вы захотите сами растаможить данный аппарат, имея все необходимые документы, связанные с регистрацией данного прибора в России, то на таможне с вас потребуют лицензию на медицинскую деятельность. А вы и хотите приобрести прибор, чтобы вам дали долгожданную выстраданную лицензию. Правильно сказал чиновник в лицензирующем органе, мол, это ваши проблемы крутятся. Вот и крутимся. Все при деле и деньгах, только предприниматель может лицензию и не получить.

Кроме того, предпринимателю необходимо заключить – не имея лицензии, ни ведя никакой деятельности – договоры (откровенно фиктивные) с медицинским персоналом.

Именно документы этого самого персонала необходимо представить в лицензирующие органы и т.д. и т.п. Еще один российский разрешительный хит в медицине: по ряду специальностей врач может оказывать квалифицированную медицинскую помощь, но эти же документы недостаточны для представления их в разрешительные органы для получения лицензии по данному виду работ и услуг. Вот ведь песня, все об этом знают, но мы не минздрав, мы только выдаем, надзираем и контролируем, как сказано в приказе ведомства. Да на что такие приказы? В переводе на русский язык – грабить и измываться над вами, над предпринимателями можно, а поправки внести – это не наш уровень компетенции.

Кажется, вы все выполнили, затратили кучу денег, влезли в долги, но это не гарантия приема

### Театр начинается с вешалки, а медицинская деятельность – с получения лицензии.

ложения сформулированы ею, а затем утверждены приказами Минздравсоцразвития РФ. В медицинском ведомстве даже нет надзорно-контрольного методического подразделения. Это и понятно, раз есть Росздравнадзор.

Надзор и контроль за осуществлением медицинской деятельности никогда не был в приоритетах руководителей Росздравнадзора. Хотя при последнем был создан ряд общественных советов, в том

езде по регионам разные, как и покупательная способность, то есть спрос. Еще не сдав, а только подготовив документы, мы должны заплатить кругленькую сумму, еще не зная, дадут ли нам лицензию. Совсем забыл – перед сдачей документов в лицензирующий орган я должен по их требованию закупить медицинское оборудование. Оно стоит еще больше, чем аренда и ремонт вместе взятые. В некоторых регионах суют в нос приказ меди-

от вас документов. В Российской Федерации 99% отказов в приеме документов по причине их неполного объема (по мнению принимающей стороны) - это отказы в устной форме. Уже это является нарушением закона и требует вмешательства прокуратуры, однако, об этих безобразиях вам могут рассказать во многих регионах России, даже в Москве. Вы спросите, а где факты - да, их передают из уст в уста соискатели и лицензиаты, которых незаконно превращают в соискателей во многих субъектах РФ. Но есть и факты. Так в Москве в 2008-2009 гг. на сайте Департамента здравоохранения в разделе лицензирования медицинской деятельности представлены приказы с формулировкой «Об отказе в предоставлении лицензий». В этих приказах в 2008 году отказано частично по ряду работ и услуг 7 организациям, отказано полностью по заявленным работам и услугам - 5 организациям и отказано в продлении лицензии в порядке переоформления - одной. Ей оказалось ООО «Медицинский центр «Реднор». Мы специально назвали ООО, так как его обращение в суд положило начало законного продления лицензий в порядке переоформления на всей территории РФ. Пусть страна знает своих героев. Теперь о главном: вышеуказанные приказы об отказах выходили в период с 07.03 по 18.06.08. Во втором полугодии 2008 г. и 2009 г. приказов по отказам в предоставлении лицензий на медицинскую деятельность не было. В то же время, в письме Росздравнадзора, вышедшем в конце 2009 года, представлен сравнительный анализ отказов в предоставлении лицензии на медицинскую деятельность в России частным организациям и индивидуальным предпринимателям в первом полугодии 2008 г. и первом полугодии 2009 г. Так вот, в первом полугодии 2009 г. количество отказов увеличилось, как утверждает Росздравнадзор, в 2-3 раза, в связи с более слабой подготовкой документов соискателями лицензий. А в Москве отказов нет. Что это? А это откровенные отказы и позитивный «переговорный» процесс между овцами и волками, после того, как прозвучал вопрос в стиле Чернышев-

ского «Что делать?». Есть случаи, когда в связи со сменой фамилии совладельца-руководителя медицинской организации, ему предлагали не переоформить лицензию, а вновь собрать все документы и пройти процедуру лицензирования с предлицензионными проверками по полной программе.

Другие примеры административных барьеров. Медицинский центр переезжает с одного адреса на другой в одном городе по причине рез-

напоминали набеги индейцев на беззащитный, формирующийся частный сектор. Именно данный беспредел привел и к положительному результату, началу консолидации предпринимательского сообщества. К этому времени сформировалась Первая Общероссийская ассоциация врачей частной практики. Правда, ее название не вполне соответствовало правовой истине, заложенной в названии, да и сегодня в ряде регионов ее возглавляют

### **Предпринимателю необходимо заключить - не имея лицензии, ни ведя никакой деятельности - договоры (откровенно фиктивные) с медицинским персоналом.**

кого увеличения арендной платы (одна из наиболее частых причин, на втором месте смена владельцев собственности). На момент переезда в 2009 году имеется лицензия на медицинскую деятельность до 2012 года, Все просто, если заглянуть в статью 11 Федерального Закона №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности». Вы можете начать работать на новом месте, если имеется положительное заключение Роспотребнадзора, известив в течение 15 дней о начале работы на новом месте лицензирующий орган. Лицензирующий орган по Вашему заявлению о переоформлении лицензии на новый адрес и уплате пошлины обязан в 10-ти дневной срок переоформить лицензию. Однако далеко не во всех регионах исполняют данную норму закона и заставляют вновь перелицензироваться как соискателю. При подаче иска в арбитражный суд законное право предпринимателя восстанавливают всегда.

Административные барьеры в практике созданного в 2004 году Росздравнадзора возникали при многих обстоятельствах с нарушением нормативно-правовых документов. Контроль и надзор больше напоминал взаимоотношения с соискателями и лицензиатами как взаимоотношения не по Закону, а «по понятиям».

Массовые проверки в 2005 году

далеко не врачи частной практики. Однако данная общественная организация внесла свой полезный вклад в консолидацию здоровых врачебных сил России. Тогда же, в 2005 году, образовалось некоммерческое партнерство «Содействие объединения частных медицинских центров и клиник», основной задачей которого была защита интересов предпринимателей при возникновении административных барьеров. Данную задачу участники НП хотели решать через устранение правового нигилизма в медицинской предпринимательской среде. Кроме того, хотелось бы отметить образовавшуюся в тот период Ассоциацию частных клиник Санкт-Петербурга. Данная Ассоциация много внимания уделила включению частных клиник с систему ОМС и активно выступала за запрет оказания платных услуг в государственных и муниципальных учреждениях. Однако небольшим группам энтузиастов трудно было заниматься широким спектром административных препятствий.

Основное внимание было сосредоточено на проблемах современного порядка лицензирования, поддержке движения за принятие Закона о гарантированной бесплатной медицинской помощи и запрете платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях, отмене в ряде статей Основ законодательства об охране здоровья граждан запрета

## Какие проблемы мешают развитию частной медицины?

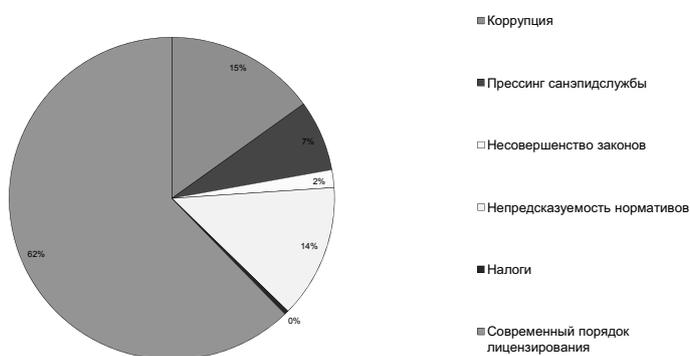


Рисунок 1.

на ряд видов медицинской деятельности для частных медицинских центров и клиник. Работа по консолидации предпринимательского сообщества привела к пониманию необходимости развития саморегулирования в здравоохранении.

Возвращаясь к административным барьерам, сегодня мы считаем, что главным административным барьером в развитии малого и среднего предпринимательства является современный порядок лицензирования частных организаций (4). Не меньше внимание мы уделяем состоянию всей системы государственного надзора и контроля, т.к. нам необходимо его эффективное состояние для создания ограничительного барьера для мелких нарушителей и откровенных мошенников, существующих на рынке медицинских услуг. Правовые аспекты государственного надзора и контроля в здравоохранении представлены в статьях А.В.Тихомирова (5, 6).

Проблемы лицензирования частных медицинских центров и клиник и индивидуальных предпринимате-

лей резко обострились после передачи полномочий по лицензированию медицинской деятельности от Росздравнадзора в субъекты Российской Федерации с 1 января 2008 года.

Первая Общероссийская Ассоциация врачей частной практики провела опрос. Вопрос звучал так: Какие проблемы мешают развитию частной медицины? (рис.1). Как видно из опроса, в котором приняли участие более 1250 респондентов, 63% считает, что развитию частной медицины мешает современный порядок лицензирования.

Передача полномочий по лицензированию частных организаций в субъекты РФ привело к увеличению числа жалоб со стороны лицензиатов и соискателей. Увеличилось количество требуемых органами лицензирования документов, не предусмотренных Постановлением Правительства №30 от 22.01.07 г.

НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник ([www.privatmed.ru](http://www.privatmed.ru)) провело опрос с целью выявить, к чему

приведет усложнение процедуры лицензирования после передачи полномочий от Росздравнадзора в субъекты РФ (рис.2). В опросе приняли участие 1672 респондента.

Как видно из опроса, 8% считает, что это приведет к улучшению качества оказания медицинской помощи, 44% - к созданию условий поборов с соискателей лицензий, т.е. к усилению коррупции, 21% - к замене реального контроля его видимостью через увеличивающийся объем требуемых бумаг, а 16% - к сдерживанию развития частной медицины в России.

Последний фактор вполне сегодня реализуется на практике, как и два предыдущих. Т.к. в государственных и муниципальных учреждениях наблюдается заинтересованный рост коммерциализации (т.е. платных услуг населению) (7,8,9,10), это происходит на фоне отсутствия у 45% учреждений здравоохранения, оказывающих платные услуги, лицензий на те или иные виды работ и услуг, предлагаемых населению (11). Кроме того, лицензии частным организациям выдаются в основном органами здравоохранения субъектов РФ. То есть налицо конфликт интересов и заинтересованность всячески усложнять процесс лицензирования частной медицинской деятельности у себя в регионе.

Главными проблемами лицензирования медицинской деятельности являются:

1. Отказы в продлении лицензий по истечении 5-ти летнего срока путем их переоформления в соответствии с Федеральным законом № 128-ФЗ от 08.08.2001 г. «О лицензировании отдельных видов деятельности» (ст.8 и ст.11).

2. Завышенные требования к соискателям лицензий.

3. Невозможность исполнения в полном объеме ряда требований, предъявляемых Постановлением Правительства №30, как государственными и муниципальными учреждениями, так и частными юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, что негативно сказывается на развитии здравоохранения в целом.

4. Отсутствие федерального регламента по выдаче разрешений на осуществление медицинской

## Считаете ли Вы, что усложнение процедуры лицензирования медицинской деятельности приведет к:

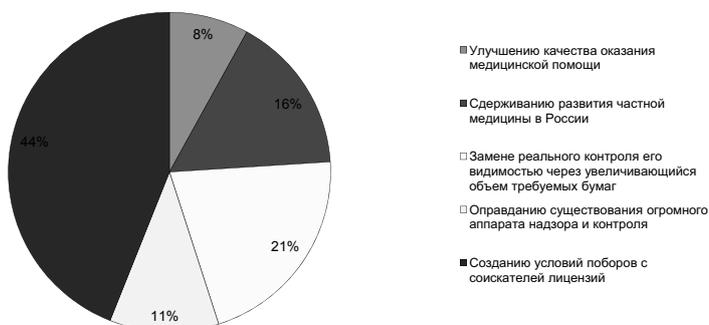


Рисунок 2.

деятельности.

Первое, что смогли добиться частные медицинские организации – это доказать в суде, что по окончании 5-ти летнего срока действия лицензии она может быть продлена по заявлению лицензиата (подчеркиваем: лицензиата, а не лицензирующего органа) путем переоформления документа (12).

Произошло это в конце 2008 года. Медицинский центр «Реднор», доказавший, что лицензия может быть продлена по заявлению лицензиата, выиграл процесс в арбитражном суде у Департамента здравоохранения Москвы. Начиная с 2008 года только в Москве до 31 декабря 2009 года 438 юридических лиц и индивидуальных предпринимателей смогли продлить срок действия лицензии простой подачи заявления и оплатой пошлины 100 рублей. А главное – в течение 10-ти дней с момента подачи заявления. В Москве за 2008 и 2009 годы лицензии на медицинскую деятельность получили 1736 юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, а 438 переоформленных таким образом лицензий составили 25,2% от их общего числа. Медицинский центр «Реднор» после этого должен быть занесен в книгу рекордов Гиннеса. Четверть всех организаций не подверглись административному давлению со стороны органов лицензирования. И это не предел торжества закона.

Имеются и другие примеры, как например, индивидуальный предприниматель из Алейского района Алтайского края, занимаясь оказанием стоматологических услуг с 1994 года, решил, что и он имеет право продлить срок действия своей лицензии по окончании пятилетнего срока, так же как Медицинский центр «Реднор» в Москве. Он подал заявление в Главное управление здравоохранения и фармации Алтайского края за месяц до окончания срока действия существующей лицензии. Однако получил из главного управления немотивированный отказ. Конечно, кому хочется, чтобы в регионе состоялся прецедент. Предприниматель подал заявление в Арбитражный суд Алтайского края и выиграл его. Однако апелляционный суд в г.Томске не отме-

нил решение суда 1-й инстанции, и тогда стоматолог подал кассационную жалобу в Западно-Сибирский Арбитражный суд в Тюмени. Суд признал правоту предпринимателя и отменил постановление апелляционной инстанции, обязав Главное Управление здравоохранения и фармации Алтайского края продлить медицинскую лицензию сроком на 5 лет. Это произошло в начале сентября 2009 года. Но, несмотря на решение суда, орган управления

людей, как предприниматель из Алтайского края, в России становится все больше и больше. И не обязательно только в частной медицине. Например, врач архангельской больницы А.А.Попов с соратниками, которым не безразлично, в каких условиях пациенты получают медицинскую помощь. Значит, понятие совесть еще что-то значит.

Другой проблемой для предпринимателя является взаимодействие с органами Роспотребнад-

**Первое, что смогли добиться частные медицинские организации – это доказать в суде, что по окончании 5-ти летнего срока действия лицензии она может быть продлена по заявлению лицензиата (подчеркиваем: лицензиата, а не лицензирующего органа) путем переоформления документа.**

здоровоохранением Алтайского края отказался исполнять решение суда, грубо нарушая закон (ст. 169 УК РФ - препятствование осуществлению предпринимательской деятельности). Главное Управление здравоохранения не исполняло решение суда и требования судебных исполнителей более 3-х месяцев. Лишь только вмешательство НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник» позволило получить ответ от заместителя губернатора Алтайского края и краевой прокуратуры, что 29.12.2009 г. принято решение о продлении лицензии индивидуальному предпринимателю.

Нежелание исполнять закон Главным управлением здравоохранения Алтайского края привело к огромному объему трудозатрат судов, администрации Алтайского края, милиции, куда подавалось заявление о возбуждении уголовного дела в отношении ГУ здравоохранения, прокуратуры края и района, судебных приставов.

Жители села лишились квалифицированной стоматологической помощи, предприниматель понес материальные и моральные издержки. А как наказана исполнительная власть, из прокуратуры края на это ответа пока нет. Убытки предпринимателю вернуть будет трудно, и сколько на это нужно сил.

Тем не менее, приятно, что таких

зора, основной функцией которых является контроль санитарно-эпидемиологического состояния. В то же время, излишние требования, предъявляемые ими в ходе выдачи санитарно-эпидемиологического заключения на помещения соискателю лицензии, не имеют никакого отношения к обследуемым помещениям.

В качестве примера требования, не основанного на нормах права, можно привести требование представить: медицинские книжки на медицинский персонал, наличие трудовых договоров с медперсоналом, договор на проведение медосмотров, договоров на стирку медицинской одежды, договор дезинсекции и дератизации, договор на вывоз твердых бытовых отходов, договор на утилизацию отходов класса Б и В (одноразовых изделий медицинского назначения), договор на утилизацию ртутьсодержащих отходов, согласованная схема (план) сбора, хранения и удаления отходов и инструкция, аттестация ответственного за отходы специалиста или договор на обучение обращению с отходами, договора на лабораторно-инструментальные исследования с приложением аттестата аккредитации и лицензии, договор на обслуживание медтехники и бактерицидных ламп, журнал учета дезинфекционных средств, план производственного контроля;

обучение лица, осуществляющего производственный контроль, проведение санитарной экспертизы в полном объеме в случае заявления дополнительного вида работ (услуг), отчет о результатах производственного контроля за предыдущий год; протоколы лабораторных исследований воздуха, воды, стерильности перевязочного материала, инструментария, инъекционных растворов, глазных капель, стерилизационной аппаратуры (если не заявлена); перечень используемых косметологических средств, БАДов с представлением на них санитарных заключений, свидетельств о регистрации, наличие запаса дезинфицирующих средств на месяц, журнал учета времени работы бактерицидных ламп, журнал учета инфекционных заболеваний, договор на обслуживание систем кондиционирования и вентиляции (включая паспорта), наличие экземпляров СанПиН-ов (нормативных документов в рамках санитарного законодательства).

При этом необходимо помнить, что согласно ч.3 ст.55 Конституции РФ права и свободы человека могут быть ограничены Федеральным Законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

Чтобы улучшить, облегчить ситуацию предпринимателям, необходимо в срочном порядке внести существенные изменения в «Положение о лицензировании медицинской деятельности», утвержденное Постановлением Правительства в 2007 году.

## 2. Мнение чиновника.

Рынок медицинских услуг состоит из трех основных составляющих – исполнитель, потребитель и государство. Государство как регулятор отношений на рынке устанавливает административные рамки, в пределах которых осуществляется оказание медицинских услуг. Государством на законодательном и нормативно-правовом уровне создаются правила, по которым работает предприниматель.

Как следствие неэффективной деятельности структур государственного регулирования и контроля, возникают специфические трудности развития бизнеса, которые в последнее время принято называть административными барьерами (13).

Административные барьеры – это препятствия, возникающие при организации и осуществлении предпринимательской деятельности у субъектов предпринимательства, создаваемые отдельными должностными лицами органов исполнительной власти.

– лицензирование деятельности.

3. Барьеры при осуществлении предпринимателем хозяйственной деятельности – государственный контроль и надзор.

Существует и другая классификация:

1) ограничение прав хозяйствующих субъектов путем установления различного рода условий, не предусмотренных действующим законодательством;

2) установление не предусмотренных законом сборов и обязанностей;

3) принятие правовых актов с превышением предоставленных полномочий (14).

Сложность прохождения барьеров приводит к развитию рынка посреднических услуг. Такая ситуация является типичной как для регистрации юридических лиц, так и для получения лицензии на осуществление деятельности. При этом предприниматель начинает нести издержки еще до начала предпринимательской деятельности.

Государство ведет постоянно борьбу с административными барьерами, однако успехи на данном поприще по-прежнему мало значительны, а иногда – с обратными результатами.

Так, рассматриваемый сегодня в Минздравсоцразвитии вопрос об отмене лицензирования и перехода к уведомительному порядку осуществления предпринимательской деятельности в сфере здравоохранения, с одной стороны, может привести к устранению одних административных барьеров, а с другой – к созданию новых, возможно и более значительных для предпринимателей.

При этом предполагается усилить административную и уголовную ответственность за некачественное оказание медицинских услуг. Проблема качества и безопасности медицинских услуг неоднократно поднималась на страницах печати медицинским сообществом, но до сих пор министерство основные усилия направляет на разработку критериев качества, а не безопасности. Однако качество медицинской услуги – проблема интересов гражданско-правовых отношений исполнителя и потребителя услуги.

### **Административные барьеры – это препятствия, возникающие при организации и осуществлении предпринимательской деятельности у субъектов предпринимательства, создаваемые отдельными должностными лицами органов исполнительной власти.**

Как видим, вариантов, как помешать предпринимателю стать лицензиатом или при этом заставить его понести значительные материальные потери, много. Творчество чиновника неумно, для создания новых образцов административных барьеров какой-никакой, а ум нужен. Но и предприниматели виноваты. Они не предпринимая активных действий по защите своих материальных интересов, медленно консолидируются.

Административные барьеры при оказании медицинских услуг можно классифицировать следующим образом:

1. Барьеры при входе предпринимателя на рынок – регистрации юридического лица или индивидуального предпринимателя, получение права на аренду помещения, доступ к кредитам и т.п.

2. Барьеры при получении предпринимателем права на осуществление хозяйственной деятельности

Проблема интересов государства – безопасность услуги. Именно государство должно выступать в качестве регулятора этой безопасности.

Процессом лицензирования в сфере здравоохранения государство призвано устанавливать рамки безопасности для потребителя медицинских услуг. Учитывая, что в настоящее время здравоохранение выведено из-под действия Закона о техническом регулировании, действие которого направлено именно на безопасность товаров и услуг, отмена лицензирования означает окончательный отход государства от проблемы безопасности в здравоохранении.

В отсутствие нормативно-правовой базы, разработанной для частной медицины, единственными законными требованиями, предъявляемыми контрольно-надзорными органами к предпринимателям, являются лицензионные требования и условия. Тем самым установлены административные рамки, как для предпринимателей, так и для контрольно-надзорных органов.

При переходе в сфере здравоохранения от лицензирования к уведомительному характеру деятельности контрольно-надзорные органы не прекратят свою деятельность в отношении предпринимателей. Только ограничительных рамок для их деятельности уже не будет.

Проведение контрольно-надзорными органами плановых проверок предусмотрено Федеральным законом от 26 декабря 2008 г. N 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».

Предметом плановой проверки при этом является соблюдение юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем в процессе осуществления деятельности обязательных требований и требований, установленных муниципальными правовыми актами, а также соответствие сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям (15).

В уведомлении о начале осу-

ществления предпринимательской деятельности указывается о соблюдении юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем обязательных требований, а также о соответствии их работников, осуществляемой ими предпринимательской деятельности и предназначенных для использования в процессе осуществления ими предпринимательской деятельности территорий, зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования, подобных объектов, транспортных средств обязательным требованиям и требованиям, установленным муниципальными правовыми актами (ФЗ № 294-ФЗ ст.8, 9).

Обязательных требований для осуществления медицинской деятельности в настоящее время для частной медицины не разработано.

Какие требования обязательные, а какие – нет, будут определять самостоятельно контролирурующие органы. В данном случае речь уже можно вести не об административных барьерах, а об административных преградах.

Если рассматривать политику министерства в контексте устранения административных барьеров, то для предпринимателя в данном случае проще становится путь вхождения на рынок, но остается по-прежнему сложным положение при осуществлении деятельности на рынке в вопросе взаимоотношений с контрольно-надзорными органами.

Для предпринимателей предпочтительнее был бы переход на упрощенный порядок лицензирования, предусмотренный Законом о лицензировании, и который исключает не только барьеры при получении лицензии, но одновременно исключает возможность проведения плановых проверок. А предусмотренное данным порядком страхование ответственности хозяйствующего субъекта, является дополнительным гарантом для потребителя.

Предполагаемое усиление административной и уголовной ответственности не решит проблем без расширения спектра возможностей обеспечения такой ответственности. Это предполагает развитие гарантий третьей стороны. В качестве таких гарантов могут выступить саморе-

гулируемые организации. Именно в рамках таких организаций возможно обеспечение негосударственного контроля как за соблюдением требований законодательства, так и соблюдением внутренних стандартов сообщества.

Сокращение государственного контроля при соответствующем развитии саморегулирования в сфере здравоохранения не только устраняет административные барьеры, но и приводит к существенной экономии государственных средств.

Проблема наличия административных барьеров при осуществлении медицинской деятельности в конечном итоге приводит к значимому удорожанию медицинских услуг на рынке, ибо предприниматель вкладывает дополнительные финансовые средства в преодоление этих барьеров и, естественно, компенсирование этих средств происходит за счет пациента.

Иначе говоря, пациент своим рублем оплачивает нормотворчество государственных чиновников, создающих препятствия предпринимателям.

Попытка борьбы с барьерами путем реорганизации власти не увенчалась успехом. Перераспределение контрольно-надзорных и разрешительных функций от субъектов федерации к федеральным органам исполнительной власти в 2005 году привела к созданию еще большего числа препятствий на пути предпринимательства. Обратный процесс передачи полномочий в 2008 году еще больше запутал ситуацию, как с лицензированием, так и с надзором. Отсутствие на сегодняшний день внятной политики Минздравсоцразвития в отношении частных предпринимателей только усугубляет ситуацию. Поэтому в настоящее время единственным механизмом борьбы с административными барьерами является консолидация медицинского сообщества в саморегулируемые организации с целью установления ясной и понятной политики на рынке медицинских услуг.

Использованные источники:

1. Лазарев С.В. История лицензирования медицинской деятельности в России и Москве //Вестник Росздравнадзора. – 2009. - № 1. - С.

72-77.

2. Лазарев С.В., Мисюлин С.С., Борисов Д.А. Проблемные вопросы лицензирования медицинской деятельности //Вестник Росздравнадзора. - 2008. - № 4. - С.53-56.

3. Лазарев С.В., Тихомиров А.В. Врожденная патология Росздравнадзора //Главный врач: хозяйство и право». - 2009. - № 6. - С.38-43.

4. Мисюлин С.С., Борисов Д.А. Снижение административных барьеров для малого и среднего бизнеса – актуальная задача // Вестник Росздравнадзора». - 2009. - № 3. - С.73-78.

5. Тихомиров А.В. Надзор не препятствие для развития рынка медицинских услуг //Главный врач: хозяйство и право. - 2009. - № 2. - С.2-4.

6. Тихомиров А.В. Правовые аспекты государственного надзора в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. - 2006. - № 4. - С.3-12.

7. Нижегородцев Т.В. Следует разграничить сферы государственно-

го и частного здравоохранения // Вестник Росздравнадзора». - 2009. - № 1. - С.15-17.

8. Мисюлин С.С. Платные медицинские услуги в государственных учреждениях в современной системе здравоохранения России //Вестник Росздравнадзора. - 2009. - № 1. - С.4-29.

9. Саверский А.В. Об оказании платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. // Вестник Росздравнадзора». - 2009. - № 1. - С.30-32.

10. Мисюлин С.С., Ануфриев С.А., Борисов Д.А. Некоторые аспекты развития рынка медицинских услуг в России //Главный врач: хозяйство и право. - 2006. - № 6. - С.29-31.

11. Серегина И.Ф., Веселова Н.А. О результатах проверок соблюдения учреждениями здравоохранения правил предоставления платных медицинских услуг населению // Вестник Росздравнадзора». - 2008. - № 6. - С.12-19.

12. Мисюлин С.С., Борисов Д.А.

Продление лицензии по закону и на практике. Заочный опрос представителей медицинских организаций по проблемам лицензирования //«Вестник Росздравнадзора». - 2008. - № 5. - С.48-50.

13. Административные барьеры: опыт преодоления субъектами Российской Федерации /Исследование – М.: Ресурсный центр малого предпринимательства, 2001 г., с.130.

14. Казаченко Г.Б., Самойленко Е.В. Некоторые административные барьеры в сфере осуществления предпринимательской деятельности: анализ законодательства и судебной практики //Законодательство и экономика. – 2007. - N 2.

15. Федеральный закон от 26 декабря 2008 г. N 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».

Покупка томографов для архангельских больниц нанесла госказне 136-миллионный ущерб - <http://www.rg.ru/2010/08/13/reg-szapad/tomograf-anons.html>

В 2009 году региональная власть приобрела для больниц Архангельской области шесть компьютерных томографов. Прокуратура проверила законность расходования федеральных денег при закупке этого оборудования.

В октябре прошлого года департамент здравоохранения по двум госконтрактам, заключенным с московской фирмой, закупил два рентгеновских томографа производства Philips Brilliance CT 64 slice по цене 69,2 миллиона рублей за каждый и четыре рентгеновских компьютерных томографа Toshiba Aquilion 16 по 39,6 миллиона рублей за единицу.

Между тем, реальная стоимость томографа Philips Brilliance CT 64 slice - 28-40 миллионов рублей, а Toshiba Aquilion 16 - от 16 до 20 миллионов. В результате федеральному бюджету причинен ущерб в особо крупном размере - на сумму не менее 136 миллионов рублей.

Как сообщили в пресс-службе прокуратуры по Архангельской области, материалы проверки направлены в Следственное управление для решения вопроса о возбуждении уголовного дела по статье «мошенничество, совершенное в особо крупном размере».

Возбуждено уголовное дело по факту приобретения томографа в Первую горбольницу Архангельска - <http://www.regnum.ru/news/medicine/1310622.html>

Следственный комитет Следственного управления при прокуратуре РФ по Архангельской области и НАО возбудил уголовное дело №10016034 по признакам состава преступления, предусмотренного статьей 159 УК РФ (Мошенничество) по факту приобретения для нужд МУЗ «Первая городская больница скорой медицинской помощи» магнитно-резонансного томографа по завышенной стоимости.

Как сообщил корреспонденту ИА REGNUM Новости архангельский хирург Алексей Попов, уголовное дело было возбуждено по результатам проверки по его обращению в прокуратуру. О результатах проверки Попову сообщил юрист первого класса Солозобов.

Дело было возбуждено 23 июля 2010 года. 27 июля это уголовное дело передано прокурору Октябрьского района для определения подследственности. По словам Попова, это первый раз, когда прокуратура отреагировала возбуждением уголовного дела на его обращения по поводу фактов коррупции в медицине.

## 1. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАЗРЕШИТЕЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ ПРЕВЕНЦИИ ПРАВОНАРУШЕНИЙ.

При осуществлении медицинской деятельности правонарушения в общем виде разделяются на договорные и внедоговорные (из причинения вреда личности).

Правонарушения вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по договору вытекают из неполучения заказчиком той ценности, ради которой оплачивались медицинские услуги.

Необходимо обратить внимание, что следование исполнителем (субъектом медицинской деятельности) публичным (например, ведомственным требованиям качества) установлениям не избавляют его от ответственности за несоответствие потребительским предпочтениям, ради которых потребитель обратился за медицинской услугой.

Правонарушения вследствие причинения вреда обусловлены получением того ущерба личности (здоровью), который происходит из отклонений от профессиональных технологий при оказании медицинского пособия и (или) не охватывается волей правообладателя (заказчика).

Необходимо обратить внимание, что следование исполнителем (субъектом медицинской деятельности) публичным (например, ведомственным стандартам) установлениям не избавляют его от ответственности за причинение вреда личности, если допущены отклонения от профессиональных технологий при оказании медицинского пособия и (или) от волеизъявления правообладателя (заказчика).

Те и другие правонарушения влекут ответственность исполнителя медицинских услуг перед заказчиком. Однако если исполнитель отвечает по неисполненным или ненадлежаще исполненным договорным обязательствам перед тем, кто платит (плательщиком), то по обязательствам из причинения вреда здоровью – перед правообладателем (получателем) вне зависимости от степени исполнения платежных обязательств.

# ПЕРСПЕКТИВА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО НАДЗОРА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

## Показаны пути совершенствования государственного надзора в здравоохранении

Ключевые слова: государственный надзор, здравоохранение

Следует обратить внимание: и в том, и в другом случае исполнитель медицинских услуг (субъект медицинской деятельности) несет ответственность самостоятельно. К этой ответственности не привлекается орган государственного надзора, несмотря на то, что именно он выдал соответствующую лицензию и проводил проверки, которые не предотвратили нарушения лицензиатом договорных или возникновение у него внедоговорных обязательств перед получателем медицинских услуг.

Медицинская помощь в составе медицинской услуги лишена характеристик качества, поскольку любое недопустимое отклонение от правил медицины выражается вредом здоровью, т.е. пороками безопасности.

Характеристиками качества обладает потребительская, товарная составляющая медицинской услуги.

Ей также присущи и характеристики безопасности, но иные, чем свойственны медицинской помощи.

Известно, что вредообразующие девиации при оказании медицинских услуг (5) – это пороки:

- обслуживания (случайности), обуславливающие потребительский деликт;
- оказания медицинской помощи (вероятности), обуславливающие ятрогенный деликт;
- добровольного информированного согласия, обуславливающие информационно-аконсенсуальный деликт.

Пороки качества и безопасности, товарной и нетоварной составляющих медицинской услуги должны быть определены, дифференцированы и раскрыты в соответствующих документах.

Международный стандарт ISO 9001:2000 предусматривает 6 обя-

зательных документированных процедур:

- управление документацией (4.2.3);
- управление записями по качеству (4.2.4);
- внутренний аудит (8.2.2);
- управление несоответствующей продукцией (8.3);
- корректирующие действия (8.5.2);
- предупреждающие действия (8.5.3).

Тем самым становится подконтролен результат процесса. Применительно к медицинским услугам – это не их выходные свойства. Таковые будут обеспечены несомненно, если на всех этапах создания продукта (медицинских услуг) будут отслеживаться признаки несоответствия, выполняться корректирующие воздействия и применяться меры предупреждения несоответствий в будущем. Тем самым хороший продукт становится результатом хорошего управления. А хорошее управление – это процесс умелого лавирования между формальными ориентирами и неформальными способами равнения на них (4).

Сертификация субъектов медицинской деятельности по Международному стандарту ISO 9001:2000 (менеджмент систем качества) является значимым подспорьем равно для лицензиата (соискателя лицензии) и лицензирующего органа для целей предупреждения возникновения оснований ответственности перед потребителем.

Внедрение в индустрию медицинских услуг добровольной сертификации систем управления качеством способно достигнуть нескольких целей (2).

Во-первых, качества, единства и единообразия содержания корпоративного управления в здравоохранении.

Во-вторых, качества, единства и единообразия публичного управления в здравоохранении. Управление здравоохранением приобретает необходимую прозрачность, осмысленную точку отсчета, эталон (свод правил) и возможность выверить по нему оправданность размещения средств казны.

В-третьих, консолидации отрасли. Здравоохранение как отрасль

экономики социальной сферы становится объединенным единством, внятностью и взаимосвязью правил нахождения в экономических отношениях всей совокупности участников этих отношений. Вместо противостояния государства, общества и бизнеса в здравоохранении приходит единство понимания места каждого участника экономических отношений в единой системе координат отраслевого гражданского оборота.

Однако существует два важных принципа: недопустимость совмещения в одной организации функций органа государственного контроля (надзора) и органа сертификации, а также недопустимость ограничения конкуренции в сферах аккредитации и сертификации. Тем самым орган государственного надзора может лишь способствовать лицензиату (соискателю лицензии) сертифицировать свою деятельность по Международному стандарту ISO 9001:2000 (менеджмент систем качества). И такая помощь лицензиату (соискателю лицензии) позволяет лицензирующему органу выполнять задачи превенции правонарушений.

Следовательно, помощь лицензирующего органа лицензиату (соискателю лицензии) в построении и документировании деловых процессов является условием эффективного предотвращения возможности причинения вреда потребителю при оказании медицинских услуг.

## 2. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПУБЛИЧНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗРЕШИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ЗДРАВООХРАНИИ.

В современной российской действительности для того, для кого Положением о государственном или муниципальном органе установлена ответственность в соответствии с его компетенцией, она не наступает. Возникает значимое расхождение между ответственностью как мерой публичных правомочий в рамках модели правомерного поведения, подчиненности предписаниям и ответственностью как мерой возмездия (или принуждения в форме наказания) за последствия неисполнения или ненадлежащего исполне-

ния обязанности и (или) нарушения права.

На практике ответственность в механизме государства рассматривается как мера подотчетности, точнее, угождения вышестоящим звеньям в публичной иерархии: не столь важны реальные последствия, сколько оценка активности исполнителя на более высоком уровне. Это вопрос не соответствия предпринятого потребностям дела, а удовлетворения требований вышестоящего начальства.

Не исключение – и государственный надзор в здравоохранении. Тем самым неважно, соответствует ли разрешительная практика потребностям экономического оборота в отрасли, важно, чтобы реакция надзорных органов соответствовала бы требованиям вышестоящих органов. Решаются этим вопросы безопасности товарообмена в сфере охраны здоровья граждан или нет, тормозит ли неправильно принятая ведомственная стратегия развитие отраслевой экономики, приносит ли государственный надзор пользу участникам гражданского оборота в отрасли – значения не имеет.

Отсюда возникают вопросы ответственности государства, государственного органа и должностного лица в части государственного надзора в здравоохранении.

2.1. Ответственность государства. Государство ответственно за эффективность социальной политики в стране. И государственный надзор – один из инструментов этой политики, задачей которого является упорядочение экономического оборота в отраслях социальной сферы мерами подзаконного регулирования доступа в этот оборот добросовестных субъектов-товаропроизводителей и безопасных объектов (товаров, работ, услуг), включенных в их деятельность.

Деятельность в экономическом обороте имеет экономические последствия.

Если стратегия государственного надзора правильна, экономический оборот развивается, численность товаропроизводителей и величина товарной массы увеличивается, растет оборот капитала, удовлетворяется все больше потребностей общества в соответствующих това-

рах, работах, услугах.

Если же стратегия государственного надзора неправильна, экономический оборот не растет так, как мог бы, общество недовольно ценностью и безопасностью товаров, работ, услуг. Но тогда и ответственность должна наступать – государства, и характер этой ответственности должен быть – экономический, имущественный.

Такая ответственность государства должна выражать меру недополученного участниками экономического оборота из-за его неэффективности. Соответственно, каждый из них должен быть вправе на компенсацию своих потерь по этой причине – раздельно для хозяйствующих субъектов и граждан за соответствующий период.

2.2. Ответственность органа государственного надзора. Орган государственного надзора как элемент разрешительной системы государства призван исполнять соответствующую государственную политику.

Отклонение от нее, самовольное расширение полномочий и иные варианты недопустимой самостоятельности государственного надзорного органа сказываются на интересах поднадзорных хозяйствующих субъектах, которым этим причиняется имущественный вред.

Соответственно, каждый из них должен быть вправе на компенсацию государством своих потерь по этой причине.

2.3. Ответственность должностного лица. Должностное лицо обязано исполнять функции по должности в государственном органе, которую оно замещает.

Любое отклонение от функциональных обязанностей должностного лица органа государственного надзора содержит риск причинения имущественного вреда отдельному или отдельным поднадзорным хозяйствующим субъектам.

Соответственно, каждый из них должен быть вправе на компенсацию государством своих потерь по этой причине.

Сама возможность ответственности государства, государственного органа и должностного лица в части государственного надзора в здравоохранении за имущественный вред (реальный ущерб и упущенную

выгоду как убытки – ст.15 ГК) требует системного подхода к минимизации подобных рисков.

Это требует разработки государством концепции страхования публичной ответственности как способа распределения, возможно, крупных сумм возмещения по этим рискам, определения страхового случая и создания механизмов бесспорного удовлетворения требований по фактам причинения имущественного ущерба участникам гражданского оборота.

### 3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ РАЗРЕШИТЕЛЬНОГО ДЕЛЕГИРОВАНИЯ.

Делегирование полномочий – это передача полномочий другому лицу, которое принимает на себя ответственность за них.

По существу, делегирование полномочий строится в известной еще римскому праву парадигме перевода долга – соглашения, в силу которого одна сторона (первоначальный должник, делегант) возлагает на другую сторону (нового должника, делегата) обязанность по исполнению собственного обязательства (долг) перед третьим лицом. Это – пример частноправовых отношений, когда обе стороны соглашения представлены субъектами гражданского права.

Делегирование полномочий может происходить в сфере публичных отношений. Один субъект публичного права (Российская Федерация) может возложить на другой субъект публичного права (субъект Российской Федерации) соответствующую часть своих публичных функций.

Делегирование полномочий между субъектами публичного права может происходить и в сфере гражданских отношений, например, когда Российская Федерация приняла на себя гарантию (поручительство) по обязательствам субъекта Российской Федерации, муниципального образования либо указанные субъекты приняли на себя гарантию (поручительство) по обязательствам Российской Федерации (п.6 ст.126 ГК РФ).

Делегирование гражданско-правовых полномочий субъектом публичного права субъекту частного

права (или наоборот) также может происходить, например, когда Российская Федерация приняла на себя гарантию (поручительство) по обязательствам юридического лица либо юридическое лицо приняло на себя гарантию (поручительство) по обязательствам Российской Федерации (п.6 ст.126 ГК РФ).

Частные лица могут осуществлять функции частноправового представительства субъектов публичного права: в случаях и в порядке, предусмотренных федеральными законами, указами Президента Российской Федерации и постановлениями Правительства Российской Федерации, нормативными актами субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, по их специальному поручению от их имени могут выступать государственные органы, органы местного самоуправления, а также юридические лица и граждане (п.3 ст.125 ГК РФ).

Делегирование субъектами публичного права своих публичных функций субъектам частного права, по общему правилу, не предусмотрено, однако может быть установлено, по крайней мере, на федеральном уровне: Правительство Российской Федерации осуществляет полномочия, возложенные на него Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами Президента Российской Федерации (п/п. «ж» п.1 ст.114 Конституции РФ).

Практика делегирования публичных полномочий субъектам, не являющимся уполномоченными государственными органами, новой российской действительности известна. Так, публичными функциями наделяются, например, государственные внебюджетные фонды, не являющиеся государственными органами, и даже специализированные государственные учреждения (например, Главные управления Пенсионного фонда РФ по регионам). История вопроса в здравоохранении также хорошо известна (1, 3). Передача части публичной компетенции организациям, основанным на публичном имуществе, безусловно, порочна, но объяснима – пусть и неосведомленностью осуществляющих ее публичных орга-

нов вопреки действующей правовой доктрине.

Передача публичных полномочий субъектам частного права, основанная на собственном имуществе и не имеющая ни административной, ни иной зависимости от публичных органов, для российской действительности – прецедент.

Публичные полномочия распадаются на те, которые осуществляются в отношении самого механизма государства, и те, которые осуществляются в отношении общества (в том числе, отдельной его части, категории или группы граждан).

Понятно, что делегированы могут быть публичные полномочия в отношении общества, но не государства.

Эти полномочия могут быть делегированы организации группы граждан для осуществления в отношении этой же группы граждан и (или) в отношении неопределенного круга других лиц. Примеры известны: нотариусы, адвокаты, оценщики, арбитражные управляющие, действующие каждый на основании специального закона.

Является ли делегированием публичных полномочий организации группы граждан для осуществления в отношении этой же группы граждан и (или) в отношении неопределенного круга других лиц или это гражданско-правовая инициатива, определяется положением закона.

Если в законе содержится прямое указание на публичного исполнителя соответствующей обязанности, то она не может быть делегирована.

Если в законе содержится установление без прямого указания на публичного исполнителя, то это – вопрос последующего законодательного уточнения, а не присвоения полномочия публичным исполнителем.

Если же в законе содержится прямое указание на субъекта иного, чем публичный исполнитель, то публичный исполнитель не вправе присвоить такие полномочия, а исполнять его обязан названный закон субъект.

В российской действительности даже прямое указание закона на специального субъекта соответствующих обязанностей не исполняется,

а эти обязанности присваиваются публичным исполнителем.

Так, медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание профессиональных ассоциаций и других общественных объединений, формируемых на добровольной основе для защиты прав медицинских и фармацевтических работников, развития медицинской и фармацевтической практики, содействия научным исследованиям, решения иных вопросов, связанных с профессиональной деятельностью медицинских и фармацевтических работников. Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации принимают участие: в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм; в разработке стандартов качества медицинской помощи, федеральных программ и критериев подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников, в присвоении медицинским и фармацевтическим работникам квалификационных категорий; в соглашениях по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и деятельности фондов обязательного медицинского страхования. Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга могут проводить проверочные испытания медицинских и фармацевтических работников по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан и выдавать им соответствующий сертификат специалиста, а также вносить предложения о присвоении им квалификационных категорий (ст.62 Основ законодательства об охране здоровья граждан, далее – Основ).

Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями

профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан (абз.2 ст.54 Основ).

Врачи или провизоры, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций (абз.5 ст.54 Основ).

Работники со средним медицинским или фармацевтическим образованием, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после подтверждения своей квалификации в соответствующем учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения либо на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций (абз.6 ст.54 Основ).

Между тем все эти полномочия на протяжении всего времени действия закона (Основ) осуществляет отраслевое министерство.

Поэтому на практике делегирование публичных полномочий включает и отказ (отобрание) публичного исполнителя от неосновательно присвоенных полномочий в пользу субъектов частного права.

Возникает, как минимум, несколько вопросов: о субъекте, содержании и пределах осуществления делегированных полномочий.

3.1. Субъект делегированных полномочий.

Понятно, что таким субъектом не может быть коммерческая организация, поскольку целью ее деятельности является извлечение прибыли, чего осуществление делегированных публичных полномочий не предполагает.

Для целей осуществления делегированных государством полномочий пригодны некоммерческие организации.

Существует два типа некоммерческих организаций:

- в которой ее члены в качестве работников осуществляют предпринимательскую и иную деятельность этой некоммерческой организации;
- в которой ее члены осуществляют трудовую или предпринимательскую деятельность за ее пределами, а организация является органом консолидированного выражения их профессиональных и предпринимательских интересов и цехового упорядочения их профессионального и предпринимательского поведения вовне и внутри организации.

Очевидно, для целей осуществления делегированных государством полномочий предпочтительны некоммерческие организации второго типа, хотя и организации первого типа, если их предпринимательская деятельность направлена исключительно на решение общих задач их членов, а не отвлеченных от этого задач зарабатывания, и трудовыми отношениями они охватывают всех своих членов, также не могут быть отстранены.

3.2. Содержание делегированных полномочий.

Субъекты делегированных полномочий могут осуществлять деятельность, не касающуюся возможностей государства ограничения прав граждан в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства (п.2 ст.1 ГК).

Публичные полномочия, допустимые для делегирования, сводятся к вопросам самоограничения профессиональной или предпринимательской деятельности членов общественной группы (цеха) в интересах неопределенного круга лиц, в отношении которых осуществляется такая деятельность.

Фактически это вытекает в три основные полномочия:

- учет (регистрация) членов общественной группы (цеха);
- оценка компетенций (квалификации) членов общественной группы (цеха);
- унификация правил и требований для членов общественной группы (цеха) в условиях их добровольного им подчинения.

3.3. Пределы осуществления делегированных полномочий.

Граница между делегированными субъектам частного права публичными полномочиями и теми, которые сохраняются за субъектами публичного права, должна иметь четкую демаркацию.

Такая демаркация должна устанавливать ответственность, во-первых, субъектов публичного права за посягательства на делегированные субъектам частного права полномочия; во-вторых, субъектов частного права за ненадлежащее исполнение делегированных полномочий; в-третьих, субъектов равно публичного и частного права за недостижение преемственности (последовательности) в осуществлении каждый своих полномочий.

Равно субъекты, содержание и пределы делегированных субъектам частного права публичных полномочий должны быть определены и раскрыты в федеральном законе, содержащем последствия его несоблюдения в этой части для неопределенного круга третьих лиц, как и субъект, содержание и пределы государственного надзора за соблюдением этого закона.

Возможно, пришла пора выделить в правовой доктрине понятие частной компетенции (или компетенции субъекта частного права) при осуществлении публичных (публично-правовых) функций.

Законом это может быть оформлено двумя путями:

- как частный случай – применительно к конкретным потребностям момента совершенствования государственного надзора в здравоохранении с использованием частной инициативы;

- как общее законодательное правило в расчете на перспективу расширения явления делегирования публичных полномочий субъекту частного права в будущем также и в иных сферах деятельности.

Законодательное оформление допуска субъекта частного права к осуществлению публично-правовых полномочий возлагает на него ответственность за их осуществление, и в этой связи, очевидно, также нуждается в страховании публичной ответственности.

Таким образом, делегирование

субъекту частного права публичных полномочий ведет как к расширению группового самоуправления в обществе, так и к повышению меры ответственности делегата за наступившие последствия, снимая такую ответственность с делеганта таких полномочий.

В целом, перспектива совершенствования государственного надзора в здравоохранении заключается в развитии направляемой разрешительной системой частной инициативы эффективного предотвращения возможности причинения вреда потребителю при оказании медицинских услуг, частноправовых механизмов минимизации последствий пороков публичной разрешительной системы (страхования публичной ответственности) и делегирования субъектам частного права таких публичных полномочий, как учет (регистрация), оценка компетенций (квалификации) персональных и унификация для них правил и требований в их деятельности в отношении потребителей.

Используемые источники:

1. Родин О.В. Органы управления здравоохранением в имущественных отношениях: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2004.
2. Стародубов В.И., Иванников Н.Ю., Иванов А.В., Тихомиров А.В. Совершенствование регулирования качества корпоративного управления в здравоохранении. //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 3. - С.28-34.
3. Тихомиров А.В. Управление учреждениями здравоохранения в отношениях собственности: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003.
4. Тихомиров А.В. Основы процессного построения медицинского бизнеса. //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 3. – С.33-39.
5. Тихомиров А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – М., 2008.

### 3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Организация практического здравоохранения включает медицинские, политические, экономические, юридические, социальные, административные и иные аспекты. Таким образом, проблемная область организации здравоохранения значительно шире, проблематики источников и способов финансирования здравоохранения и оплаты медицинских услуг. Однако следует признать, что механизм финансирования оказывает значительное влияние на организацию здравоохранения. Справедливо также обратное.

Принцип всеобщей доступности бесплатной медицинской помощи – это идеологическая метафора, которая не может служить ориентиром для экономической политики в области здравоохранения, тем более целью практической организации здравоохранения.

Безусловно, экономические законы не столь убедительны и наглядны как законы природы. Тем не менее, государственные финансы являются предельно конкретной областью. Поскольку финансовая система отражает существующие в обществе в целом и в государстве в частности ресурсы, то объем государственных гарантий, напрямую зависит от уровня экономического развития страны, доступных для распределения благ. При этом механизм распределения благ в обществе оказывает существенное влияние на эффективность воспроизводства благ, приумножение благосостояние граждан или приводя к упадку экономики.

Постепенно приходит осознание необходимости перехода от принципа всеобщей доступности бесплатного получения медицинской помощи к принципу предоставления медицинской помощи определенного уровня и объема, обеспеченной при этом конкретным целевым источником финансирования.

Трудность восприятия медицинской помощи в составе медицинской услуги в качестве товара, связана, в том числе, с существующей организацией здравоохранения и идеологической установкой, закреплен-

# ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭКОНОМИКА ПУБЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (продолжение)

Рассматривается организация и экономика публичного здравоохранения, государственная идеология в сфере здравоохранения, механизмы финансирования и организация медицинской помощи населению

Ключевые слова: здравоохранение, государственное финансирование, организация медицинской помощи

ной в Конституции РФ. Очевидно, что, с точки зрения товарооборота, медицинская услуга – это воздействие на организм человека с целью улучшения самочувствия, сохранения жизни и здоровья конкретного гражданина, являющееся для него частным благом. С другой стороны, средняя продолжительность жизни, состояние здоровья нации воспринимаются в качестве общественного блага, о котором должно заботиться государство. Отсюда возникает вопрос о сущности отноше-

ний в здравоохранении, как известно, общественные блага не имеют товарной формы.

Сторонники концепции общественных благ в здравоохранении (6, С.12) определяют, что «социально-экономическая эффективность системы здравоохранения отражает совокупность взаимосвязей между затратами экономических ресурсов и удовлетворением общественных потребностей.

Социальный эффект – сохранение жизни, физического и мораль-

ного здоровья человека, сокращение болезненных состояний, степени тяжести болезни. Социальная эффективность измеряется предотвращенным социальным ущербом, т.е. предупреждением преждевременной смертности, инвалидности, снижением заболеваемости.

Таким образом, экономический эффект – сохранение возможности трудиться, вносить вклад в экономическое развитие страны. Экономическая эффективность выражается в соответствии объемов финансирования здравоохранения и объемов потребления медицинской помощи.

Понятнейшие аспекты категории «социально-экономическая эффективность подсистемы здравоохранения» включают: медицинскую эффективность; социальную эффективность; экономическую эффективность.

Конечным целевым результатом функционирования подсистемы здравоохранения микроэкономического уровня, безусловно, является здоровье пациентов. В связи с проблематичностью измерения категории «здоровье» при оценивании целевой эффективности медицинских систем традиционно выделяют три категории, подлежащие анализу: ресурсы, процесс и результативность медицинской помощи.

Результативность медицинской помощи – степень достижения цели медицинской помощи, ее ожидаемого объективного итога (медицинская эффективность) и степень субъективной удовлетворенности пациента медицинской помощью (социально-психологическая эффективность).

Исходя из сказанного, при оценивании социально-экономической эффективности ЛПУ целесообразно анализировать уровень развития материально-технической базы ЛПУ, наличие эффективных медицинских технологий, квалификацию медицинского персонала, соответствие оказываемой медицинской помощи существующим медико-экономическим стандартам, а также доступность медицинской помощи для пациентов.

Управление социально-экономической эффективностью подсистемы здравоохранения позволяет определять стратегические цели, обусловленные приори-

тетами государственной социально-экономической политики, а затем оценивать эффективность деятельности по отношению к этим целям и управлять процессом их достижения».

На наш взгляд, медицинскую эффективность применительно к здоровью конкретного человека оценить сложно, это признают и сторонники концепции общественных благ. Следовательно, оценка степени влияния здравоохранения на здоровье нации является еще более проблематичной. Отказ от рассмотрения медицинской помощи в товарной форме, в виде услуги, приводит к необходимости косвенной оценки экономической эффективности, поиску показателей, прямо не отражающих уровень удельных затрат или дохода. Показатели на основе уровня развития материально-технической базы, квалификации медицинского персонала и т.п. традиционно применялись в плановой бюджетной экономике и стимулировали экстенсивное развитие отрасли.

Можно сделать вывод о том, что оценка эффективности деятельности ЛПУ на основе достижения целей социально-экономической политики в сфере здравоохранения не позволяет сформулировать четкие экономические критерии эффективности, стимулирующие воспроизводство капитала в сфере здравоохранения.

Аналогичный подход излагается в исследовании проблем муниципального здравоохранения (2, С.16): «муниципальное здравоохранение – это система социально-экономических отношений в сфере охраны здоровья населения на территории муниципального образования, обеспечивающая доступность гарантированного объема медико-социальной помощи населению, развитие медицинских учреждений различных форм собственности в интересах жителей местного сообщества. Социально-экономические отношения в сфере здравоохранения на уровне муниципального образования должны носить преимущественно рыночный характер». На наш взгляд, такая предпосылка отражает действительное положение дел. На муниципальные органы управления здравоохра-

нением возложены двойственные функции: управление муниципальными учреждениями и сферой охраны здоровья на своей территории; от них требуется экономическая эффективность в деятельности учреждений и социальная эффективность в отношении доступности медицинской помощи для населения. Однако, на наш взгляд, именно это положение дел, законодательное закрепление и научное обоснование существующей ситуации предопределяет результат муниципального здравоохранения, а также выводы исследователя, построенные на данной предпосылке.

Органы управления здравоохранением действуют от имени государства или муниципальных образований. Для этого они наделены соответствующими полномочиями. Однако если в советский период функции управления они осуществляли в порядке руководства учреждениями здравоохранения, то в настоящее время наряду с учреждениями здравоохранения появились частные организации, недоступные их руководству и подчиненные только требованиям закона. В настоящее время созрели условия для того, чтобы признать, что функции управления, осуществляемые ими в порядке руководства даже лишь учреждениями здравоохранения, оказываются неэффективными, а потому не составляют предмет управления. Предметом управления здравоохранением в настоящее время являются денежные средства государственной или муниципальной казны, предназначенные на охрану здоровья граждан (7).

При этом, как показывает практика и мировой опыт, свободу распоряжения средствами государственного бюджета целесообразно ограничить рамками закона. Отсюда вытекает, что место органов управления здравоохранением в современной системе экономических отношений является призрачным, если привести их роль в соответствие с потребностями общества в товарной организации экономики.

Л.И. Васильцова (2, С.35) приходит к следующим выводам: «при измерении конечного результата существует общая проблема поиска системы показателей, которые

трудно разделить на социальные и экономические эффекты. Они взаимно дополняют друг друга, создают мультипликационный эффект. Влияние факторов, обеспечивающих эффект, также трудно разграничить и вычленил с точки зрения медицинских или экономических аспектов». На наш взгляд, сложность с измерением медицинских, социальных и экономических показателей эффективности в данной модели не позволяет оценить мультипликационный эффект.

Предлагается (2, С.36) «новый подход к оценке социально-экономической эффективности с помощью введения в измерительную концепцию понятия «доступность медицинской помощи», имеющую медицинский, социальный, экономический смысл. Доступность медицинской помощи, по мнению автора, зависит от ее ассортимента, времени получения и стоимости. Совпадение всех элементов триады возможно для ограниченного круга лиц, располагающих высокими доходами. Остальное население испытывает реальные ограничения. Снижение ограничений возможно за счет государственных инвестиций, страховых взносов, софинансирования населения». На наш взгляд, доступность медицинской помощи характеризует социальную эффективность. Основным критерием эффективности организации здра-

воохранения. Если первые осуществляют деятельность с результатом, не имеющим товарной формы, то вторые – с результатом, имеющим форму товара (медицинской услуги). Тем самым в рамках государственного и муниципального здравоохранения осуществляется как государственное и муниципальное управление здравоохранением, так и деятельность экономического характера. Но если государственные и муниципальные органы управления здравоохранением преследуют социально-политические интересы государства, то государственные и муниципальные учреждения здравоохранения при осуществлении деятельности товаропроизводителей на эти интересы ориентированы быть не могут. Следование их этим интересам влечет неизбежную имущественную несостоятельность. Соответствующие характеру их деятельности интересы заключаются в извлечении доходов от реализации медицинских услуг (7). В данном случае уместно упомянуть об «экономическом базисе» и «политической надстройке». Экономическим базисом, безусловно, является экономическое и технологическое развитие отрасли в целом и каждого производителя медицинских услуг в частности, включая возможности для расширенного воспроизводства капиталов в отрасли. Данные показатели поддаются объективной

ны расходовать эти доходы по установленным нормативам под контролем плательщика. Они должны соблюдать нормы расходования по учетным статьям сметы доходов и расходов. Нормативное распределение доходов лишает деятельность учреждений здравоохранения самостоятельности и стимула к воспроизводству. Такая ситуация является следствием отождествления принадлежности имущества и доходов учреждений здравоохранения.

Для исправления ситуации предлагаются различные подходы. Одновременно с переводом учреждений здравоохранения на финансирование деятельности только из обязательственных источников следует прекратить нормирование их внутриорганизационного распределения доходов (7).

Л.И. Васильцова (2, С.15), разграничивая медицинскую помощь и медицинскую услугу, указывает, что «воспроизводственная функция здравоохранения связана, прежде всего, с оказанием медицинской помощи».

Медицинская услуга является категорией рыночных отношений в здравоохранении. Медицинская помощь как компонент сферы охраны здоровья населения отражает и ответственность общества и государства за важнейший ресурс – здоровье населения, воспроизводство человеческих ресурсов. Медицинская услуга как первичный элемент медицинской помощи может рассматриваться с точки зрения коллективных и индивидуальных интересов потребителей.

Двойственный характер медицинской услуги определяет два вектора развития здравоохранения. Первый вектор отражает позицию здравоохранения в системе воспроизводства населения и общественных благ, второй – его развитие по законам рыночной экономики».

По нашему мнению, противопоставление медицинской помощи и медицинской услуги порождает двойные стандарты в оценке экономической эффективности здравоохранения и разнонаправленные ориентиры для развития отрасли. На наш взгляд, медицинская помощь является содержанием медицинской услуги, которая в свою очередь

### Медицинская услуга является категорией рыночных отношений в здравоохранении.

воохранения является снижение себестоимости медицинских услуг, сопоставимых по качеству и безопасности, по отрасли в целом.

Социально-экономическая политика и экономика предприятия – суть разные вещи. Прежде всего, в государственном и муниципальном здравоохранении оказались объединены и государственные и муниципальные органы управления здравоохранением, и государственные и муниципальные учреждения

оценке. Без решения сугубо экономических проблем отрасли не представляется возможным решать социально-политические задачи, возлагаемые на здравоохранение обществом.

Получая доходы от реализации медицинских услуг, учреждения здравоохранения не должны их обратить на цели воспроизводства так, как это необходимо им. Они должны содержать предусмотренный нормативами штат. Они долж-

является формой товарных отношений в здравоохранении.

Формула товарооборота подразумевает в качестве компонента прибыль, которая является стимулом для экономической эффективности и источником расширенного воспроизводства. Однако наличие прибыли в здравоохранении оценивается неоднозначно. «За счет предпринимательской деятельности обновляются медицинские технологии, разрабатываются новые виды оборудования, оказываются уникальные медицинские услуги. По мнению автора, предпринимательскую деятельность неправомерно отождествлять с оказанием платных услуг населению, необходимо разграничить предпринимательство и коммерческий бизнес в здравоохранении. Во-первых, они имеют различные цели. Целью коммерческого бизнеса является прибыль, которая не ограничивается жесткой нормой. В сфере охраны, укрепления и поддержания здоровья извлечение прибыли в условиях низкого качества жизни населения, высокой смертности и низкой рождаемости противоречит общественной значимости медицинских услуг. Во-вторых, предпринимательство в здравоохранении связывается с реализацией интеллектуального потенциала. Критериями разграничения предпринимательства и коммерческого бизнеса могут служить цели производства услуг, способы их ценообразования, методы ресурсообеспеченности, социальная ответственность предпринимателей» (2, С.31).

На наш взгляд, следует разделять предпринимательство и профессиональные достижения в области науки, техники, медицины и т.д. Предпринимательство – это внедрение результатов научно-технического и социального прогресса в процесс товарообмена с целью повышения нормы прибыли бизнеса за счет экономии ресурсов и / или повышения дохода (объема или ценности выпускаемых частных благ). Предпринимательство сопряжено с риском и требует значительных усилий, а потому нуждается в мотивации, коей является потребность и возможность получения прибыли. Предпринимательство в бюджетной сфере невозможно из-за

риска и не востребовано, поскольку финансирование осуществляется из бюджета, а не за счет прибыли. Предпринимательство может быть не востребовано в бизнесе в случае локальной монополии или несправедливых конкурентных преимуществ, за счет которых обеспечивается уровень прибыли, достаточный для существования бизнеса. Таким образом, прибыль в здравоохранении противоречит общественным интересам в следующих случаях:

позволяющей судить о разрушении вертикали управления. Управления здравоохранением крупных городов проводили автономную политику реформирования муниципальных систем (2, С.26).

По выводам, озвученным в ходе Государственного совета в 2003 г.:

Прогрессивные страховые механизмы финансирования здравоохранения при консервативных способах управления здравоохранением не могут реализоваться.

### Прогрессивные страховые механизмы финансирования здравоохранения при консервативных способах управления здравоохранением не могут реализоваться.

во-первых, если она не направляется на расширенное воспроизводство капиталов именно в здравоохранении, то есть происходит отток капитала из отрасли; во-вторых, когда прибыль формируется за счет несправедливых конкурентных преимуществ, то есть уровень прибыли не может служить мерой эффективности предпринимательской деятельности.

Для того чтобы поставить диагноз, необходимо идентифицировать существующие в организации практического здравоохранения проблемы. Здравоохранение перестало быть централизованным государственным институтом, расплавшись по имущественной принадлежности учреждений здравоохранения федеральному, региональному и муниципальному уровню. Децентрализация усугубилась разделением уровней финансирования учреждений здравоохранения, что привело к неудовлетворительной координации действий различных субъектов системы управления и финансирования здравоохранения при сохранении общего принципа государственности здравоохранения.

Ситуация характеризуется разобщением органов управления медицинскими учреждениями областного и городского подчинения, особенно учреждениями ведомственной медицины, слабой координацией деятельности руководителей систем,

не оправдались также надежды, что введение системы страхования позволит в короткие сроки повысить эффективность системы здравоохранения за счет конкуренции между медицинскими организациями. Это обусловлено тем, что исторически сеть учреждений здравоохранения формировалась на основе принципов построения системы по уровням предоставления медицинской помощи и исключения дублирования.

С формальной точки зрения, введение страхования способствовало созданию института прав пациента потребителя медицинской помощи (3, С.59).

Фактически, по данным И.В.Новокрещенова и соавт., большинство пациентов не осведомлены о своих правах. К числу наиболее часто встречающихся нарушений авторы относят: необоснованный отказ в оказании медицинской помощи, – 34,6%; оказание некачественной медицинской помощи – 36,4%; необоснованное взимание или требование платы за лечение – 37,0% (5, С.71).

По данным А.Т. Алдарова и соавт. - по мнению 66% анкетированных, в рамках существующей правовой системы невозможно в достаточной мере обеспечить и защитить свои права пациента; необходимы дополнительные организационно-административные меры для решения этой сложной проблемы (1,

С.49).

А.В. Иванов и А.В. Тихомиров делают вывод о том, что в отношении здравоохранения общество, т.е. потребительская среда, также нуждается в организации (4, С.28).

В организации нуждается также сообщество производителей медицинских услуг. Имеющиеся медицинские общественные организации раздроблены, малочисленны (3, С.53).

В качестве примеров решений, выходящих за рамки существующей организации системы, основанных на принципе товарообмена в здравоохранении можно указать следующие подходы.

Государство – не единственный способ организации общества. Существуют общественные институты, имеющие влияние на государство (политические партии, общественные и религиозные организации и др.) (4, С.27).

Структура собственности хозяйствующих субъектов, находящая свое отражение в организационно-правовой форме, оказывает решающее значение на организацию здравоохранения. В современной России на долю государства приходится 90% оборота медицинских услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, эта часть оборота медицинских услуг по-прежнему жестко нормируется государством.

Практическое здравоохранение, представленное бюджетными учреждениями здравоохранения, находится в административном подчинении органов управления здравоохранения, не обладая качествами самостоятельных хозяйствующих субъектов. Сохранение учреждений рассматривается государством в качестве гарантии управляемости системы здравоохранения. Государство не овладело рыночными рычагами, поэтому в арсенале государственного регулирования используется преимущественно административный ресурс, базирующийся на государственном имуществе в составе учреждений.

Социально-ориентированная рыночная реформа (модернизация) здравоохранения (8) предполагает бесприватизационную партикуляризацию учреждений здравоохра-

нения как способ индустриальной трансформации ведомственного практического звена отрасли (превращения его в институт товаропроизводителей) наряду с банковской трансформацией системы обязательного медицинского страхования и отраслевых публичных институтов в целом.

Выводы:

1. Принцип нетоварной организации здравоохранения не позволяет сформулировать четкие критерии экономической эффективности. Государственное управление здравоохранением при нетоварной организации отрасли концентрируется на проблеме содержания имущественного комплекса.

2. Попытки развития здравоохранения в существующих рамках лечебно-профилактических учреждений обречены на провал, точно также как использование вместо объективных критериев дохода и прибыли, косвенных показателей обеспеченности ресурсами; также как попытка определения предпринимательства без риска.

3. В настоящее время консервация организации здравоохранения обусловлена в первую очередь тем, что государство не овладело рыночными способами регулирования отрасли, обеспечивающими ее развитие. Сохранение государственной собственности в виде ЛПУ рассматривается в качестве гарантии управляемости отрасли на основе административных методов.

В целом, в отношении существующей отечественной организации и экономики публичного здравоохранения можно сделать следующие обобщения:

- в настоящее время отечественное здравоохранение лишено той определенности политики, которая была ему присуща в советское время;

- финансирование здравоохранения организовано таким образом, что до практического звена средства доходят по остаточному принципу, осваиваясь – в том числе, в порядке коррупции – на уровнях здравоохранительной бюрократии;

- практическое здравоохранение, представленное бюджетными учреждениями здравоохранения, находится в административном под-

чинении органов управления здравоохранением, не обладая качествами самостоятельных хозяйствующих субъектов.

Использованные источники:

1. Алдаров А.Т., Егоркина Т.Н., Воробьев А.И. Информационное обеспечение обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения - 1996. - № 6-7. - С. 48-50.

2. Васильцова Л.И. Теоретико-методологические и прикладные аспекты организационно-экономической парадигмы развития муниципального здравоохранения: Автореф. дисс. ... докт. экон. наук. – Екатеринбург, 2005.

3. Заседание президиума Государственного совета № 28 «О развитии обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» 2 апреля 2003 года. Приложения к докладу «О развитии медицинского страхования в РФ» // <http://www.kremlin.ru/text/stcdocs/2003/04/44254.shtml> - 2003.

4. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Современное состояние организации отечественного здравоохранения // Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. – С.23-29.

5. Новокрещенов И.В., Захаров И.А., Захарова Е.А. и др. Основные механизмы обеспечения прав пациентов (застрахованных) при оказании медицинской помощи // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. - 1998. - № 1. - С.70-73.

6. Олесов А.Е. Методологические основы управления социально-экономической эффективностью подсистем государственного здравоохранения: Автореф. дисс. ... докт. экон. наук. – СПб., 2009.

7. Тихомиров А.В. Отправные начала идеологии реформирования здравоохранения // Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 1. - с.3-8.

8. Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. – М.: ЮрИнфоЗдрав, 2007. – 234 с.; Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М.: 2008.

**Д**оговорная практика отношений исполнителя медицинских услуг с заказчиком за годы, прошедшие со времени вступления в действие Гражданского кодекса, устоялась, но отнюдь не стала осознанной необходимостью для обоих, воспринимаясь досадной вынужденной формальностью.

Действительно, пациенту в большинстве случаев договор не нужен. Не наличие или отсутствие договора, а факт причинения ущерба для него является достаточным основанием для защиты нарушенного права – так же, как при любом ином посягательстве на здоровье: в дорожно-транспортном происшествии, при побоях, истязаниях, разбое и т.д.

Не врач от своего лица и не по поводу медицинской помощи – и не с пациентом, а хозяйствующий субъект в связи с оказанием медицинской услуги заключает договор с заказчиком.

Следует особо подчеркнуть: нужно различать правовое положение субъектов вне и в рамках договорных отношений. Хозяйствующий субъект лишь в соответствующих договорных отношениях с потребителем становится исполнителем услуг, а потребитель – их получателем. Но хозяйствующий субъект может и продавать товары, а потребитель – покупать их, и тогда первый будет выступать продавцом, а второй – покупателем. Равным образом, если это договор в пользу третьего лица, то сторона заказчика будет представлена не совпадающими в одном лице получателем услуг и плательщиком за них в пользу получателя.

Существующая практика договорных отношений хозяйствующих субъектов с заказчиком в связи с оказанием медицинских услуг демонстрирует ряд очевидных уязвимостей, которые при инициации спора прямо ведут к перспективе его разрешения в судебном порядке.

Лишь некоторые недовольные пациенты в настоящее время направляют претензию. В большинстве случаев они просто обращаются в суд, о чем медицинская организация как исполнитель медицинских

# УЯЗВИМОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ДОГОВОРА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Показано, что существующая в медицинских организациях договорная практика далека от совершенства

Ключевые слова: договорная практика, оказание медицинских услуг

услуг узнает из искового заявления и судебной повестки.

Договор может страдать различными пороками, обуславливающими его уязвимости в отношениях с недовольными пациентами, некоторые из которых попросту задаются целью через суд оправдать потраченные на оказанные медицинские услуги средства и получить что-то сверх того (то, что, собственно, и называется потребителем экстремизмом).

Такие пороки могут касаться содержания, структуры, оформления и т.д. договора – договора о возмездном оказании медицинских услуг в целом, договора об их оплате, добровольного информированного согласия или их отдельных частей.

В настоящей работе рассматриваются уязвимости содержания договора в общем виде, не останавливаясь на частностях, хотя бы и значимых. Такими уязвимостями можно считать пороки определения, измерения и оценки медицинской услуги; раскрытия потребительской ценности медицинской услуги; демонстрации соответствия цены медицинской услуги ее потребительской ценности; формулирования условий безопасности медицинской услуги; установление степени информированности пациента; определения недостатка медицинской услуги; использования различных унификатов в договоре и др.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ИЗМЕРЕНИЕ И ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ.

Приобретается только определен-

ный продукт, в характеристиках которого можно удостовериться. Материализованный товар или изделие можно осмотреть, при необходимости протестировать, убедиться, что он подходит для соответствующих нужд (например, по размеру, цвету, дизайну и т.д.).

Иное дело – услуги. Это товар, не имеющий материального воплощения. Судить можно только о той выгоде (пользе), которую сулит его приобретение. Но и обмануться в

потенциал услуги, определяет услугу в качестве товара. Так же – и медицинские услуги. В отличие от материализованного товара, который в товарообороте может не участвовать, услуги не подлежат хранению: они производятся одновременно с их потреблением. Без договора невозможно включение услуг в товарооборот. И, в отличие от материализованного товара на складе, задачей договора является создание нематериализованного товара в

требующей опоры на медицинскую специфику.

Оплате подлежит товар с известными приобретателю характеристиками. Соответственно, в товарной части медицинская услуга, чтобы подлежать оплате, должна обладать понятными для заказчика параметрами. Эти параметры должны быть ей приданы договором, в силу которого она возникает. Договору надлежит достигнуть такой определенности медицинской услуги в качестве товара потребительского назначения, которая позволяет измерить ее в целом и в отдельных частностях. Только в этом случае становится возможным дать ей оценку, во-первых, в качестве продукта производства; во-вторых, мерой исполнения договорных обязательств; в-третьих, в денежном выражении<sup>1</sup>.

В этом смысле важно, что при оказании ряда медицинских услуг каждая из них нуждается в таком обособлении (естественном, а не искусственном) друг от друга, чтобы любая была доступна определению, измерению и оценке отдельно от остальных.

## 2. ПОТРЕБИТЕЛЬСКАЯ ЦЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ.

Заказчик приобретает товар не ради его цены, а для удовлетворения конкретных потребительских нужд. Если товар оплачивается третьим лицом в пользу потребителя, то опять же – не из-за цены, а из-за той пользы для потребителя, которую товар имеет, точнее, которую в нем усматривает потребитель (потребитель, а не покупатель). Именно эта потенциальная польза товара определяет его ценность для потребителя.

Потребительская ценность часто отождествляется с качеством товара. Однако если в отношении материализованного товара или изделия характеристики качества понятны и близки потребителю, то в отношении характеристик качества нематериализованного товара (услуг) потребителю убедиться невозможно. Он может лишь сравнивать ожидаемые выгоды и полученные в результате оказания услуг. Чем меньше рас-

### Услуги – то товар, не имеющий материального воплощения.

ожиданиях легче.

Медицинские услуги оказываются, кроме того, с ограничениями, не зависящими от воли их исполнителя и заказчика. Такие ограничения возникают объективно – в силу многовекового опыта существования медицины. Тем самым мера свободы усмотрения исполнителя и заказчика медицинских услуг связана этими ограничениями. На них не распространяется свобода договора (ст.421 ГК) – в той мере, в какой оказание медицинской помощи подчиняется правилам медицины, а не юридическим правилам, в том числе – о защите прав потребителей.

И тем не менее существует свобода усмотрения сторон в отношении всего того в медицинской услуге, что не является медицинской помощью. Именно товарная составляющая медицинской услуги подлежит оплате.

Что товарного в медицинской услуге, должно быть установлено договором. Ведь если в ее составе одна часть (медицинская помощь) товаром не является, то должно быть определено явным образом в юридически корректной форме, за что производится оплата. Следовательно, отделение медицинской помощи и потребительского обслуживания при ее оказании – задача договора.

Услуга возникает из договора – без договора нет услуги. Именно договор актуализирует товарный

форме услуги.

Услуга должна приобрести в представлении заказчика такой же вполне определенный вид, как и товар в натуре. Должно быть понятно, в какой момент услуга начинается и в какой – заканчивается, что составляет содержание услуги (действия, деятельность – ст.779 ГК) и в каком объеме это содержание реализуется при ее оказании.

Не исключение и медицинская услуга. Заказчику вовсе не обязательно понимать медицинские технологии, чтобы осознать, за что он платит деньги. На практике в подавляющем большинстве ему в лучшем случае сообщается, в чем состоит медицинская помощь, т.е. профессиональное пособие, не подверженное потребительским предпочтениям и не зависящее от оплаты, но ни слова – о потребителем обслуживании, т.е. о том, что является товарной составляющей медицинской услуги (сервис, ресурсы, бренд) и что, собственно, подлежит оплате и зависит от ее размера. Иными словами, то, что в составе медицинской услуги товаром не является и доступно пониманию при наличии специальных познаний, связывается с тем, сколько стоит то, что в ее составе товаром является, и характеристика чего в договорных отношениях просто опускается вместо того, чтобы быть продемонстрированным заказчику с исчерпывающей ясностью, не

<sup>1</sup> Иначе невозможно составление сметы на оказание услуги, предусмотренной договором, что по требованию потребителя является обязательным (ст.33 Закона РФ «О защите прав потребителей»)

хождение между ожиданиями и полученными от услуги выгодами, тем выше реальная потребительская ценность услуг. Потенциальная ценность услуг, учитывая такие их общие свойства, как неосвязаемость и изменчивость, едва ли может служить твердым ориентиром для потребителя. Либо ему самому удастся удостовериться в той реальной ценности, которую несет услуга, либо он пользуется общественным мнением о ней.

Это – не вопрос качества. Качество – это заранее известные неизменные параметры товара. В отношении же услуг – это получаемое в результате нематериальное (в том числе с использованием материальных объектов) благо в качестве добросовестно ожидаемой ценности (например, устранение неисправности работоспособного механизма).

Ценность медицинских услуг двоякая. Прежде всего, это – благо для биологического объекта, организма, выражающееся в пользе для здоровья. Это также – благо для социального бытия получателя, той или иной степени избавление от неудобств, сопутствующих получению медицинской помощи в составе медицинской услуги. Действительно, нахождение в отдельной палате с обеспеченной инфраструктурой пребывания (телевизор, кондиционер, телефон, душ, туалет и пр.), с регулярной сменой белья и питанием с широким рационом, быстрое обследование и полноценное ведение высококвалифицированным медицинским персоналом, заинтересованным в эффективности лечения, с применением действенных средств и современной аппаратуры, и все это – в именитом заведении лучше, чем медицинская помощь в больнице в аварийном состоянии в условиях скученности, нехватки всего и вся, безразличным и недружелюбным медперсоналом. Хотя бы медицинская помощь в обоих случаях оказывается одинаковых характеристик, но с разным комфортом, и являющимся предметом оплаты, соответствующим потребительской ценности медицинской услуги.

Потребительская ценность – это характеристика медицинской услуги, а не медицинской помощи, которая товаром не является. Меди-

цинская помощь потребительскими характеристиками не обладает, в том числе и характеристиками качества. Можно говорить об уровне (поскольку состав подручных средств является переменным), но не о качестве медицинской помощи: либо она оказывается в соответствии с правилами медицины, либо – с отклонениями от этих правил, даже если использованы самые совершенные вспомогательные средства, и тогда это – вопрос безопасности, а не качества медицинской помощи.

Качество – это категория потребительских предпочтений. Понятно, что на медицинскую помощь потребительские предпочтения не распространяются, чтобы говорить о качестве. Качество услуг (в том числе медицинских) не подлежит публичному администрированию, чтобы кто-либо мог быть уполномочен на проведение административных проверок их качества, соблюдения качества или обеспечения качества. Любого рода административные установления по этому поводу несостоятельны, нежизнеспособны и противоправны в той мере, в какой правовым законом не могут быть раскрыты характеристики качества медицинских услуг и контроля качества медицинских услуг.

Медицинская помощь оказывается по одним (медицинским), а медицинская услуга – по другим (юридическим) правилам. Потребительская ценность – это характеристика медицинской услуги, коррелирующая размеру ее оплаты. Понятие потребительской ценности (тем более – качества) не распространяется на медицинскую помощь, поскольку она не определяется потребительскими предпочтениями. Потребительская ценность медицинской услуги (ее товарной составляющей – потребительского обслуживания) должна быть раскрыта и отражена в договоре.

### 3. СООТВЕТВИЕ ЦЕНЫ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ ЕЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЙ ЦЕННОСТИ.

Цена медицинской услуги является денежным выражением ее потребительской ценности. И это не вопрос прибавленной стоимости, точнее, ее соразмерности себестоимости медицинской услуги. При одних и тех же накладных расходах прибав-

ленная стоимость может разниться в широких пределах. Но в общем размере цена медицинской услуги должна быть сопоставима с потребительской ценностью.

Если потребительская ценность медицинской услуги низкая, а себестоимость – высокая, такая медицинская услуга обладает низкой ликвидностью и ее производство является рисковым с опасностью несостоятельности производителя за отсутствием должного спроса.

Напротив, если потребительская ценность медицинской услуги высокая, а себестоимость – низкая, она является высоколиквидной, обеспечивая производителю высокую норму прибыли, которая может быть обращена на расширенное воспроизводство через реинвестирование осуществляемой деятельности.

Следовательно, в интересах производителя – стремиться к снижению себестоимости высоколиквидных медицинских услуг.

Снижение себестоимости медицинских услуг возможно практически лишь через централизованные механизмы. Наиболее емкие статьи затрат – это арендная плата и налоги: в большинстве случаев размещение производства медицинских услуг происходит на арендуемых площадях, а налоги для производства медицинских услуг – те же, что и в реальном секторе экономики.

Аппаратура и другая медицинская техника является, безусловно, существенной статьей расходов, и приобретать ее в собственности опрочметливо, поскольку ее ликвидность резко падает сразу после приобретения, а морально устаревает она значительно ранее физической амортизации, чтобы оправдать цену ее приобретения. Но ее можно взять в аренду. Поэтому аренда площадей и средств производства для оказания медицинских услуг на практике является предпочтительной и наиболее частой.

Предоставление объектов в аренду производителям медицинских услуг – в интересах плательщиков, частных и публичных (государства). Например, в Грузии больницы строят страховые организации<sup>2</sup>. Это вполне объяснимо: плательщики заинтере-

<sup>2</sup> Страховые компании приступают к строительству больниц в начале августа - <http://bizzone.info/health/2010/127731320.php>

сованы в минимизации цены оплачиваемых ими медицинских услуг, что позволяет сделать влияние на себестоимость их производства.

Что касается налогов, то это дело государства – отделить режимы налогообложения тех хозяйствующих субъектов, которые осуществляют деятельность в гражданском обороте социальной сферы и в реальном секторе экономики. Снижение налоговой нагрузки также позволит снизить себестоимость производства медицинских услуг.

А чтобы медицинские услуги были высоколиквидными, необходимо знать, какой их потребительской ценностью руководствуется заказчик, будучи готов за них заплатить. В этом и состоит выражение современной максимы маркетинга: не продавать то, что производится, а производить то, что покупается. Потребительская ценность детерминирует цену медицинских услуг – не себестоимость, не конъюнктура незрелого рынка и не любой иной фактор.

В этом смысле так, как они реализуются в настоящее время, медицинские услуги пользуются каким-то спросом ровно до тех пор, пока не найдутся производители, вместо не определяющей ничего и непонятной для потребителя медицинской терминологии предлагающие продукт, основанный на внятной демонстрации потребительской ценности.

тивном случае получается, что платательщик платит за одно, а получатель рассчитывает в счет этой оплаты получить совсем другое. Возникает конфликт, крайним в котором оказывается исполнитель медицинских услуг. Отсюда в интересах медицинской организации – выразить для плательщика в договоре соразмерность потребительской ценности как предмета оплаты и цены медицинской услуги.

Именно из представлений о несоответственности оказанного и полученного возникают споры с обращением к законодательству о защите прав потребителей. Тогда, когда ожидания получателя медицинской услуги о ее потребительской ценности не оправдались, возникает желание вернуть несоразмерно потраченные деньги.

#### 4. БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ.

Пожалуй, менее всего в существующей практике оказывается покрыта договором безопасность оказания медицинских услуг. Между тем, именно из нарушений безопасности – причинения вреда или, точнее, того, что, по мнению получателя медицинской услуги, таковым является, возникают споры, ведущие в суд.

В действительности безопасность товаров, работ, услуг, тем более потребительского назначения – предмет охвата федеральным зако-

шинстве случаев они доверяются судебно-медицинской экспертизе. А современная теория судебно-медицинской экспертизы по медицинским делам в гражданском процессе не сложилась. Обычно судмедэксперты по такого рода специальным гражданским делам используют общие наработки уголовного процесса. В результате в судебной практике по сходным спорам и заключения судебно-медицинской экспертизы, и судебные решения оказываются зачастую противоположными.

Отсюда единственный выход – создание внутриорганизационных установлений о безопасности медицинских услуг, способных играть соответствующую роль в случае возможного спора в суде.

Учитывая товарно-нетоварную двойственность медицинских услуг, следует различать в ее составе безопасность медицинской помощи и потребительского обслуживания. Иными словами, безопасность целенаправленного воздействия на здоровье при профессиональном медицинском пособии и безопасность случайного причинения телесных повреждений при сопутствующем обслуживании различаются, и потому по-разному должны определяться в договоре.

Без телесных повреждений медицинская помощь (а потому – и медицинская услуга) оказываться не может. Любое консервативное лечение, а тем более хирургическое, оказывает благотворное влияние на здоровье ценной его умаления (побочные действия лекарств, осложнения оперативного вмешательства и пр.). Различаются: неизбежные повреждения, без которых медицинское пособие оказано быть не может (например, доступ к патологическому очагу); допустимые (осложнения и прочие сопутствующие эффекты) и недопустимые (отклонения от признанных медициной технологий).

Понятно, что таких допусков медицинской помощи лишено потребительское обслуживание при оказании медицинской услуги. Например, удар электрическим током при случайном касании пациентом оголенных проводов под напряжением или случайное ранение осколками разбившегося оконного стекла при получении медицинских услуг – это

### **В действительности безопасность товаров, работ, услуг, тем более потребительского назначения – предмет охвата федеральным законодательством. Однако здравоохранение в части оказания медицинских услуг в настоящее время выведено из-под действия законодательства о техническом регулировании.**

Иными словами, сначала – потребительская ценность медицинской услуги, затем – цена, а не наоборот. Именно эту последовательность и должен содержать договор – вне зависимости от того, сам получатель или третье лицо в его пользу оплачивает медицинские услуги.

Именно потребительская ценность медицинской услуги для потребителя является ориентиром для плательщика в его пользу при соразмерении с размером платы за услугу. В про-

додательством. Однако здравоохранение в части оказания медицинских услуг в настоящее время выведено из-под действия законодательства о техническом регулировании.

Специального законодательства, определяющего правомерность причинения телесных повреждений при оказании медицинской помощи, в настоящее время не существует.

Тем самым этот вопрос передан на усмотрение суда. Однако судьи – не медики. В подавляющем боль-

основания для обращения в суд, но совершенно иного – немедицинского – свойства.

Если неизбежные и допустимые (под условием<sup>3</sup>) телесные повреждения могут и должны быть охвачены договором, то недопустимые и случайно допускаемые при потребителем обслуживании – нет. Соответственно, договор позволяет различить телесные повреждения, подлежащие ответственности, и те, которые являются следствием не посягательства, а правомерно осуществляемой медицинской помощи.

Именно вопросам безопасности медицинских услуг может и должен быть посвящен правовой закон, которому и надлежит установить характеристики безопасности равно медицинских услуг и медицинской помощи, а также меру государственного надзора за их безопасностью и ответственность надзорных органов за пороки упреждения реализовавшейся опасности в деятельности исполнителей медицинских услуг.

И пока этого нет, создание внутри-организационных правил безопасности медицинской деятельности – выход для исполнителей медицинских услуг. Еще более надежный выход – создание правил безопасности медицинской деятельности, единых для соответствующей общности, объединения исполнителей медицинских услуг (например, для саморегулируемой организации). Проработанные, выверенные и принятые подобным объединением, такие правила общности становятся еще более весомым корпоративным установлением, чтобы быть проигнорированными в любой правоприменительной процедуре.

##### 5. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТА.

Получатель медицинской услуги является обладателем здоровья и права на это нематериальное благо (ст.150 ГК). Никто не вправе понуждать его и (или) решать вместо него,

<sup>3</sup> условием является имеющаяся и обязательная для реализации при их возникновении программа устранения осложнений и прочих сопутствующих эффектов медицинского пособия.

Если этого в действительности не предпринято, такие повреждения могут быть расценены только как недопустимые. Широко практикующееся указание в договоре процентов наступления осложнений может быть истолковано лишь не в пользу исполнителя медицинских услуг: если эта вероятность была заранее известна, почему не были запланированы и предприняты соответствующие меры?

как распорядиться здоровьем, что предпринимать в отношении здоровья и предпринимать ли вообще (ст.383 ГК).

Отсюда сразу следует простой вывод: без добровольного информированного согласия (ст.32 Основ законодательства об охране здоровья граждан) оказание медицинской помощи противоправно даже по всем правилам медицины, а оказание медицинских услуг – еще и безосновательно. Доброволь-

в отношении того, что осознается правообладателем. Существующая асимметрия информации не допускает пациента к осознанному волеизъявлению – в противном случае он должен обладать специальными познаниями в медицине не меньше, чем врач.

Отсюда следует, что гражданин-пациент нуждается не столько в медицинском наукообразном описании того, в чем состоит медицинское пособие, как это повально практику-

### От того, в отношении чего правообладатель основательно изъясил свою волю, зависит правомерность отношений исполнителя медицинских услуг и плательщика в его пользу.

ное информированное согласие – предварительное условие любой профессиональной интервенции в состояние здоровья, которая в его отсутствие является противоправным посягательством. В той мере, в какой медицинская услуга представляет собой профессиональную интервенцию в состояние здоровья в порядке медицинского пособия, она может быть оказана только по воле правообладателя.

Это означает, например, что заключение договора об оплате медицинских услуг не освобождает стороны от необходимости получения добровольного информированного согласия правообладателя. Мало ли о чем договорятся исполнитель медицинских услуг и плательщик в пользу их получателя – этого недостаточно для правомерности их отношений по поводу не принадлежащего им нематериального блага, находящегося в правообладании гражданина-пациента.

От того, в отношении чего правообладатель основательно изъясил свою волю, зависит правомерность отношений исполнителя медицинских услуг и плательщика в его пользу.

В этой связи вопрос значимости добровольного информированного согласия – это производная от степени информированности правообладателя.

Однако изъяснение воли доступно

в настоящее время, возможно, за редким исключением всеми медицинскими организациями, сколько в договорном закреплении того, чем он поступится в части здоровья при получении медицинской услуги.

Получателю важно не столько то, что будет предприниматься в ходе оказания медицинской услуги, сколько и прежде всего то, как это переносится и как отразится на его здоровье. Мера умаления здоровья ради достижения блага для него – вот предмет интереса правообладателя и его добровольного информированного согласия.

Тем самым добровольное информированное согласие приобретает совершенно иной смысл, чем тот, который ему придается в существующей договорной практике.

Во-первых, добровольное информированное согласие – это односторонняя сделка. Эту сделку совершает единственно правообладатель, но лишь на основании той информации, которую предоставляет исполнитель медицинских услуг. Следовательно, порок информированности правообладателя – на ответственности исполнителя медицинских услуг.

Во-вторых, добровольное информированное согласие – это сделка под условием (отлагательным и/или отменительным в зависимости от обстоятельства, относительно которого неизвестно, наступит оно или не наступит – ст.157 ГК). Соответ-

ственно, возникновение или прекращение договорных и/или внедоговорных обязательств сторон правоотношения добровольным информированным согласием ставится в зависимость от того, как соблюдены его условия о мере воздействия на здоровье.

В-третьих, добровольное информированное согласие – это сделка, детерминирующая отношения третьих лиц в пользу правообладателя. И исполнитель медицинских услуг, и плательщик в пользу правообладателя связаны допусками последнего в отношении своего здоровья. Тем самым осуществляется и оплачивается в отношении здоровья правообладателя ровно то, что охватывается его волеизъявлением, а не то, о чем стороны сами смогут договориться. Это означает, что не подлежат исполнению условия договора между сторонами, не соответствующие воле пациента в отношении его здоровья. Например, если стороны договорились о радикальном оперативном вмешательстве и соответствующем ведении в реабилитационном периоде, а пациент изъявил волю лишь в отношении паллиативного лечения, то правомерным является лишь последнее.

Если же договор – вне зависимости от того, с участием пациента в качестве плательщика или третьим лицом в его пользу – заключается без добровольного информирован-

дателя.

#### 6. НЕДОСТАТОК В ДОГОВОРЕ.

Если это материализованный товар с теми или иными пороками (повреждениями, в некомплекте, с неисправностями и пр.), от его приобретения можно отказаться либо сбавлять цену (например, если некондиция доступна исправлению).

Если это услуга, то ее недостатки значительно меньше доступны выявлению благодаря такому ее свойству, как неразрывность производства и потребления.

Если же это медицинская услуга со свойственной ей товарно-нетоварной двойственностью, ее недостатки и менее заметны, и различаются своим происхождением.

В общем виде это могут быть недостатки, во-первых, качества, безопасности и информации; во-вторых, медицинской помощи, потребительского обслуживания, а также учета волеизъявления.

Медицинская помощь в составе медицинской услуги, не обладая качеством товара потребительского назначения, может страдать недостатком безопасности (недопустимые телесные повреждения).

Потребительское обслуживание как товарная составляющая медицинской услуги может характеризоваться равно недостатками качества и безопасности.

Недостатком качества медицин-

сти) медицинской услуги, является порок определения товарного предоставления, подлежащего оплате.

Недостатком информации, ассоциированным с характеристиками безопасности медицинской услуги, является порок определения случайных (а также для медицинской помощи – условно-допустимых и недопустимых) телесных повреждений при ее оказании.

Соответственно, в договоре необходимо раскрытие понятия недостатка, отнесение недостатка к категориям качества (потребительской ценности), безопасности и информации, распределение между потребительским обслуживанием и медицинской помощью в составе медицинской услуги.

#### 7. УНИФИКАТЫ В ДОГОВОРЕ.

Договор заключается в отношении конкретной медицинской услуги. Договор может охватывать несколько медицинских услуг, оказываемых последовательно или параллельно. В разных договорах относительно разных медицинских услуг могут встречаться условия, которые в тексте формуляра договора приходится либо бесконечно воспроизводить, либо делать отсылку к заранее приведенным к единообразию условиям.

Такие отсылки в договоре могут встречаться по поводу различающихся по характеру условий. Не все из них могут быть определены как стандарты – это, скорее, унификаты, унифицированные установления, хотя для простоты можно их называть стандартами. Такими могут быть стандарты безопасности, обслуживания, технологический, платежный, документирования и др.

7.1. Стандарт безопасности. Это унификат предупреждения неблагоприятных для здоровья пациента последствий, происходящих из тех недопустимых отклонений от медицинских технологий и случайных телесных повреждений, которые не могут быть охвачены договором. Он предусматривает не то, что нужно делать, а то, чего делать не должно при оказании медицинских услуг. Сюда же следует отнести программу преодоления возможных (допустимых) осложнений. Так, если известно, что при операции на щитовидной железе повреждение

### Потребительское обслуживание как товарная составляющая медицинской услуги может характеризоваться равно недостатками качества и безопасности.

ного согласия, то любые последствия интервенции в состояние его здоровья являются противоправным посягательством, обуславливающим внедоговорные последствия из причинения вреда здоровью.

Таким образом, информированность – это исходное обстоятельство договора об оплате и оказании медицинской услуги, обязательства сторон по которому должны соответствовать сформированному на ее основе волеизъявлению правообла-

дательской услуги характеризуется неисполнение или ненадлежащее исполнение договорных обязательств, уменьшающие ее потребительскую ценность.

Недостатком безопасности медицинской услуги являются случайно допускаемые при потребительском обслуживании в ее составе телесные повреждения.

Недостатком информации, ассоциированным с характеристиками качества (потребительской ценно-

ветвей возвратного нерва заведомо возможно, то стандарт безопасности должен содержать обязательные для исполнения меры, как позволяющие убедиться, что это осложнение не произошло, так и предписания, как поступать, если это случилось; если известно, что при экстирпации матки заведомо возможно повреждение мочеточников, то стандарт безопасности может предусматривать и обязательную предоперационную катеризацию мочеточников, и послеоперационный контроль их функции, и индикаторы для повторной операции в соответствующем объеме, и т.д.

7.2. Стандарт обслуживания. Это унификат технологий потребительского обслуживания и предупреждения опасностей причинения ущерба при его осуществлении. Например, пациент не должен ждать приема более N минут не потому, что вправе по прошествии этого времени настаивать на приеме, а потому, что вправе в этом случае на денежную компенсацию затяннувшегося ожидания в счет оплаты медицинской услуги; если из-за аварии на верхних этажах залило электропроводку в местах нахождения пациентов, то не они, а персонал обязывается в этом случае действовать соответствующим образом; если пациентам подаются горячие напитки, их температура не должна быть такой, чтобы нанести ожог в случае опрокидывания стакана, и т.п. Иными словами, стандарт обслуживания – это способ добровольного принятия исполнителем медицинских услуг на себя повышенных обязательств на случай отклонений в потребительском обслуживании.

7.3. Технологический стандарт. Это унификат технологий оказания медицинской помощи в составе медицинских услуг. Безусловно, в этом есть опасность низвести медицинскую помощь с уровня искусства на уровень ремесла, но ее можно преодолеть: те или иные манипуляции с возрастанием по степени сложности можно этим стандартом разрешить производить в меру квалификации и компетентности медицинского персонала.

7.4. Платежный стандарт. Это унификат соответствия цены товара размеру его оплаты. Если стандарт

обслуживания рассчитан на удовлетворение потребительских ожиданий комфорта, то назначение платежного стандарта – соответствие предпринимаемого оплачиваемому. Договор в этом случае выступает как модель, с которой можно сверить степень исполнения сторонами встречных обязательств на условиях возмездности. Платежный стандарт – это унификат прагматичности сторон договора.

7.5. Стандарт документирования. Это унификат фиксации и оформления всех и каждого элемента от момента заключения договора до момента полного исполнения всех обязательств по нему, как потребительского обслуживания, так и оказания медицинской помощи в составе медицинской услуги. Когда, какие и как должны быть оформлены документы, обосновывающие тот или иной акт или факт – определяет стандарт документирования.

Таким образом, содержание договора об оказании и оплате медицинских услуг на практике не учитывает множества существенных обстоятельств и потому страдает многочисленными уязвимостями, любая из которых имеет значение, поскольку влечет за собой те или иные правовые последствия. В силу аморфности договора эти последствия также нуждаются в выяснении своей правовой природы, которая не всегда верно раскрывается даже в судебной процедуре разрешения споров. Сделать договор из досадной формальности в действенный инструмент регулирования отношений сторон, позволяющий явно, законно и справедливо отделить правомерные действия от неправомερных посягательств, распределить последствия в зависимости от правовой природы этих посягательств, сформулировать критерии, показатели и индикаторы, в соответствии с которыми и сторонам, и суду, и судебно-медицинской экспертизе будет понятно, легко и удобно давать оценку исполненным договорным обязательствам и фактам возникновения внедоговорных обязательств – вот задача изменения существующей договорной практики в связи с оказанием медицинских услуг.

Авторская библиография по теме:

1. Тихомиров А.В.. Медицинская

услуга: Правовые аспекты. - М.: Филинъ, 1996 - 352 с.

2. Тихомиров А.В.. Медицинское право. Практическое пособие. - М.: Статут, 1998 - 418 с.

3. Чичикалов А.В., Тихомиров А.В. Здоровье как защищаемое законом благо. //Сборник «Медицина и право». Материалы первой Всероссийской конференции. - М.: Институт «Открытое общество». Международная академия предпринимательства. 1999 (февраль), С.39-46.

4. Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Правовые и этические аспекты калечащей медицины. //Сборник «Медицина и право». Материалы первой Всероссийской конференции. М., Институт «Открытое общество». Международная академия предпринимательства. 1999 (февраль), С.58-66.

5. Тихомиров А.В. Медицинская услуга: правовые аспекты //Здравоохранение. - 1999. - № 8. - С.161-178.

6. Тихомиров А.В. Договор о возмездном оказании медицинских услуг //Здравоохранение. - 1999. - № 10. - С.159-174.

7. Тихомиров А.В. Договор о возмездном оказании медицинских услуг как документ: общие положения //Здравоохранение. - 1999. - № 11. - С.147-156.

8. Тихомиров А.В. Правовое значение документации в медицине //Здравоохранение. - 2000. - № 4. - С.167-179.

9. Тихомиров А.В. Договор об оплате медицинских услуг //Здравоохранение. - 2000. - № 5. - С.155-168.

10. Тихомиров А.В. Разбор практики составления договоров //Здравоохранение, 2000, № 8, С.163-172.

11. Тихомиров А.В. Разбор практики составления договоров //Здравоохранение. - 2000. - № 9. - С.157-164.

12. Тихомиров А.В. Вред от врачебных действий (ятрогенный деликт) //Здравоохранение. - 2000. - № 11. - С.149-164.

13. Тихомиров А.В. Права пациента //Здравоохранение. - 2001. - № 2. - С.159-168.

14. Тихомиров А.В. Правовой режим информации, предоставляемой пациенту //Здравоохранение. - 2001. - № 7. - С.161-171.

15. Тихомиров А.В. К вопросу об обязательствах вследствие причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг //Закон и право. – 2001. - № 8. - С.24-33.
16. Тихомиров А.В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг. - М.: Статут, 2001. – 256 с.
17. Тихомиров А.В. Значение договора при оказании медицинских услуг //Российская юстиция. – 2002. - №8. - С.16-17.
18. Тихомиров А.В. Ятрогенный деликт в правоприменении //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 1. - С.44-48.
19. Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Предмет оплаты в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 3. - С.13-17.
20. Тихомиров А.В. Значение договора при предоставлении медицинской услуги //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 4. - С.3.
21. Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Значение, придаваемое договору об оказании медицинских услуг подзаконными нормативно-правовыми актами // Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 6. - С.20-25.
22. Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Значение, придаваемое договору об оказании медицинских услуг подзаконными нормативными актами //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 6. - С.26-34.
23. Тихомиров А.В. Договор – не мера административного усмотрения //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 6. - С.51-53.
24. Стародубов В.И., Ковалевская О.Г., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Значение договора об оказании медицинских услуг в представлениях руководителей монопрофильных учреждений здравоохранения // Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 1. - С.34-38.
25. Тихомиров А.В. Медицинская помощь вне пределов медицинской услуги //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 1. - С.39-43.
26. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Информация как объект оборота в области охраны здоровья //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 2. - С.29-31.
27. Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Значение договора об оказании медицинских услуг в представлениях юристов //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 2. - С.32-37.
28. Иванов А.В., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Юридическое значение договора о возмездном оказании медицинских услуг //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 3. - С.20-28.
29. Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Экономическое значение договора о возмездном оказании медицинских услуг //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 4. - С.22-30.
30. Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Значение договора об оказании медицинских услуг в представлениях руководителей многопрофильных учреждений здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 4. - С.31-35.
31. Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Сравнительный анализ представлений организаторов и юристов о значении договора об оказании медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 4. - С.36-40.
32. Тихомиров А.В. Претензия потребителя и правовой анализ спорной ситуации. //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 4. - С.49-52.
33. Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Организующая роль договора о возмездном оказании медицинских услуг в совершенствовании управления здравоохранением //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 5. - С.17-27.
34. Тихомиров А.В. Проблематика деликта при оказании медицинской помощи на основании договора // Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 4. – С.2-9.
35. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Практика договорных отношений в связи с оказанием медицинских услуг //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 4. – С.48-52.
36. Тихомиров А.В. Обязательства из причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 5. – С.21-27.
37. Тихомиров А.В. Последствия договорной неопределенности медицинской помощи в составе медицинской услуги //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 6. – С.17-25.
38. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Предпосылки формирования технических регламентов в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. – № 4. - С.30-36.
39. Тихомиров А.В. Переговоры по претензии потребителя в медицинском бизнесе //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. – № 5. - С.48-55.
40. Тихомиров А.В. Обязательства из причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Адвокат. – 2008. - № 5. – С.92-94.
41. Тихомиров А.В. Проблематика деликта при оказании медицинской помощи на основании договора // Современное право. – 2008. - № 6. – С.67.
42. Тихомиров А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. - М., 2008.
43. Панов А.В., Тихомиров А.В. Соотношение договорных и деликтных обязательств при оказании медицинских услуг //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 3. - С.24-31.
44. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Анализ потребительской ориентированности сайтов медицинских организаций //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 3. - С.32-37.
45. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Страхование и медицинская деятельность //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 5. - С.32-40.
46. Тихомиров А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 2. - С.15-22.
47. Родин О.В., Панов А.В., Тихомиров А.В. Проблемные аспекты договора и деликта из оказания медицинских услуг в гражданском процессе // Медицинская экспертиза и право. – 2010. – № 3. - С.16-21



БЕЛГОРОДСКАЯ ТОРГОВО-ПРОМЫШЛЕННАЯ ПАЛАТА

БЕЛЭКСПОЦЕНТР



# 27-29 октября 2010



*Межрегиональные  
специализированные  
выставки*

## МЕДИЦИНА ФАРМАЦИЯ

## СТОМАТОЛОГИЯ

## КРАСОТА И ЗДОРОВЬЕ

Т./ф.: (4722) 58-29-50, 58-29-40, 58-29-65, 58-29-41

E-mail: [belexpo@mail.ru](mailto:belexpo@mail.ru), [www.belexprocentr.ru](http://www.belexprocentr.ru); г. Белгород, ул. Победы, 147-а

Информационная  
поддержка:



На страницах журнала периодически публикуются статьи, посвященные юридическому анализу спорных ситуаций, встречаемых при ведении медицинского бизнеса. Очередная статья поднимает старую проблему о том, что содержание профессиональных медицинских действий, реализуемых в гражданском обороте в качестве медицинской услуги, должно быть надлежащим образом оформлено. За основу взята имевшая место ситуация из правоприменительной практики автора ситуация, которая подвергнута юридическому анализу.

В Таганский районный суд города  
Москвы  
Истец: Князько И.А.

Ответчик: ООО «Пластика»

Исковое заявление<sup>1</sup>  
о защите прав потребителя, в  
результате некачественно оказанной  
медицинской услуги

18 февраля 2009 года между ответчиком ООО «Пластика» (далее Ответчик) и Князько И.А. (далее Истец) был заключен договор о предоставлении платной медицинской услуги по эндопротезированию молочных желез.

19 февраля 2009 года Истцу в ООО «Пластика» была проведена хирургическая операция по удалению фибroadеномы с одновременным эндопротезированием молочных желез с использованием имплантов «Ментор 270сс». Стоимость данной операции, составила 94 200 (девятьсот четыре тысячи двести) рублей. Копия чека прилагается к исковому заявлению.

Однако данное хирургическое вмешательство было проведено некачественно, так как после операции Истец ощущала сильные болевые ощущения и подъем температуры до 38,5 градусов на протяжении всего срока послеоперационной реабилитации, которая длилась более одного месяца. Обычно реабилитационный период после операции данного вида длится не более десяти дней. Боли у Князько И.А. сохраняются до сегодняшнего

<sup>1</sup> Излагается в оригинальном виде, сведения об истце и ответчике изменены. Примечание автора.

# О МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ЭКСТРЕМИЗМА НУЖНО ДУМАТЬ ЗАРАНЕЕ

Пренебрежение к  
юридическому оформлению  
правоотношений сторон при  
оказании медицинских услуг  
несет в себе серьезный риск

Ключевые слова: медицинская услуга, права  
потребителя, моральный вред

дня в менее выраженной форме.

Кроме того, визуально форма правой груди относительно левой груди стали явно ассиметричны. Данный факт подтверждается заключением врача-маммолога от 9 апреля 2009 года, которое гласит что, отмечается визуально, эндопротез левой молочной железы расположен выше правого по верхнему полюсу.

Ранее в заключении, данным врачом-маммологом от 16 февраля 2009 года асимметрия молочных желез выявлена не была.

При проведенном рентгенологическом исследовании видно, что эндопротезы находятся на разном уровне. Эндопротез в левой молочной груди находится гораздо выше эндопротеза, расположенного в правой груди.

Также хотелось бы обратить внимание, что эндопротезы сильно контурируют по верхнему полюсу молочных

желез.

Еще одним существенным недостатком проведенной операции является то что, расстояние между молочными железами не было уменьшено до 3-3,5 сантиметров. Тем самым эстетический эффект операции достигнут не был.

Условие об уменьшении расстояния между молочными железами Истцом и Ответчиком оговаривалось в присутствии Павлова С.Н., который может подтвердить данный факт.

В результате выявленных существенных недостатков описанных выше Истец была вынуждена проконсультироваться по данному вопросу со специалистами в области пластической хирургии в различных клиниках города Москвы.

В ходе консультаций Истцом был получен следующий ответ. Размер имплантов был выбран не верно. В данном случае, рекомендовано

использовать импланты с другими параметрами, при которых ширина импланта превосходила бы его высоту. При этом установку имплантов следовало осуществлять на 1-1,5 см. ниже маммарной складки и с обязательным формированием «кармана». В результате данных консультаций была дана рекомендация об обязательном проведении повторной хирургической операции с целью устранения дефектов возникших в результате осуществленной Ответчиком операции.

В частности имеется заключение профессора «Республиканского центра репродукции человека» от 29 апреля 2009 года, которое гласит что, отмечается дислокация левого импланта вверх, имеются жалобы на асимметрию и боли в левой молочной железе. Показана хирургическая операция.

Стоимость хирургического вмешательства по устранению существенных недостатков в городе Москва (по месту проживания Истца) составляет 270 000 рублей.

Из-за имеющихся существенных недостатков, полученных в ходе некачественно оказанной медицинской услуги, Истец испытывает физические и нравственные страдания, в виде болей в левой молочной железе, а также чувствует сильное беспокойство и психологическую подавленность.

Истец была вынуждена обратиться за медицинской помощью к врачу-неврологу, который назначил лечение с приемом успокоительных препаратов. Копия медицинской карты по факту обращения к врачу-неврологу прилагается к искомому заявлению.

В соответствии с пунктом 5.4 договора заключенного между Истцом и Ответчиком, Истцом была направлена 07 мая 2009 года претензия в адрес Ответчика. Копия претензии и почтовых документов (опись, квитанция, об оплате) прилагаются к искомому заявлению. В соответствии с отметкой почтовой службы на бланке Уведомления о вручении претензия была получена Ответчиком 16 мая 2009 года.

В соответствии с пунктом 4.1. вышеуказанного договора Ответчик (ООО «Пластика») несет ответственность за качество оказанных услуг.

Статья 4 Закона РФ «О защите прав потребителей» гласит что, продавец (исполнитель) обязан передать потре-

бителю товар (выполнить работу, оказать услугу), качество которого соответствует договору. При отсутствии в договоре условий о качестве товара (работы, услуги) продавец (исполнитель) обязан передать потребителю товар (выполнить работу, оказать услугу), соответствующий обычно предъявляемым требованиям и пригодный для целей, для которых товар (работа, услуга) такого рода обычно используется. Если продавец (исполнитель) при заключении договора был поставлен потребителем в известность о конкретных целях приобретения товара (выполнения работы, оказания услуги), продавец (исполнитель) обязан передать потребителю товар (выполнить работу, оказать услугу), пригодный для использования в соответствии с этими целями. При продаже товара по образцу и (или) описанию продавец обязан передать потребителю товар, который соответствует образцу и (или) описанию. Если законами или в установленном ими порядке предусмотрены обязательные требования к товару (работе, услуге), продавец (исполнитель) обязан передать потребителю товар (выполнить работу, оказать услугу), соответствующий этим требованиям.

Согласно статье 13 Закона «О защите прав потребителей» Ответчик несет ответственность за нарушение прав потребителей, предусмотренную законом или договором.

В соответствии со статьей 14 Закона «О защите прав потребителей» вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу потребителя вследствие конструктивных, производственных, рецептурных или иных недостатков товара (работы, услуги), подлежит возмещению в полном объеме.

Так как Истцу необходимо устранение недостатков полученных в результате некачественно выполненной хирургической операции то, в рамках требований статьи 29 Закона «О защите прав потребителей» Ответчик обязан возместить необходимые расходы по устранению недостатков некачественно оказанной услуги.

Обращаю внимание суда, что пункт 5.4. вышеуказанного договора, согласно которому претензия должна рассматриваться в течение месяца, нарушает права потребителя и согласно требованиям ст. 16 Закона «О защите прав потребителя» является недей-

ствительным.

Кроме того, Истцу причинен моральный вред. В результате некачественно выполненной операции она испытала физические и нравственные страдания.

В соответствии со ст. 150-151 ГК РФ и ст. 15 Закона «О защите прав потребителей» Ответчик обязан возместить причиненный Князько И.А. моральный вред.

На основании вышеизложенного и руководствуясь ст. 4, 13, 14, 15, 29, 31 Закона РФ «О защите прав потребителей», ст. 150-151 ГК РФ и пункта 4.1. Договора между ООО «Пластика» и Князько И.А,

ПРОШУ

1. Взыскать с ООО «Пластика» в пользу Князько И.А денежную сумму в размере 270 000 (двести семьдесят тысяч) рублей в счет возмещения расходов по устранению существенных недостатков полученных в ходе некачественно выполненной хирургической операции по эндотрезированию молочных желез.

2. Взыскать с ООО «Пластика» в пользу Князько И.А денежную сумму в размере 500 000 (пятьсот тысяч) рублей в счет компенсации морального вреда, причиненного некачественно оказанной медицинской услуги.

Приложения: копии договора о предоставлении платных медицинских услуг от 18 февраля 2009 г.; медицинской карты стационарного больного; заключения маммолога от 09 апреля 2009 года; протокола УЗИ молочных желез от 13 февраля 2009 года; протокола от 16 февраля 2009 года; заключения профессора «Республиканского центра репродукции человека» от 29 апреля 2009 года; медицинской карты амбулаторного больного; претензии от 07 мая 2009 года; уведомления о вручении; описи вложения в письмо; бланка квитанции о приеме почтовых отправлений.

15 июня 2009 г.

Князько И.А.

ДОГОВОР

о предоставлении платных медицинских услуг

г. Чита

18 февраля 2009

Общество с ограниченной ответ-

ственность «Пластика», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Завражновой К.Ю., действующей на основании Устава, с одной стороны, и Князько И.А., именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

#### 1. Предмет договора

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать ему медицинские услуги, указанные в Приложении № 1, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.2. Сроки оказания медицинских услуг (или отдельных этапов) устанавливаются также в случае ненадлежащего исполнения Заказчиком своих обязательств.

1.3. Договор считается исполненным надлежащим образом по окончании получения Заказчиком оплаченной им услуги.

2. Размер, сроки и порядок расчетов

2.1. Услуги исполнителя оплачиваются Заказчиком по цене, указанной в Приложении № 1 к настоящему договору.

2.2. Оплата услуг Исполнителя производится Заказчиком в порядке 100% предоплаты, не позднее, чем за (\_\_\_\_\_) до оказания услуг по настоящему договору.

2.3. Оплата производится за наличный или безналичный расчет.

2.4. В процессе оказания стоимости медицинской услуги может быть увеличена в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических, лечебных мероприятий, изменения фактических затрат на лечение и других обстоятельств, которые невозможно было предусмотреть при заключении договора.

#### 3. Права и обязанности сторон

##### 3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Предоставить Заказчику бесплатную, доступную достоверную информацию о предоставляемой услуге.

3.1.2. Получить Информационное добровольное согласие Заказчика на медицинское вмешательство, являющееся неотъемлемым приложением к настоящему договору.

3.1.3. Оказывать услуги, предусмотренные настоящим договором, с применением необходимых материалов, инструментов и оборудования.

3.1.4. Поставить в известность Заказ-

чика о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении.

3.1.5. Довести до сведения Заказчика правила и нормы, необходимые для длительного сохранения благотворного эффекта оказанных услуг, в том числе периодичность и сроки посещения врача для прохождения медицинского контроля.

3.1.6. Проводить послеоперационный медицинский контроль за состоянием Заказчика.

3.1.7. Факт выполнения Исполнителем п.п. 3.1.1., 3.1.2., 3.1.4., 3.1.5. настоящего договора подтверждает подписанное Заказчиком Информационное согласие на получение платных медицинских услуг либо подпись Заказчика в амбулаторной карте.

##### 3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Самостоятельно определить характер и объем услуг, необходимых исследований и манипуляций в рамках плана лечения.

3.2.2. Делать диагностические модели и проводить любые диагностические мероприятия, которые Исполнитель найдет необходимым для обследования Заказчика, с оплатой за счет Заказчика.

3.2.3. Требовать у Заказчика сведения и документы, необходимые для эффективного оказания услуг.

3.2.4. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему договору в случае, когда действия Заказчика делают невозможным исполнение медицинской услуги в целом или надлежащего качества, а именно:

- нарушение плана лечения;
- нарушение режима проводимых процедур;

• нахождение Заказчика в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

• когда действия Заказчика угрожают жизни или здоровью персонала;

• в иных случаях, установленных действующим законодательством и настоящим договором.

3.2.5. Приостановить оказание услуги, если в процессе исполнения обязательств выяснится неизбежность получения отрицательного результата или нецелесообразность дальнейшего исполнения услуги — в этом случае стороны обязаны в 30 дневный срок рассмотреть вопрос о целесообразности дальнейшего оказания медицин-

ских услуг по договору.

##### 3.3. Заказчик обязан:

3.3.1. Являться на прием в строго назначенное время.

3.3.2. Предоставлять необходимые для Исполнителя сведения о состоянии своего здоровья и об известных ему обстоятельствах (аллергических реакциях и противопоказаниях), которые могут сказаться на безопасности и качестве предоставляемых услуг.

3.3.3. Сообщить Исполнителю достоверные сведения о перенесенных или имеющихся у него заболеваниях, которые могут оказать влияние на результаты лечения. В случае не сообщения Заказчиком указанных сведений Исполнитель вправе отказать в предоставлении услуг по настоящему договору.

3.3.4. Проходить курс медикокосметологической и послеоперационной реабилитации, в соответствии с назначением врача Исполнителя.

3.3.5. Проходить медицинский и косметологический контроль, с периодичностью и в сроки, установленные Исполнителем и доведенные до сведения Заказчика в соответствии с п. 3.1.5. настоящего договора.

3.3.6. Немедленно извещать Исполнителя о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе оказания услуг.

3.3.7. Предупредить Исполнителя по телефону или лично о невозможности явки на прием не менее чем за 24 часа до времени визита.

3.3.8. Своевременно оплачивать Исполнителю стоимость услуг, в порядке, предусмотренном настоящим договором.

##### 3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. В доступной форме получить информацию о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.4.2. Знакомиться с документами, подтверждающими квалификацию врачей и наличие необходимых разрешений и лицензий на оказание медицинских услуг Исполнителем.

##### 4. Ответственность сторон

4.1. Исполнитель несет ответствен-

Приложение № 1 - перечень процедур и их стоимость к Договору о предоставлении платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от 19.02.2009

№ п/п	Дата	Наименование процедуры	Стоимость процедуры	Подпись пациента	Подпись врача Медицинской сестры
1		Имплант	56000		
2		Бельё	2700		
3		Операция	28000		
4		Наркоз	6000		
5		Гайморотомия	20000		
6		Проживание 1 сутки	1500		

Рисунок 1.

ность за качество оказанных услуг.

4.2. Исполнитель не несет ответственности перед Заказчиком в случае:

4.2.1. Возникновения осложнений по вине Заказчика: невыполнение назначений Исполнителя, несвоевременное сообщение о возникших осложнениях и отклонениях и др.

4.2.2. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и материалов.

4.2.3. Возникновения осложнений из-за ранее проведенных аналогичных услуг в другой организации.

4.2.4. Возникновения осложнений, связанных с наличием заболеваний, указанных в п. 3.3.3. настоящего договора, сведения о которых не были сообщены Исполнителю

4.2.5. Прекращения лечения по инициативе Заказчика.

4.3. Заказчик несет ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций Исполнителя, своевременную оплату услуг.

4.4. Заказчик предупрежден о возможных последствиях и осложнениях в случае несоблюдения п. 3.3. настоящего договора и в случае его невыполнения лишается права требовать исполнения обязательств от Исполнителя без возврата сумм, уплаченных по настоящему договору.

5. Прочие условия договора

5.1. Настоящий договор заключен и действует с момента подписания до момента исполнения сторонами своих обязательств.

5.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору должны быть совершены в письменной форме и подписаны сторонами.

5.3. Все вопросы, не урегулированные настоящим договором, разреша-

ются в договорном порядке, в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. При возникновении разногласий по вопросу качества оказанных услуг, до обращения в суд обязательно предъявление претензий Исполнителю. Претензия должна быть рассмотрена в течение одного месяца.

5.5. Договор составлен в двух экземплярах, которые подписаны обеими сторонами и имеют равную юридическую силу.

Подписанием настоящего договора пациент выражает свое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, необходимое для оказания услуг, предусмотренных настоящим договором.

6. Дополнительные условия

К настоящему договору прилагаются: перечень процедур и их стоимость; информированное добровольное согласие; амбулаторная карта Заказчика.

Приложение № 1 - см. Рисунок 1

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ КОСМЕТИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Пациент информирован о предстоящем медицинском вмешательстве (обследование лечение, операция), он предупрежден о профессиональном риске \_\_\_\_\_

Получено добровольное согласие пациента.

Подпись пациента

18 февраля 2009г.

Подпись врача

14 февраля 2009г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я Князько И.А. уполномочиваю врача Петрова К.Н. и Гуманова М.В. выполнить мне операцию, манипуляцию, процедуру (необходимое подчеркнуть) по поводу имплантации молочных желёз

Решение вопроса о методе и объеме операции доверяю врачу. Мне объяснены и понятны суть данного состояния, опасности, связанные с операцией. Понимаю необходимость оперативного лечения. Полностью ясными для меня являются следующие положения:

Во время операции могут возникнуть обстоятельства, препятствующие выполнению данной операции, или выявится ситуация, требующая изменения плана операции. В такой ситуации врач должен поступить согласно возникшим обстоятельствам.

Во время операции или после нее могут развиваться такие осложнения, как кровотечение, тромбозы сосудов, расхождение швов, нагноение и др., что потребует дополнительных вмешательств.

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением неопределенных ситуаций.

Мне известно, что операция будет проводиться под местной анестезией, на что я даю свое согласие.

Мне известно о моей повышенной чувствительности к медикаментам, о чем я сообщил моим врачам. В случае ухудшения состояния моего здоровья, прошу сообщить: по телефону (номер), адресу (данные) Павлову С.Н.

Я удостоверяю, то текст Информированного согласия мною прочитан, что полученные объяснения меня удовлетворяют, что мне понятно назначение данного документа,

Пациент \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

Дата «18» февраля 2009г.

Анкета для пациентов

.....

15. Что вы хотите изменить: Размер груди

16. Что Вас не устраивает в своей внешности: \_\_\_\_\_

17. Вы знаете, как должен

выглядеть результат операции:

18. Почему Вы решились на операцию - желание выглядеть лучше, доверие хирургу.

19. Вы делаете операцию для себя или по другим причинам - для себя.

20. Как долго вы вынашивали идею об операции 5 лет

21. Ожидаете ли Вы перемен в жизни, каких \_\_\_\_\_

22. Замечают ли окружающие Ваши дефекты \_\_\_\_\_

### Юридический анализ

Исходя из искового заявления Князько И.А. следует, что по её мнению имело место ненадлежащее качество медицинских услуг и следующие существенные недостатки медицинской услуги:

1. Сильные болевые ощущения и подъем температуры до 38.5 С на протяжении всего срока послеоперационного периода;

2. Реабилитационный период длился 30 дней, обычно реабилитационный период длится не более десяти дней;

3. После оказания услуги имеет место асимметрия молочных желез (эндопротез левой молочной железы расположен выше правого по верхнему полюсу);

4. Расстояние между молочными железами не было уменьшено до 3,-3,5 см.

Требования истца: взыскать с ответчика 270 000 рублей в счет устранения существенных недостатков медицинской услуги; 500 000 рублей компенсации морального вреда.

Согласно п. 5 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 19.12.2003 N 23 «О судебном решении» заявленные требования рассматриваются и разрешаются по основаниям, указанным истцом, а также по обстоятельствам, вынесенным судом на обсуждение (1, ст. 56). Исходя из ч. 2 ст. 779 ГК РФ по договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги.

Между истцом и ответчиком был заключен о предоставлении платных медицинских услуг от 18.02.09 г. Предметом договора являются меди-

цинские услуги, указанные в «Приложении 1»

В «Приложении 1» указан перечень процедур: имплантат, белье, операция, наркоз, проживание.

Из названного перечня:

- к медицинским услугам как объектам гражданских прав (2, ст. 128) имеют отношение «операция», «наркоз»;

- к вещам как объектам гражданских прав (2, ст. 128) относятся «имплантат», «белье»;

- к бытовым услугам (2, ст.128) как объекту гражданских прав относится «проживание».

В силу требований ч. 1 ст. 431 ГК РФ: «При толковании условий договора судом принимается во внимание буквальное значение содержащихся в нем слов и выражений».

Из «Приложения 1», принимая во внимание буквальное значение содержащихся в нем слов и выражений, невозможно идентифицировать о какой же медицинской услуге идет речь (операция - какая, где, в связи с чем; наркоз - какой, в связи с чем и т.д.).

Между тем требования к идентификации медицинской услуги уже давно разработаны А.В. Тихомировым. Он показал, что медицинская услуга, продаваемая как действие, характеризуется (3, с.20-21):

1. Показателем начала и /или завершения услуги, т.е. имеется граница «от» и граница «до».

2. Параметрами:

- Содержание (определенные действия или же определенная деятельность);

- Объем (количество действий);

- Стоимость;

- Эффект (полезное следствие действий, составляющих услугу);

3. Итогом: основанием, позволяющим считать услугу завершенной.

Юридический итог: выполнение всех действий в границах начала и завершения услуги. Фактический итог: наступление благоприятного эффекта или исключением наступления неблагоприятного эффекта и /или/ прогрессирующей патологии

Некоторую идентификацию (определение) медицинской услуги по объему и содержанию (какие действия или деятельность) позволяет определить «Информированное добровольное согласие на медицинское косме-

тическое вмешательство» от 18.02.09 подписанное истцом, из которого следует, что будет оказана операция по поводу имплантации молочных желез.

Большой толковый медицинский словарь под «имплантацией» понимает введение какого-то предмета внутрь ткани (4, с.360)

Применительно к рассматриваемому договору предметом договора является медицинская услуга по введению имплантата (объекта гражданских прав - вещи) в молочную железу истца. В силу ч. 2 ст. ГК РФ граждане (физические лица) и юридические лица приобретают и осуществляют свои гражданские права своей волей и в своем интересе. Они свободны в установлении своих прав и обязанностей на основе договора и в определении любых не противоречащих законодательству условий договора.

Ответчик на волю истца никаким образом не воздействовал. Интерес истца к установлению гражданских отношений заключался в изменении размера груди, что следует из письменного доказательства - «Анкеты для пациента», подписанной истицей 18.02.09 г.

Таким образом, предполагался товарообмен денежных средств истца на медицинскую услугу, которую истца использовала для удовлетворения своих личных нужд по изменению (увеличению) размера груди (рис.2). Именно в этом заключалась потребительская цель истицы и потребительская ценность услуги. Потребительская ценность создавалась действиями исполнителя.

Закон о защите прав потребителей (5, ст.4) устанавливает следующие требования к качеству объектов гражданских прав товара, работы, услуги:

1. Продавец (исполнитель) обязан передать потребителю товар (выполнить работу, оказать услугу), качество которого соответствует договору.

2. При отсутствии в договоре условий о качестве товара (работы, услуги) продавец (исполнитель) обязан передать потребителю товар (выполнить работу, оказать услугу), соответствующий обычно предъявляемым требованиям и пригодный для целей, для которых товар (работа, услуга) такого рода обычно используется.

3. Если продавец (исполнитель) при заключении договора был поставлен



Рисунок 2.

потребителем в известность о конкретных целях приобретения товара (выполнения работы, оказания услуги), продавец (исполнитель) обязан передать потребителю товар (выполнить работу, оказать услугу), пригодный для использования в соответствии с этими целями.

4. При продаже товара по образцу и (или) описанию продавец обязан передать потребителю товар, который соответствует образцу и (или) описанию.

5. Если законами или в установленном ими порядке предусмотрены обязательные требования к товару (работе, услуге), продавец (исполнитель) обязан передать потребителю товар (выполнить работу, оказать услугу), соответствующий этим требованиям.

Из вышеназванной правовой нормы названной статьи закона к рассматриваемым правоотношениям применимы пункты 1 и 3.

Истица уведомила ответчика о конкретных целях приобретения услуги – изменение (увеличение) размера груди (молочных желез). Данная цель была достигнута. Доказательств обратного в исковом заявлении не представлено.

Вступая в договорные отношения, истица дала согласие на причинение вреда своему здоровью. В организм истицы без медицинских показаний, на основании волеизъявления истицы, обусловленными внутрен-

ними убеждениями о необходимости обладать крупными молочными железами, было введено инородное тело - имплантат посредством травмирования тканей и органов истицы вследствие чего возникла закономерная реакция организма истицы на это вмешательство: однократный подъем температуры, болевые ощущения.

Данные физические страдания обусловлены самой технологией медицинской услуги и избежать их на современном этапе развития медицинской науки невозможно. Реабилитационный период является необходимым следствием медицинского вмешательства. Его срок не является линейной зависимостью, а представляет многофункциональную зависимость, в. т.ч. от индивидуальных особенностей организма.

Правовым нормами невозможно установить отсутствие болей в послеоперационном периоде, как и конкретные сроки реабилитационного периода.

Более значимыми являются претензии истицы по асимметрии молочных желез после операции. Данный неблагоприятный исход, к сожалению, не изложен в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, но ответчик может ссылаться как на правила медицины о том, что полная симметрия невозможна ввиду особенности организма, так и возможных действий истица, при-

ведшие к такой асимметрии.

Согласно ч. 5 ст. 14 закона о защите прав потребителя исполнитель услуги освобождается от ответственности, если докажет, что вред причинен вследствие непреодолимой силы или нарушения потребителем установленных правил использования, хранения или транспортировки товара (работы, услуги). В данном случае бремя доказывания возложено на ответчика (рис.3).

Так, при осмотре истицы от 24.02.09 (Лист первичного приёма Князько И.А.) зафиксировано, что пациентка приняла ванную, после чего произошел отек, который мог привести к смещению имплантата. Данный документ обладает статусом письменного доказательства (при условии, что он имеется в материалах дела).

Истица ссылается на невыполнение договорных обязательств о том, что расстояние между молочными железами не было уменьшено до 3,-3,5 см. Между тем, данное условие не было определено как договорное, влекущее обязательства ответчика по его безусловному выполнению, что вытекает из всех документов ответчика.

Истица в обосновании этого требования ссылается в исковом заявлении на показания свидетеля Павлова С.Н., но в силу ч.1 ст. 162 ГК РФ свидетельские показания не могут быть доказательством условий сделки, т.к. являются недопустимым доказательством, исходя из требований ст. 60 ГПК РФ.

Кроме того, согласно п. 2 Постановления Правительства РФ от 17.08.2007 N 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психических факторов внешней среды.

В силу вышеназванного определения отсутствие расстояния между молочными железами до 3-3,5 см после операции, как и асимметрия молочных желез не являются вредом здоровью, т.к. отсутствуют юридически значимые признаки вреда здоровью: нарушение целостности и физиологической функции молочной железы.

Компенсация морального вреда

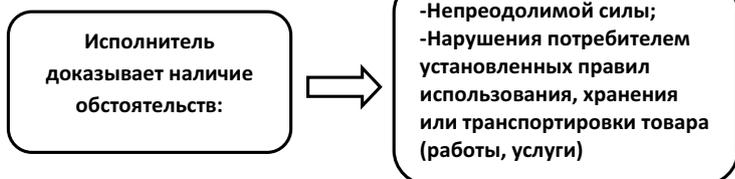


Рисунок 3.



Рисунок 4.

возможна как при посягательстве на неимущественное право (нематериальное благо), так и при нарушении имущественных прав, в данном случае прав потребителя. Правоприменительная практика размера компенсации морального вреда при нарушении имущественных прав существенно ниже, чем при посягательстве на неимущественные права (нематериальные блага).

Истец ссылается на существенный недостаток медицинской услуги, под которым закон о защите прав потребителей понимает неустранимый недостаток или недостаток, который не может быть устранен без несоразмерных расходов или затрат времени, или выявляется неоднократно, или проявляется вновь после его устранения, или другие подобные недостатки.

Применительно к результату услуги - асимметрии молочных желез, вышеназванные критерии неприменимы, т.к. асимметрия устранима, время на её устранение и расходы соизмеримы с теми, которые были понесены при оказании первичной медицинской услуги.

Ч.1 ст. 29 закона о защите прав потребителей устанавливает, что «Потребитель также вправе отказаться от исполнения договора о выполнении работы (оказании услуги), если им обнаружены существенные недостатки выполненной работы (оказанной услуги) или иные существенные отступления от условий договора», а ч. 6 вышеназванной статьи констатирует, что «В случае выявления существенных недостатков работы (услуги) потребитель вправе предъявить исполнителю требование о безвозмездном устранении недостатков, если докажет, что недостатки возникли до принятия им результата работы

(услуги) или по причинам, возникшим до этого момента».

Таким образом, бремя доказывания существенного недостатка услуги возлагается на истца (рис.4).

Доказательств наличия существенного недостатка медицинской услуги истцом не представлено (кроме внутреннего убеждения и субъективной оценки).

Обращает на себя внимание и тот факт, что при существенном недостатке услуги у истца имеется право требовать только безвозмездного устранения недостатков, т.е. устранения недостатка действиями исполнителя. Исполнитель в этом заказчику не отказывал и лишь при отказе исполнителем безвозмездного устранения недостатков в течении 20 дней либо в случае не устранения недостатка истец имеет право требовать отказа от исполнения договора об оказании услуги и возмещения убытков.

Выводы:

1. Требования истца о взыскании с ответчика 270 000 рублей в счет устранения существенных недостатков медицинской услуги по вышеназванным доводам, как и требования о взыскании 500 000 рублей в счет компенсации морального вреда, лишены надлежащих правовых оснований.

2. Помешать добиться полного отказа в удовлетворении исковых требований или же существенного уменьшения взыскиваемых сумм может:

- правовая неграмотность судьи (несмотря на наличие профессионального юридического образования) в правоотношениях, связанных с медицинскими услугами, правами потребителя и вредом здоровью;
- преклонение суда перед выводами заключения судебно-медицинской экспертизы, которое может быть и

необоснованным и субъективным.

Добиться нивелирования вышеназванных отрицательных факторов возможно, если:

- до сведения суда будут доведены доводы, указанные выше;
- при получении неблагоприятного заключения судебно-медицинской экспертизы необходимо провести его анализ врачом-клиницистом, врачом-судебно-медицинским экспертом и юристом, специализирующимся на т.н. врачебных делах с оформлением заключения специалиста и приобщением к материалам дела;
- представлять интересы ответчика должен юрист со специализацией в области медицины.

3. Предъявлению иска пациента способствовали:

- дефектный (крайне некачественно составленный) договор о предоставлении платных медицинских услуг от 18.02.09 г., не защищающий интересы ответчика;
- дефектное (крайне некачественно составленное) «Информированное добровольное согласие на медицинское косметическое вмешательство».

**Использованные источники:**

1. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 N 138-ФЗ, (ред. от 28.06.2009, с изм. от 09.11.2009)
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ (принят ГД ФС РФ 21.10.1994) (ред. от 17.07.2009, с изм. от 18.07.2009)
3. Тихомиров А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: Автореф. дисс...канд. юрид. наук. - Москва, 2008.
4. Большой толковый медицинский словарь под редакцией профессора Г.Л. Бабица, Том 1, ВЕЧЕ - АСТ, Москва, 2001 г. - 360.
5. Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 23.11.2009) «О защите прав потребителей»

в ООО «К-О»  
Директору  
От Д-ч Е.В.

### ЗАЯВЛЕНИЕ-ПРЕТЕНЗИЯ

В соответствии с п.5.4 «Договора об оказании платных медицинских услуг от 02.06.09 г.», извещаю Вас о следующем:

02 Июня 2009 г., в Вашей клинике хирургом Г., мне были проведены операции и оказаны следующие медицинские услуги:

Ринопластика стоимостью 162 450 руб.

Эндопротезирование молочных желез стоимостью 128 250 руб.

Пластика пупка – стоимостью 42 750 руб.

Анестезия стоимостью 25 650 руб.

Койко-день - 2 суток стоимостью 15 390 руб.

Итого оказано услуг на сумму: 374 490 руб.

В соответствии с «Информированным согласием» - приложениями к настоящему Договору и разъяснениями доктора Г. после проведенных операций мною неукоснительно соблюдались все предписания, а именно: соблюдения послеоперационного режима, недопустимости физических воздействий и нагрузок, проведения дополнительных, медицинских процедур и т.д.

На протяжении 10 месяцев со дня операции с врачом были проведены многочисленные консультации и осмотры прооперированных частей тела и органов, и по настоянию врача производились следующие дополнительные медицинские манипуляции:

- коррекция пупка;
- инъекции препаратом «Дипропан» в хрящевую область носа;
- инъекции препаратом «Лидаз» в хрящевую область носа.

#### РИНОПЛАСТИКА - ПРОБЛЕМА:

По многочисленным заявлениям уважаемого мною доктора Г. мне было сказано, что после операции с носовой перегородкой у меня все в порядке, хрящи и кости срослись нормально, однако есть небольшие проблемы с «хрящем», который

# ЗАЯВЛЕНИЕ – ПРЕТЕНЗИЯ

## Претензионные требования в порядке злоупотребления правом удовлетворению не подлежат

Ключевые слова: косметологические услуги,  
претензия, потребительский экстремизм

из за своей подвижности и силы тяжести сместился, и что это легко исправляется с помощью инъекций в область носа. Далее, после многочисленных инъекций, носовая перегородка и «хрящи» не выровнялись и стало только хуже, произошло искривление носа вправо. Вместе с тем и обещанного до операции улучшения носового дыхания так и не наблюдается.

#### ПЛАСТИКА ПУПКА - ПРОБЛЕМА:

Несмотря на проведенную коррекцию пупка, форма пупка существенно не изменилась, грыжа сохранилась, пупок вываливается наружу, и обещанный врачом косметический эффект не достигнут.

Мною были предприняты попытки узнать причину возникновения вышеуказанных проблем, на что врач успокаивал меня и обещал скорейшего наступления улучшений, а в последнее время настоятельно рекомендовал повторную операцию «надрезания части хряща носа», со слов врача - под местной анестезией в течение 10 минут. При всем уважении и доверительном отношении к доктору Г. я решила на проверку исходящей от него информации, а именно:

за последнее время прошла МРТ и КТ обследование, провела ряд консультаций с пластическими хирургами и ЛОР врачами в других

клиниках, в результате чего выяснились следующие обстоятельства, противоречащие высказываниям и методике лечения доктора Г.

#### РИНОПЛАСТИКА - ПРОБЛЕМА И ПРЕТЕНЗИЯ:

1. Носовая перегородка по-прежнему имеет деформации и искривлена вправо.

2. Носовое дыхание затруднено и появились осложнения в виде острой реакции слизистой на незначительные физические нагрузки, запахи, пыль, перепады температуры и т.д., чего до операции не наблюдалось.

3. Небольшой 10 минутной операцией под местной анестезией мою проблему уже не решить ни с внутренними, ни с внешними проблемами носа.

#### ПЛАСТИКА ПУПКА - ПРОБЛЕМА И ПРЕТЕНЗИЯ:

1. Несмотря на проведенную операцию и повторную коррекцию пупка, форма пупка существенно не изменилась, пупок выпадает, обещанный врачом косметический эффект - не достигнут. Специальных консультаций, пока по этой проблеме с другими врачами не проводила, так как результат виден визуально.

Итого: Через 10 месяцев после проведенных медицинских операций, обещанных врачом результа-

тов я не получила и считаю данные услуги клиникой «К-О» и доктором Г. надлежащим образом не исполненными.

В этой связи, в соответствии с п.п. 5.1. 5.4 и 5.9 Договора заключенного между мною и Вашей Клиникой, прошу Вас, в срок до 01.05.2010 г., рассмотреть по существу мою претензию и в течение 5 банковских дней, после вынесения решения произвести выплату компенсации на мой банковский расчетный счет или наличными в следующих размерах:

- Ринопластика - стоимостью - 162 450 руб.
- Пластика пупка - стоимостью - 42 750 руб.
- Повторная Риносептопластика в ООО «ПрофЛорЦентр» - 133 700 руб.
- Повторная пластика пупка - 50 000 руб., клиника пока не выбрана.

Итоговая требуемая сумма выплат в качестве компенсации составляет: 388 900-00 (Триста восемьдесят восемь тысяч девятьсот сорок)-00 рублей.

Прошу принять к сведению, что в случае возможного отрицательного решения Вами вопроса о возмещении моих убытков в соответствии с гражданским кодексом РФ мною будет подан иск в суд г. Москвы, и я готова к длительным судебным тяжбам с Вашей клиникой, в т.ч. затратам на адвокатов, юридические, медицинские и другие экспертизы, стоимость которых дополнительно предъявлю к взысканию с Вашей клиники. Опять же мое - экспертное мнение как бывшей пациентки доктора Г. в Интернет сообществе и возможных интервью в СМИ могут значительно повлиять на репутацию клиники «К-О», которую Вы возглавляете. Я ни в коей мере не принижаю заслуг и квалификации Ваших специалистов, однако больше не в состоянии быть «подопытным кроликом» и терпеть физические и моральные страдания. Надеюсь на Ваше понимание и скорейшее положительное решение моих требований по данной претензии, по обоюдному соглашению сторон - в досудебном порядке.

К настоящей претензии, прилагаю копии документов:

1. Копии кассовых чеков об оплате услуг в ООО «К-О».

2. Заключение КТ обследования до операции в ФГЛУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» ЦП от 28.03.2009 г. снимки по требованию.

3. Заключение МРТ-обследования после операции в ООО «ДЛ Медика» от 09.12.2009 г., снимки по требованию.

4. Медицинская карта с заключением от 09.04.2010 г., выданная главным специалистом ООО «ПрофЛорЦентр» - Пискуновым Геннадием Захаровичем, а также заведующим курсом оториноларингологии учебно-научного медицинского центра управления делами Президента РФ, заведующим кафедрой оториноларингологии Российской медицинской академии последиplomного образования, главным оториноларингологом медицинского центра управления делами Президента РФ, доктором медицинских наук, профессором, членом корреспондентом РАМН.

5. Заключение, выданное Пискуновым Г.З. с назначением повторной операции «Риносептопластика» в ООО «ПрофЛорЦентр» от 09.04.2010 г.

Фотографии до операции не предоставляю, т.к. эти снимки есть у врача - Гоптберидк: О.Т. В случае необходимости, по Вашему требованию - могу предоставить фотографии до и после проведенных в Вашей клинике операций.

#### ОТЗЫВ НА ПРЕТЕНЗИЮ

Уважаемая г-жа Д.!

Мы совершенно не отрицаем факт получения Вами в клинике «К-о» перечисленных Вами услуг, и благодарны Вам за обращение с целью их получения.

Мы и в дальнейшем готовы быть Вам полезными во всех наших предложениях. В этом контексте нами и было рассмотрено Ваше заявление.

Проанализировав его, мы не можем не согласиться с Вами, что есть предмет для обсуждения. И, конечно, его составляет Ваша неудовлетворенность в получении ожидаемых Вами результатов - с этим тоже нельзя не согласиться. Но справедливо в этой связи обсудить также и то, что медицина - это

искусство возможного, и мы приняли на себя обязательства только в рамках того, что доступно в порядке медицинского пособия.

1. Сначала о ринопластике. Мы не можем не согласиться с тем, что кончик носа у Вас остался смещенным вправо. Остался - потому, что, как это видно на фотографиях до операции, на которые Вы ссылаетесь, этот дефект был тем, с которым Вы к нам обратились, а не появился после и вследствие ринопластики у нас.

При этом едва ли можно согласиться с тем, что от ринопластики можно ожидать выпрямления внутренней носовой перегородки и заведомого улучшения носового дыхания, если это зависит от тех факторов, которые доступны устранению посредством не косметологического, а оториноларингологического пособия. Косметологическое вмешательство лишь в отдельных случаях может достигать эффект устранения искривления носовой перегородки, но если это глубокий дефект - он доступен только специализированному оториноларингологическому радикальному оториноларингологическому вмешательству. Подтверждением равно этого является заключение оториноларинголога Г.З.Пискунова, на которое Вы ссылаетесь. Специалист увидел показания к ЛОР-операции риносептопластики, которую нельзя назвать повторной, если у нас Вам была произведена косметологическая операция ринопластики без исправления конфигурации всей пластины внутренней носовой перегородки. Различия же - даже в названиях операций - Вы сами указали в своих денежных требованиях: Ринопластика (косметологическая операция, у нас) - 162 450 руб.; Риносептопластика (оториноларингологическая операция на носовой перегородке, в ООО «ПрофЛорЦентр») - 133 700 руб.

Что же касается реакции слизистой на запахи, пыль, перепады температуры и т.д., а потому на незначительные физические нагрузки, это - естественный ход восстановительных процессов в слизистой после операции, длящийся порой 12-18 мес., а скорее - влияние весны, концентрации соответствующих

веществ в весеннем воздухе. Даже если прежде этого не было, реакция организма во времени на эти раздражители может меняться, вплоть до появления аллергии. Связать эти явления исключительно с фактом проведения косметологической операции едва ли возможно.

Поэтому единственное, что объективно можно отнести на счет выполненной у нас косметологической ринопластики – это сохранение смещения кончика носа вправо.

Ринопластика не достигла своего эффекта с первого раза – с этим опять же нельзя не согласиться. Чтобы не подвергать Вас повторной инвазивной болезненной процедуре, доктор попытался добиться дополнительного к операции эффекта с помощью максимально щадящего пособия – введения в хрящевую область носа лекарственных веществ (дипроспана и лидазы).

И не потому, что он сэкономил на своих усилиях: повторное оперативное вмешательство проще для врача, но травматичнее для пациентки. Доктор предпринял попытку избавить Вас от дополнительных страданий, прибегнув к консервативной тактике инъекций препаратов в расчете на их эффективность в Ваших интересах, поскольку перспектива повторной операции в случае недостаточной эффективности лекарств не отвергается.

Именно это и произошло. Увидев недостаточную эффективность лекарств, доктор предложил Вам повторную операцию – бесплатно для Вас. Иными словами, от этого Вы ничего не теряете, а приобретаете – исправление смещения кончика носа, ради чего обращались изначально.

Однако Вы от повторной операции категорически отказались. Это было бы объяснимо, будь между Вами и доктором конфликт. Но, с

Ваших слов, уважение и доверительное отношение к доктору Вы сохранили.

Ваш отказ от повторной операции был бы понятен, если Вы ее перенесли в тех же руках, закрывая повод для обращения, а кончик носа остался бы смещенным. Тогда – в силу утраченного доверия – Ваше обращение к третьим лицам – за исправлением недостигнутого у нас – является закономерным и обоснованным.

Но в нынешнем состоянии незавершенной услуги – и, полагаем, с этим нельзя не согласиться – использование такой возможности выглядит не более чем попыткой достигнуть «нулевого варианта», т.е. получить желаемое медицинское пособие, ничем не поступившись, когда его оплату производит одна медицинская организация (обвиняемая Вами) в пользу другой. Это называется злоупотреблением правом (ст.10 ГК)

Полагаем, что суд также не сможет с этим не согласиться, если состоится по этому поводу.

2. Теперь по поводу пластики пупка. Пупок – это сухожильный обруч, тонус которого поддерживается мышцами передней брюшной стенки (брюшного пресса), от тонуса которых, в свою очередь, зависит его зияние: чем эти мышцы тренированнее, тем уже просвет пупочного кольца.

Косметологическим пособием можно нивелировать внешние дефекты, т.е. уменьшить просвет пупочного кольца. Но только на момент окончания операции. Если в дальнейшем не поддерживать тренированность мышц брюшного пресса, то пупочное кольцо вновь расслабляется, под давлением органов брюшной полости петля кишки тампонирует его изнутри и воссоздается выпадение пупка. Без

регулярных физических нагрузок на мышцы брюшного пресса косметологическую коррекцию формы пупка можно производить многократно и без эффекта – он будет снова и снова выпадать.

Общехирургическое (полостное) вмешательство (ушивание, наложение изнутри сетчатых ограничителей и пр.) позволяет добиться большего послеоперационного эффекта, но без должных физических нагрузок и он не является стойким. И это – подчеркнем – полостная общехирургическая (а не косметологическая) операция, сопровождающаяся иными рисками и последствиями.

В этой связи пластика пупка – не более чем создание стартовых условий для поддержания его формы в последующем, но не достижение раз и навсегда незыблемости его косметических и пространственных параметров.

Понятно, что мы можем нести ответственность за результат пластики пупка на момент ее окончания, но не за сохранность этого результата в будущем – это зависит целиком и полностью от Вас.

В целом, суммируя сказанное выше, мы готовы:

- либо выполнить Вам повторно – и бесплатно для Вас – операцию ринопластики, чтобы завершить начатую услугу;
- либо – хотя это и менее справедливо, исходя из названных обстоятельств – вернуть Вам сумму оплаты операции ринопластики в размере 162 450 руб.

По поводу пластики пупка – и, полагаем, Вы с этим согласитесь – Ваши требования не являются обоснованными.

Директор

5 мая 2010 г.



**Борисов Дмитрий Александрович**, генеральный директор ООО «Компания «Реднор», к.э.н.  
Координаты для связи: тел. 8-916-131-18-96  
e-mail: privatmed@mail.ru



**Панов Алексей Валентинович**, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», директор ООО «Центр медицинского права», юрист  
Координаты для связи: 127254, г. Москва, ул.Добролюбова, д.16, к.2, тел.(495) 618-00-81



**Мисюлин Сергей Сергеевич**, президент Некоммерческого партнерства «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», генеральный директор сети центров косметологии «Реднор», к.м.н.  
Координаты для связи: тел. 8-916-676-63-83  
e-mail: privatmed@mail.ru



**Лазарев Сергей Владимирович**, эксперт Некоммерческого партнерства «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», кандидат медицинских наук  
Координаты для связи: тел. 8-916-611-22-02  
e-mail: selasik@mail.ru



**Тихомиров Алексей Владимирович**, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», адвокат (Московская областная коллегия адвокатов), доктор медицинских наук, кандидат юридических наук  
Координаты для связи: тел.(495) 618-00-81  
e-mail:

## Подписка на любом почтовом отделении связи по каталогу «Роспечать»

ф. СП-1

ФГУП «ПОЧТА РОССИИ»  
УФПС г.Москвы

**АБОНЕМЕНТ** на журнал **47661**  
(индекс издания)

**Главный врач: хозяйство и право**  
(наименование издания)

Количество комплектов:

на 2011 год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X						

**Куда**  
(почтовый индекс) (адрес)

**Кому**  
(фамилия, инициалы)

---

**ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА**

на журнал **47661**  
(индекс издания)

**Главный врач: хозяйство и право**  
(наименование издания)

Стоимость	подписки	руб.	коп.	Количество комплектов:
	переадресовки	руб.	коп.	

на 2011 год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
X	X	X	X	X	X						

**Куда**  
(почтовый индекс) (адрес)

**Кому**  
(фамилия, инициалы)

## ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ К ПУБЛИКАЦИИ

1. Общие требования к предоставляемым материалам:

1.1. Статья должна соответствовать профилю и уровню научных публикаций журнала.

1.2. Язык публикуемых статей – русский.

1.3. Объем статьи не лимитируется (статьи объемом более 30000 знаков публикуются частями в последовательных номерах).

1.4. Статьи публикуются в порядке очередности их представления. В случае если автор является подписчиком журнала, представляемая им статья имеет приоритет в сроках публикации.

1.5. Статьи публикуются при положительном решении редакции о публикации. В случае отказа автору направляется мотивированный отказ.

1.6. К рассмотрению принимаются статьи, направленные в редакцию:

- на электронном носителе (дискета, CD, DVD, флешдиск);

- посредством электронной почты на адрес издательства [jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru](mailto:jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru).

Представление статьи на бумажном носителе не обязательно.

1.7. Статья представляется в виде одного файла. Формат файла MS Word или rtf. Желательно использование популярных шрифтов (Times New Roman, Arial и т.д.), размер шрифта на усмотрение автора. Межстрочный интервал – полуторный. Таблицы оформляются средствами MS Word непосредственно в статье. Рисунки, фотографии, любые иные графические материалы, используемые в статье, представляются каждый в отдельном файле (наименование файла соответствует ссылке на него в статье). Название графического материала приводится в ссылке на этот материал. Нумерация графических материалов производится арабскими цифрами. Графические материалы печатаются в черно-белом исполнении вне зависимости от формата их представления в цвете или нет.

1.8. Минимальные требования к содержанию файла:

1 страница – титульный лист, содержащий, наименование статьи (прописными (большими) символами), ФИО автора(ов), его (их) ученые степени, звания, контактная информация (телефон, адрес электронной почты)

2 страница и последующие – текст статьи

1.9. Авторы статей несут ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не всегда разделяет мнения авторов и не несет ответственности за недостоверность публикуемых данных.

Редакция журнала не несет никакой ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

Редакция вправе изъять уже опубликованную статью, если выяснится, что в процессе публикации статьи были нарушены чьи-либо права или общепринятые нормы научной этики.

О факте изъятия статьи редакция сообщает автору, который представил статью, рецензенту и организации, где работа выполнялась.

Статьи и предоставленные CD-диски, другие материалы не возвращаются.

1.10. Плата за публикацию рукописей не взимается. Авторские гонорары также не выплачиваются. Рекламные материалы (включая скрытую рекламу) публикуются только за установленную плату и лишь в случае соответствия редакционной политике.

1.11. Направляя статью для публикации, автор соглашается с ее публикацией в открытом доступе через год после опубликования в журнале на сайте Индекса научного цитирования, что является одним из требований включения журнала в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России.

2. Требования к научным статьям

2.1. Научные статьи подлежат независимой экспертизе (рецензированию). Рецензенты – доктора или кандидаты наук.

2.2. Титульный лист научной статьи должен содержать (обязательны все элементы, перечисленные ниже):

1) ФИО автора(ов), ученые степени, звания, должность и место работы, контактная информация (почтовый адрес с индексом, телефон, адрес электронной почты) – если авторов несколько, указывается информация по каждому автору

2) Наименование статьи (прописными знаками)

3) Краткую аннотацию статьи (на русском и английском языках)

4) Перечень ключевых слов (на русском и английском языках)

2.3. В конце статьи обязателен библиографический список использованных в статье материалов. Оформление библиографического списка должно соответствовать ГОСТ 7.0.5-2008. «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления».

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

**Мисюлин Сергей Сергеевич**, Председатель Правления НП "Содействие объединению частных медицинских центров и клиник", к.м.н. (г. Москва) – **председатель**

**Акопян Андрей Степанович**, директор Центра репродукции человека МЗиСР, д.м.н. (г. Москва)

**Ануфриев Сергей Анатольевич**, исполнительный директор Некоммерческого партнерства "Единая медицина", к.м.н. (г. Санкт-Петербург)

**Баринев Евгений Христофорович** - доцент кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ, к.м.н. (г. Москва).

**Борисов Дмитрий Александрович**, генеральный директор ООО «Компания «Реднор», к.э.н.

**Вандышев Валерий Васильевич**, д.ю.н., профессор кафедры уголовно-правовых дисциплин юридического факультета НОУ Межрегиональный институт экономики и права (г. Санкт-Петербург)

**Егоров Константин Валентинович**, ст. преподаватель Кафедры государственно-правовых дисциплин Казанского филиала ГОУ ВПО Российская академия правосудия, к.ю.н.

**Кадыров Фарит Накипович**, заместитель председателя комитета правительства Санкт-Петербурга по здравоохранению по экономическим вопросам, д.э.н. (г. Санкт-Петербург)

**Лазарев Сергей Владимирович**, Председатель Правления НП «Федерация медицинских бизнес-экспертов», к.м.н. (г. Москва)

**Леонтьев Олег Валентинович**, профессор, филиал государственного университета "Высшая школа экономики" (г. Санкт-Петербург), д.м.н.

**Назарова Инна Борисовна**, заместитель директора аналитического Центра Высшей школы экономики (Государственный университет) д.э.н., канд. социол. наук, (г. Москва)

**Тихомиров Алексей Владимирович**, адвокат, Московская областная коллегия адвокатов, д.м.н., к.ю.н. (г. Москва)

**Ходачек Александр Михайлович**, д.э.н., профессор, директор СПб филиала государственного университета "Высшая школа экономики" (г. Санкт-Петербург)

**Холиков Иван Владимирович**, Главное Военно-медицинское управление Минобороны РФ, д.ю.н. (г. Москва)

**Черепанова Изольда Семеновна**, д.м.н., профессор, кафедра управления и социологии здравоохранения ФУВ РГМУ (г. Москва)

## РЕДАКЦИЯ

ТИХОМИРОВ Алексей Владимирович - главный редактор  
ИВАНОВ Алексей Викторович - выпускающий редактор

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

ЛЕОНТЬЕВ Олег Валентинович, Санкт-Петербург  
ПАНОВ Алексей Валентинович, Омск  
РОДИН Олег Владимирович, Москва

**ДИЗАЙН**

АФОНИН Юрий Иванович

Воспроизведение текстов и фотографий в любом виде, на любом носителе и на любом языке, полностью или частично, в том числе в электронных базах и в электронных СМИ, без разрешения редакции не допускается и преследуется в порядке, предусмотренном законом.

За содержание рекламных объявлений редакция ответственности не несет.

**УЧРЕДИТЕЛЬ**

Некоммерческое партнерство Информационно-правовой центр "ЮрИнфоЗдрав"

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Регистрационное свидетельство ПИ №77-16321 от 29.08.2003 г.

**АДРЕС РЕДАКЦИИ**

127254, Москва, ул. Добролюбова, д.16, к.2  
Тел./факс: (495) 618-00-81.  
E-mail: jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru.

Тираж 2000 экземпляров.