

В следующих номерах:

Реформа здравоохранения

Реформа обязательного  
медицинского страхования

Бюджетная реформа

Социальная реформа

Безопасность пациентов

ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

Модернизация разрешительной  
системы в здравоохранении

Отраслевая организация  
здравоохранения

Потребительская недостаточность  
законодательства в здравоохранении

Уходящая осень в социальной сфере продемонстрировала два не напрямую связанных процесса. С одной стороны, профильное министерство проявило завидную законотворческую активность, которая снизила все мыслимые и немыслимые рейтинги его руководства. С другой стороны, по всей стране, начиная с федерального и заканчивая региональными министерствами, прошла волна откровений с делами о томографах, а затем произошёл новый всплеск скандала с тендером на информатизацию здравоохранения – «в связи с некорректными высказываниями СМИ».

Закрытость Минздравсоцразвития, отказ от диалога с обществом, таинственное сокрытие составителей законопроектов в сочетании с поспешным «вбросом» «сырых» законопроектов и полным безразличием к ширококомасштабной критике – все это множит общественное недовольство, ширит ряды противников таких инициатив и увеличивает и без того накопившуюся критическую массу подозрений.

Не все спокойно в королевстве нашем. И это беспокойствие рождает многочисленные тревоги о будущем. Ведь персоналии во власти приходят и уходят, а сделанные ими ошибки и допущенные ими просчеты остаются и проявляются в жизнедеятельности подвластных. И с инициативами тех, кто при власти сейчас, придется потом работать тем, кто производит социальные блага, и жить тем, кто их потребляет.

А вокруг – кризис. И наступил электоральный период. Социальная сфера становится площадкой демонстрации эффективности власти. Приближается «точка невозврата», когда нужно выбрать, двигаться дальше по намеченному пути или вернуться на исходные позиции для поиска иного. И не в интересах власти – наглядность несостоятельности профильного в этой сфере министерства. Поэтому грядет переломный момент: либо нежизнеспособные и деструктивные ведомственные декларации принимаются, и тогда их последствия ложатся на власть, либо осуществляется поиск альтернатив, и тогда неизбежен широкий диалог с обществом.

Мы становимся свидетелями исторических событий: либо трагедии конфликта власти с обществом, либо торжества здравого смысла и их партнерского сотрудничества.

Невозможность дальнейшего существования власти и общества в параллельных мирах притом, что перманентный двадцатилетний кризис социальной сферы мультиплицировался отторгаемой обществом политикой профильного министерства, приводит к вынужденности нахождения быстрого решения многочисленных и многообразных проблем в условиях цейтнота. Но иного, кроме как выработать обоснованную и соответствующую реалиям времени и места парадигму организации социальной сферы, пути у власти нет. Поэтому, конечно, это – дело знатоков, экспертов. С последующим убеждением и одобрением общества.

А как в действительности будут развиваться события, мы вас проинформируем, наши читатели.

Главный редактор  
Алексей Тихомиров

# ПОДПИСКА

Оформить подписку на журнал  
“Главный врач: хозяйство и право”  
МОЖНО:

□ Через редакцию:  
– на 2011 год – 6960 рублей

Информация о скидках на странице 6

□ Через каталог Роспечати “Газеты и журналы.  
1 полугодие 2011 года”:  
– подписной индекс – 47661

□ Через Объединенный каталог “Пресса России”:  
– подписной индекс – 39350

При подписке через редакцию оплату следует производить  
по следующим реквизитам:

Некоммерческое партнерство Информационно-правовой центр “ЮрИнфоЗдрав”

р/счет № 40703810890000000187  
в ОАО Банк “ОТКРЫТИЕ” г.Москва  
БИК 044585297  
корр. счет № 30101810500000000297

ИНН 7715385513  
КПП 771501001  
ОГРН 1037715054618

## ВНИМАНИЕ!

Просим Вас при заполнении графы “Назначение платежа” указать телефон с кодом города, а также почтовый адрес (с индексом) организации.

Например: (495)123-45-67, 123445, г.Москва, ул. Медиков, д.1, офис 12.

Оплата годовой подписки на журнал “Главный врач: хозяйство и право”. НДС не облагается.

ПРИМЕЧАНИЕ: Телефон лучше указывать в первую очередь, так как при отправке платежного поручения текст в графе “Назначения платежа” может быть сокращен. Зная Ваш номер телефона, мы всегда сможем связаться с Вами для уточнения деталей подписки.

Если по каким либо причинам вы не получили очередной номер журнала после оплаты подписки – свяжитесь с редакцией по телефону (495) 618-00-81 или по электронному адресу [jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru](mailto:jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru).

# ГЛАВНЫЙ ВРАЧ:

05/2010

## ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

СОДЕРЖАНИЕ

### ПОЧТИ ОФИЦИАЛЬНО

А.В.Тихомиров  
ДОКЛАД НА ЗАСЕДАНИИ ОБЩЕСТВЕННОЙ ПАЛАТЫ РФ 22 сентября 2010 г. 2

А.В.Тихомиров  
КОММЕНТАРИЙ К ЗАКОНОПРОЕКТУ МЗиСР ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ  
СТРАХОВАНИИ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ  
ОРГАНИЗАЦИЙ ПЕРЕД ПАЦИЕНТАМИ от 03.09.2010 4

### ОБЗОР

О.В.Родин, А.В.Тихомиров  
ГОСУДАРСТВЕННЫЕ УСЛУГИ:  
ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО СМЫСЛА И ТЕРМИНОЛОГИИ 7

С.В.Лазарев  
МОДЕРНИЗАЦИЯ РАЗРЕШИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В  
РЕГУЛИРОВАНИИ ГРАЖДАНСКОГО ОБОРОТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 9

А.В.Тихомиров  
ОТРАСЛЕВАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 17

С.А.Мамонтов, А.В.Тихомиров  
ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОБЛЕМ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОРГАНИЗАЦИИ  
ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ (продолжение) 26

А.В.Тихомиров  
ПРОБЛЕМЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ  
ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ОБОРОТА В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН 32

### МНЕНИЕ

В.В.Пономаренко  
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПАЦИЕНТУ КАК АЛЬТЕРНАТИВА  
БЕЗУСЛОВНОЙ «КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ» 42

И.В.Павленко  
КТО ГАРАНТИРУЕТ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ? 46

### ОПЫТ

А.В.Панов  
ЛОББИРОВАНИЕ ИНТЕРЕСОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ  
В АМЕРИКЕ ДОСТИГАЕТСЯ ЧЕРЕЗ ОБЪЕДИНЕНИЕ В АССОЦИАЦИИ 49

Предлагаемый законопроект порождает много вопросов.

1. КАКОВА ЦЕЛЬ ЗАКОНОПРОЕКТА?

В представленном виде это – не восстановление жизнеспособности отрасли, а тоталитарное ее окормление ведомством.

Законопроект явно устанавливает подведомственность отрасли.

Между тем отрасль не тождественна границам юрисдикции ведомства.

Настоящая цель закона – создать не ведомственную вотчину, а правовую основу общественных отношений в отрасли.

2. ИСПРАВЛЯЕТ ЛИ ЗАКОНОПРОЕКТ ПОРОКИ ПРОШЛОГО, ЧТОБЫ ИМЕТЬ СМЫСЛ?

Нет. Он даже не основан на выявлении таких пороков. Сохраняя системную неработоспособность модели Семашко в современных условиях, законопроект в этом ничем не отличается от действующих Основ законодательства об охране здоровья граждан.

Между тем бюджетно-учрежденческая организация отечественного здравоохранения – это то главное, что его отличает от зарубежных аналогов.

За рубежом – здравоохранение ДЛЯ общества и В обществе. У нас – здравоохранение ДЛЯ ведомства и В государстве.

3. ПРАВИЛЬНО ЛИ ЗАКОНОПРОЕКТ ПОЗИЦИОНИРУЕТ ИНТЕРЕСЫ, ЧТОБЫ СТАТЬ ЖИЗНЕСПОСОБНЫМ РЕГУЛЯТОРОМ И ПРАВОВЫМ ЗАКОНОМ?

Нет. Он мерой финансирования отрасли регулирует деятельность практического здравоохранения, мерой ведомственного диктата – права пациентов и т.д.

Между тем сфера охраны здоровья шире границ ведомства, а каждый из участников общественных отношений в этой сфере мотивирован своими личными и групповыми интересами, чтобы слепо следовать указаниям ведомства или предписаниям такого закона. Не законы и не ведомства устанавливают интересы, а интересы подлежат учету законами и ведомствами.

# ДОКЛАД НА ЗАСЕДАНИИ ОБЩЕСТВЕННОЙ ПАЛАТЫ РФ

## 22 сентября 2010 г.

Показано, что стране нужна другая организация здравоохранения, а для этого – новая парадигма, теория в ее основе, соответствующая времени и условиям

Ключевые слова: реформа здравоохранения, законопроект, Минздравсоцразвития

Как противоположны интересы продавца интересам покупателя, так же противоположны интересы финансовых и производящих медицинские услуги институтов, исполнителей и заказчиков медицинских услуг, поставщиков товаров медицинского назначения и покупателей и т.д.

А правам всегда корреспондируют обязанности – свои и чужие – корреспондируют в жизни, а не только декларируются на бумаге.

Простой констатации законопроектом прав и обязанностей в отрыве от реальных интересов участников общественных отношений в сфере охраны здоровья явно недостаточно.

4. КАКОВА ЦЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ЗАКОНОПРОЕКТУ?

Это – соответствие отрасли стандартам ведомства.

Это – не достижение социального результата, как можно было бы подумать.

Между тем здравоохранение в стране существует не ради наличия отраслевого ведомства, а отраслевое ведомство существует ради социального результата.

Социальный результат в отрасли зависит от того, насколько эффективно государство в своих вложениях в сферу охраны здоровья, т.е. как работают государственные средства, конвертируя экономическую эффективность производителей медицинских услуг в социальный результат.

Следовательно, государство в сфере охраны здоровья участвует

средствами казны в гражданском обороте, в котором создается социальный результат.

Отсюда цель здравоохранения по законопроекту, цель государства и ведомства в здравоохранении – это создать и пестовать гражданский оборот в отрасли ради достижения социального результата.

**5. ЧТО ДАЕТ ЗАКОНОПРОЕКТ ОБЩЕСТВУ?**

Пациентам – здоровье? Врачам – достойную оплату профессионализма?

Нет. Потому что ничего в отрасли не меняет, а загромождает искусственными конструкциями типа

Комиссии по расследованию случаев причинения вреда жизни и здоровья пациентов, Порядков и стандартов.

Нет и потому, что действующая организация здравоохранения, как нельзя более пригодная для социализма, уже более двух десятилетий пребывает в кризисе, демонстрируя невозможность адаптации к ныне существующим в стране условиям без коренного переустройства.

Нет еще и потому, что постоянно воспроизводящиеся следствия несоответствия организации здравоохранения реалиям свидетельствуют о ее системной порочно-

сти, также системно отражаясь на кошельках и здоровье граждан.

Требуется перезапуск российско-го здравоохранения. И ведомство в существующем виде этому – не в помощь.

Подводя итоги сказанному, следует констатировать простую мысль: стране нужна другая организация здравоохранения, а для этого – новая парадигма, теория в ее основе, соответствующая времени и условиям. Нынешнее законотворчество ведомства – это путь в никуда.

Подписка в 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	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:

Стоимость переадресовки \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп. 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	X					

**Куда**  
(почтовый индекс) (адрес)

**Кому**  
(фамилия, инициалы)

1. «...дефект оказания медицинской помощи - допущенное медицинской организацией нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной ее недостаток, независимо от вины такой медицинской организации и ее работников» (п/п.1 ст.1).

Дефект оказания медицинской помощи – это недостаток или нарушение (качества или безопасности)? Какие правовые последствия вытекают из дефекта оказания медицинской помощи или нарушения, отдельно от недостатка медицинских услуг? Является ли объединение таких свойств оказываемой медицинской услуги, как качество и безопасность, видовой категорией «нарушение» и родовой категорией «дефект оказания медицинской помощи» признанием единства вытекающих из них правовых последствий?

2. «...договор обязательного страхования заключается в порядке и на условиях, которые предусмотрены настоящим Федеральным законом, и является публичным» (п/п.8 ст.1), притом что публичным договором признается договор, заключенный коммерческой организацией (п.1 ст.426 ГК РФ). При этом страховщик – страховая организация, которая вправе осуществлять обязательное страхование медицинских организаций перед пациентами в соответствии с требованиями настоящего федерального закона (п/п.10 ст.1).

Значит ли это, что в таком обязательном страховании не могут участвовать страховщики как некоммерческие организации, общества взаимного страхования и пр.?

3. «...страховой случай - наступление, на основании решения Комиссии по расследованию страховых случаев при оказании медицинской помощи или суда, гражданской ответственности медицинской организации за причинение вреда жизни или здоровью потерпевшего (потерпевших) при оказании медицинской помощи, выразившееся в смерти пациента (пациентов) или ухудшении его (их) здоровья, повлекшем

# КОММЕНТАРИЙ К ЗАКОНОПРОЕКТУ МЗиСР ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ СТРАХОВАНИИ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПЕРЕД ПАЦИЕНТАМИ

от 03.09.2010

Показано, что причинение вреда при оказании медицинской помощи – это лишь воспроизводящееся следствие системной негодности всего механизма организации здравоохранения

Ключевые слова: вред при оказании медицинской помощи, страхование гражданской ответственности, законопроект, Минздравсоцразвития

за собой установление инвалидности, вследствие дефекта оказания медицинской помощи и при наличии причинно-следственной связи между наступившим событием и процессом оказания медицинской помощи, влекущее за собой в соответствии с договором обязательного страхования обязанность страховщика осуществить страховую выплату» (п/п.11 ст.1).

Введение категории «Комиссии по расследованию страховых случаев при оказании медицинской помощи» упраздняет верховенство правосудия в стране или создает альтернативную судебной власти ветвь?

А кто будет решать вопрос «или», если предусматривается альтернатива – Комиссия по расследованию страховых случаев при оказании медицинской помощи или суд?

Если предусматривается (п.5 ст.13) «обжалование решения Комиссии по расследованию медицинской организацией (страхователем) в суд» (которое «не освобождает страховщика от обязанности произвести полную страховую выплату»), то – в каком качестве: как акт государственного органа или органа местного самоуправления (ст.13, ст.16 ГК) или как-то иначе? Или Комиссия имеет какое-то положение типа третейского суда – тогда как это установлено в отношениях не экономического спора, а из причинения вреда потребителю?

А юридический факт в форме страхового случая как событие: какое – воздействие ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения; военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий; гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок (но это основания освобождения страховщика от выплаты страховой суммы – ст.964 ГК), землетрясение, наводнение, авиационная или другая катастрофа?

А причинно-следственная связь подлежит установлению между наступившим событием и процессом оказания медицинской помощи или все же – с фактом наступления вреда? Какого? В какой процедуре и как устанавливаемого?

Страховой случай – это наступле-

ние «гражданской ответственности медицинской организации за...» или все же наступление «смерти пациента (пациентов) или ухудшении его (их) здоровья»?

А в чем состоит ухудшение здоровья застрахованного при оказании медицинской помощи? Любое ли ухудшение здоровья пациента и при оказании любой ли медицинской помощи является страховым случаем?

4. «...К страховому риску по обязательному страхованию относится наступление гражданской ответственности по обязательствам ... за исключением случаев возникновения ответственности вследствие:

а) причинения вреда действиями или бездействием лиц, не являвшихся работниками медицинской организации;

б) причинения морального вреда или возникновения обязанности по возмещению упущенной выгоды;

в) умышленного причинения потерпевшим вреда своему здоровью...» (п.2 ст.6).

Подпунктом «а» отменяется ст.403 и п.1 ст.1068 ГК в части ответственности за действия лиц, привлеченных в порядке субподряда?

Подпунктом «б» устанавливается ответственность только за посягательство, а обязательность наличия – морального как следствие «дефектов оказания медицинской помощи» – вреда отменяется?

Подпунктом «в» предполагается предусмотренный законом механизм установления умысла потерпевшего? Какой? А как это согласуется со ст.10 ГК?

5. «...Страховщик, в случае отсутствия обстоятельств, указанных в части 1 настоящей статьи, имеет право предъявить регрессное требование к причинившей вред медицинской организации в размере произведенной страховщиком страховой выплаты, если: вред жизни или здоровью потерпевшего был причинен вследствие виновного деяния указанной медицинской организации, при этом она признается виновной, если будет установлено, что у нее имелась возможность для недопущения дефекта оказания медицинской помощи, но

ей не были приняты все зависящие от нее меры по соблюдению всех необходимых норм, связанных с качеством и безопасностью такой медицинской помощи» (п.2 ст.14).

А установления ст.403 и п.1 ст.1068 ГК в части ответственности работодателя за действия своих работников отменяются – ведь не сама же организация совершает наказуемые деяния?

А составы безвиновной ответственности (ст.1079, ст.1095 ГК) упраздняются?

#### ВЫВОДЫ.

Юридическая безграмотность составителей этого законопроекта в случае его принятия чревата серьезными неблагоприятными экономическими последствиями в здравоохранении и последствиями в личной сфере граждан, потерпевших от действий равно субъектов медицинской деятельности и членов своего рода «революционной тройки» - Комиссии по расследованию страховых случаев при оказании медицинской помощи.

То, что законопроект содержит мыслимые и немыслимые нарушения положений действующего законодательства – это очевидно.

То, что, предусматривая создание неизвестного правового положения структуры как альтернативу судебной власти, законопроект противоречит Конституции страны – это также очевидно. Более того, такие структуры создаются как рассадники коррупции за пределами публичных институтов: то, что вместо «расследований» ими будет проводиться конкурс размеров мзды – очевидно. Просто медицинские организации будут откупаться не от чиновников, а от привлеченных «на общественных началах» полу-частных – полудолжностных лиц.

В части участия в таком «страховании» государственных и муниципальных учреждений здравоохранения – это способ создать механизм дополнительного переведения средств государственной казны – средств налогоплательщиков.

В части участия в таком «страховании» частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей – это способ создать видимость правового механизма ведом-

ственного подчинения отраслевого оборота и дополнительной экспроприации их имущества.

Это не более чем творческое развитие бюджетной реформы: там учреждениям бюджетной сферы дали возможность кормиться на кошельке общества дополнительно к не только не уменьшившимся, а увеличившимся налогам, а здесь – «группе товарищей» (или «лутшим людям», как это в свое время сказано в «Русской правде») на кошельках субъектов медицинской деятельности и пострадавших от них пациентов

#### ПРЕДЛОЖЕНИЯ.

Законопроект нуждается в серьезной переработке, с изъятием положений о Комиссиях по расследованию страховых случаев при оказании медицинской помощи, с многочисленной коррекцией юридических недоразумений и положений переходного от медицинской к

страховой деятельности характера: понятие страхового случая, недостатка качества и безопасности медицинских услуг вместо невнятицы «дефект оказания медицинской помощи» (уже хорошо, что не «медицинская ошибка») и пр.

Кроме того, явно не является задачей этого законопроекта определение правовых категорий характеристик медицинских деятельности, услуг и помощи – это задача Основ законодательства об охране здоровья граждан как специального закона в этой сфере. В законопроекте об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами речь должна идти о защите прав пациентов с помощью правовых средств в страховом механизме – и только. И только на основе судебных постановлений. Вопрос установления меры ответственности причинителя вреда – это прерогатива суда, а вопрос исполнения уста-

новленной судом меры ответственности – это дело причинителя, в том числе через механизм страхования.

Что касается ведомства – Минздравоохранения, то его заботой является анализ, почему калечащая медицина не только возможна, а и является таковой на постоянной основе. Причинение вреда при оказании медицинской помощи – это лишь воспроизводящее следствие системной негодности всего механизма организации здравоохранения. Без устранения причины такой негодности следствие будет продолжаться воспроизводиться, даже если ответственность будет предельно высокой. Поэтому задачей ведомства является не создание нежизнеспособных законопроектов, а нахождение и устранение системного сбоя в деятельности отрасли – той самой причины, неизбежно приводящей к этим следствиям.

## ПОДПИСКА

Уважаемые коллеги!

Мы рады сообщить о начале подписной кампании на 2011 год.

2011 год – год значительных изменений в сфере здравоохранения, особенно в вопросах организации, управления, финансирования. Наши издания всегда были направлены на то, чтобы помочь Вам легко ориентироваться в текущей ситуации, получать и эффективно использовать на практике новые знания. И в новом году мы будем верны этому подходу.

В период, когда экономика оправляется от мирового финансового кризиса, мы нашли резервы и возможности не только сохранить цену подписки на уровне прошлого года, но и предусмотрели возможность подписки по более низкой цене.

С 15 октября по 31 декабря 2010 года будут действительны следующие подписные цены:

На журнал «**Главный врач: хозяйство и право**» - при подписке на:

- 1 экземпляр – 6960 рублей,
- 2-5 экземпляров включительно – 5700 рублей за 1 экземпляр журнала,
- свыше 5 экземпляров – **4500** рублей за 1 экземпляр журнала.

На журнал «**Медицинская экспертиза и право**» - при подписке на:

- 1-3 экземпляра включительно – 4500 рублей за 1 экземпляр,
- 4-9 экземпляров включительно – 3600 рублей за 1 экземпляр,
- 10 экземпляров и больше – **2700** рублей за один экземпляр.

Указанные подписные цены действуют при:

- 1) Оформлении подписки через редакцию
- 2) Оплате единым платежом за все экземпляры
- 3) Едином адресе доставки всех экземпляров

Возможно оформление подписки для группы физических лиц по предварительной заявке и при соблюдении вышеперечисленных условий.

По всем вопросам оформления подписки с учетом скидок и оформления необходимых документов, можно связаться с редакцией по электронной почте [jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru](mailto:jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru) или по телефону (495) 618-00-81.

Адрес редакции: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д.16, к.2

Тел./факс (495) 618-00-81

E-mail: [jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru](mailto:jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru)



**О.В.Родин**, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», адвокат (МОКА), к.м.н.  
**А.В.Тихомиров**, член НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», адвокат (МОКА), д.м.н, к.ю.н.

**П**арадигмой последнего времени в России стали государственные услуги. Этот термин устоялся в политическом лексиконе. Появились поддерживающие его научные исследования. В этой связи возникла необходимость выяснить, имеет ли он право на существование.

Как известно, с юридической точки зрения услуги – это объект гражданских прав, относящийся к материальным благам (ст.128 ГК), хотя бы и не имеющий овеществленного, материального воплощения. Это также объект гражданских правоотношений, возникающий в силу договора (гл.39 ГК), т.е. в отсутствие договора нет услуги, ее создает договор, она становится таким объектом из договора. Услуги являются объектом гражданского оборота, могут быть ограничены в нем или изъяты из оборота (ст.129 ГК).

С экономической точки зрения услуги – это товар, хотя бы и особого свойства. Как любой товар, услуги обладают себестоимостью производства и продажной ценой, с учетом добавленной стоимости формирующейся в соответствии с конъюнктурой экономического оборота, товарообмена. Предметом товарообмена услугу делает экономическая полезность, т.е. услуга обладает меновой стоимостью.

По поводу услуг исполнители вступают в договорные отношения с заказчиком, сторона которого представлена получателем (потребителем) или также и плательщиком в его пользу (ст.430 ГК) в зависимости от того, совпадают они или не совпадают в одном лице. Это наиболее демонстративно в здравоохранении и образовании, когда государство – в соответствующих механизмах – выступает плательщиком в пользу граждан за оказываемые им медицинские и образовательные услуги.

Нельзя согласиться с точкой зрения Санниковой Л.В. (1, С.8), согласно которой возмездность не является существенным признаком услуги как объекта гражданских прав, что позволяет распространить гражданско-правовое регулирование, например, на безвозмездные отношения по оказанию медицинских и образовательных услуг. Так, в соответствии с п.1 ст.41 Конституции РФ медицинская помощь

# ГОСУДАРСТВЕННЫЕ УСЛУГИ: ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО СМЫСЛА И ТЕРМИНОЛОГИИ

Показано, что пороки терминологии в определении публично-го предоставления имеют негативные правовые последствия

Ключевые слова: услуги, публичные предоставления, правовая терминология

в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений, но не безвозмездно, поскольку она оплачивается из государственной казны.

Таким образом, услуги – объект гражданского оборота и оказываются в возмездных отношениях встречных, взаимных предоставлений, в обмен на плату, т.е. денежный или иной имущественный эквивалент ценности. Услуги могут оказываться бесплатно для получателя (потребителя), если их оплату производит иной плательщик в его пользу. Наряду с государством это может быть страховая или благотворительная организация, работодатель или родители в пользу детей и т.д. Важно то, что услуга всегда, во-первых, возникает в силу договора; во-вторых, обладает себестоимостью, относимой на доходы или убытки исполнителя; в-третьих, требует оплаты.

Как и в случае с любым другим товаром, в отношениях товарообмена,

объектом которого являются услуги, происходит переход прав на встречные предоставления сторон договора: на услугу – к заказчику, на ее оплату – к исполнителю. Иными словами, объекты товарообмена меняют правовую принадлежность.

Именно потому оказание услуг является предметом предпринимательской деятельности, т.е. экономической активности в хозяйственном, гражданском обороте, что результат этой деятельности имеет форму товара.

Нельзя согласиться с мнением Санниковой Л.В. (1, С.8) и Тихомирова Ю.А. (3, С.118), что отношения по оказанию публичных (государственных, социальных) услуг остаются за рамками гражданско-правового регулирования. На примере здравоохранения показано, что это свидетельствует лишь о порочной (нетоварной) организации отношений, товарная (гражданско-правовая) природа которых с этим не меняется (2).

Иное дело в публичной сфере, результат деятельности которой товарной формы не имеет. Государство и

муниципальные образования содержатся обществом на налоги. Любой и каждый платеж члена общества<sup>1</sup> государству определяется Налоговым кодексом. Члены общества – потребители и товаропроизводители – не находятся с государством и муниципальными образованиями в товарных отношениях.

За рубежом граница между обществом и государством обычно довольно четко проведена. Поэтому притязаний со стороны государства к обществу или со стороны общества к государству, по общему правилу, не случается.

Иное дело – в России. Между механизмом государства и муниципальных образований и обществом с предшествующего времени сохранилась обширная прослойка государственных и муниципальных учреждений бюджетной сферы. Осуществляя деятельность в отношении общества, они находятся в имущественной принадлежности государства или муниципальных образований и ведомственной подчиненности соответствующим государственным или муниципальным органам. Более того, они содержатся также за счет средств казны, в том числе из государственных внебюджетных фондов, а помимо этого – оказывают «платные» услуги.

В рамках единой принадлежности и финансирования учреждения бюджетной сферы не участвуют в отношениях товарообмена (поскольку смены собственности на «бесплатные» услуги и их оплаты в таком круговороте средств казны не происходит). А оказывая «платные» услуги, учреждения бюджетной сферы в отношениях товарообмена участвуют, получая плату, не являющуюся налогом (сбором, пошлиной).

С точки зрения теории государства и права публичное право действует в публичной сфере, подчиняя ее максиме «разрешено только то, что прямо предписано». Действительно, механизм государства и муниципальных образований, состоящий из соответствующих органов власти или местного самоуправления, иерархически выстроен на условиях субординации. Частное право действует в частной сфере, подчиняя ее максиме «разрешено все, что не запрещено». Граж-

данский оборот основан на равенстве, свободе воли и соответствующем интересе участников отношений координации. Но важно, что публичное право действует и в частной сфере как мера дозволения и запретов власти для подвластных. Именно в этой – пограничной между публичной и частной средами – зоне и осуществляются предоставления государством членам общества.

На этом фоне введение института публичных (государственных, социальных) услуг, т.е. оказываемых государственными органами или органами местного самоуправления в рамках их компетенции, на безвозмездной основе или по регулируемым ценам, тем более учитывая то, что учреждения бюджетной сферы, по существу, рассматриваются как исполнительное продолжение соответствующих органов, вызывает ряд вопросов.

Первый – о правовой характеристике платы члена общества за государственные услуги. Ими самым государство выступает в отношении товарообмена с членами общества.

Второй – о правовой характеристике самих государственных услуг. Во-первых, ярлыки – «государственные» или «платные» – никак не меняют товарного существа услуг. Во-вторых, товарным понятием государственной услуги подменяется нетоварное предоставление (например, получение гражданином РФ направления в медицинское учреждение для оказания высокотехнологичной медицинской помощи) члену общества наряду с тем, которое имеет заведомо товарную природу и не может исходить от государства (собственно медицинские услуги), тем самым девальвируя первое и порождая коррупциогенный фактор. В-третьих, в смешении между государственными и муниципальными органами (результат деятельности которых не может иметь товарной формы) и учреждениями бюджетной сферы (результат деятельности которых не может не иметь формы товара) государственные услуги не могут не иметь правовых различий – ведь, например, выдача информации об объекте недвижимости и оказание медицинской помощи объективно обладают неодинаковым значением.

Наконец, третий – о субъекте оказания государственных услуг. При-

мерно в этом узком месте и находится решение.

Оно – в смене терминологического определения публичного предоставления. Очевидно, при заимствовании зарубежного опыта и при введении частного правового термина услуги для использования в публичной сфере не был найден русский аналог слова *service*, широко используемого в иностранной, прежде всего, англо-американской практике. Возможно, для целей переименования государственных (муниципальных, социальных, бюджетных и пр.) услуг понадобится либо прибегнуть к определению, заимствованному из иностранного языка – адмиссия или концессия (*admission* или *concession*) либо создающему новояз (например, сервион или сервиум), либо обратиться к филологическим анахронизмам русского языка, либо ограничиться определением «публичное предоставление».

Это сразу позволяет разграничить, во-первых, публичные и частные (товары, работы, услуги) предоставления; во-вторых, публичные (государственные и муниципальные органы) и частные субъекты этих предоставлений, что заставляет сконцентрировать внимание законодателя на положении государственных и муниципальных учреждений бюджетной сферы.

Таким образом, проблемы термина «государственные услуги» требуют разрешения, поскольку нарушают его правовой смысл, и разрешаются его заменой на термин публично-правового значения.

Использованные источники:

1. Санникова Л.В. Обязательства об оказании услуг в российском гражданском праве: Автореф. дис. ... докт. юрид. наук – М., 2007, С.8.
2. Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. – М.: ЮрИнфоЗдрав, 2007. – 234 с.
3. Тихомиров Ю.А. Публичные услуги: спрос общества и реализующие его институты. – В кн.: Модернизация экономики и выращивание институтов [Текст]: в 2 кн. /Отв. ред. Е.Г.Ясин; Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2005. – 2 кн. - С.119.

<sup>1</sup> здесь и далее имеются в виду граждане и юридические лица – участники гражданского оборота

Разрешительная система<sup>1</sup> (1, гл.19) - это урегулированная правом совокупность общественных отношений субъектов административной власти с гражданами и организациями, возникающих в связи с выдачей разрешений на занятие определенными видами деятельности и последующим надзором за соблюдением правил и условий осуществления разрешенной деятельности.

Цель разрешительной системы - обеспечение безопасности граждан, общества, государства. Эта система призвана защитить граждан, общество, государство от вреда, который может быть причинен неправильным осуществлением деятельности, в отношении которой установлен относительный запрет.

В здравоохранении разрешительная система в существующем виде обнаружила полную несостоятельность, в связи с чем Росздравнадзор и Роспотребнадзор с 15 мая 2010 г. объединяются слиянием<sup>2</sup> с существенным сокращением и изменением полномочий.

Однако с административной реструктуризацией функции разрешительной системы в здравоохранении не меняются постольку, поскольку экономическая деятельность медицинского характера не перестает нуждаться в безопасности и такой организации, которая направлена на максимальное удовлетворение интересов граждан, общества в этой сфере, в том числе и со стороны государства.

В этой связи в части функций разрешительная система в здравоохранении нуждается не в структурно-административных, а в правовых изменениях.

Модернизация разрешительной

1 Закон Украины «О разрешительной системе в сфере хозяйственной деятельности» (N 2806-IV от 06.09.2005 г.) ввел понятие разрешительной системы в сфере хозяйственной деятельности, которая определяется как совокупность урегулированных законодательством отношений, возникающих между разрешительными органами, администраторами и субъектами хозяйствования в связи с выдачей документов разрешительного характера.

2 Нетреба П., Сапожков О. Правительство ставит на естественный отбор / Газета «Коммерсантъ» № 36 (4336) от 03.03.2010 - <http://kommersant.ru/doc.aspx?DocID=1330686&NodesID=2>

# МОДЕРНИЗАЦИЯ РАЗРЕШИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В РЕГУЛИРОВАНИИ ГРАЖДАНСКОГО ОБОРОТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Показана перспектива трансформации разрешительной системы в здравоохранении к отправным началам самоорганизации

Ключевые слова: разрешительная система, здравоохранение, футурологический прогноз

системы в регулировании гражданского оборота в здравоохранении состоит в совершенствовании правового регламента компетенции государственного органа разрешительной системы в здравоохранении, правового стимулирования медицинского сообщества к самоупорядочению, правового режима альтернативных способов упорядочения гражданского оборота в сфере охраны здоровья.

1. Совершенствование правового регламента компетенции государственного органа разрешительной системы в здравоохранении склады-

вается из создания таких публичных механизмов упорядочения организации производства медицинских услуг, которые были бы стимулом развития и функционирования экономических единиц (хозяйствующих субъектов). Оно сводится к приведению к потребностям гражданского оборота в отрасли предмета деятельности государственного органа разрешительной системы, предмета государственных требований к субъектам медицинской деятельности и предмета государственных требований к объектам медицинской деятельности.

1.1. Предмет деятельности государственного органа разрешительной системы в здравоохранении.

Медицина подошла к такому рубежу, когда, по выражению Х. Б. Вуори, любое обращение к врачу несет не только благо, но и риск потери здоровья и даже жизни (3).

Институт медицины США (Institute of Medicine, IOM), в 1999 году впервые обнародовал данные, ныне широко известные: от 44 до 98 тыс. человек погибают в больницах США

здравоохранением. Это вызывает серьезную озабоченность в Европейском Союзе. Последние исследования неизменно показывают, во все большем числе стран, в том, что медицинские ошибки, наблюдаются примерно у 10% случаев госпитализации.

В апреле 2005 г. Европейский союз (ЕС) принял декларацию, призывающую к формированию культуры безопасности для пациентов. Предложено дополнительно выделить

усилия на деятельности по координации мероприятий, направленных на повышение безопасности пациентов (12). Кроме того с 1997 в США осуществляет работу независимая некоммерческая организация Национальный фонд безопасности пациентов (NPSF) (13). В Канаде в 2003 году был создан Канадский институт по безопасности пациентов (CPSI) как самостоятельная некоммерческая организация, действующая совместно с медицинскими работниками и организациями, исполнительными органами и правительством по созданию и продвижению Программы безопасности пациентов в системе здравоохранения для канадцев (14). В Шотландии Альянс безопасности пациентов Альянс (NHS) первым в мире предложил национальному здравоохранению Программу по безопасности пациентов, которой придан статус национальной Программы и которая применяется во всех больницах скорой помощи в стране (15).

Сегодня в мире уже накоплен немалый опыт по формированию и укреплению научно обоснованных систем, необходимых для повышения безопасности пациентов.

Однако в нашей стране вообще не существует никакой системы, позволяющей провести анализ безопасности медицинской помощи для пациентов, очень мало исследований, которые позволили бы получить представление о серьезности проблемы в России. Публикации по данному вопросу носят разрозненный характер и не отражают сути проблемы в целом по России.

В то же время, в России с начала 2000-х гг. в службе судебно-медицинской экспертизы количество экспертиз, назначенных правоохранительными органами по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи, ежегодно возрастает на 15-20%. В 2006 году было проведено 168 таких экспертиз, из которых причинная связь дефектов оказания медицинской помощи с наступлением неблагоприятного исхода была доказана, примерно, в половине экспертиз (16).

По данным социологического опроса, проведенного фондом «Общественное мнение» в феврале 2007 г., 42% опрошенных россияне

### **Медицина подошла к такому рубежу, когда, по выражению Х. Б. Вуори, любое обращение к врачу несет не только благо, но и риск потери здоровья и даже жизни.**

вследствие предотвратимых медицинских ошибок (22).

Безопасность пациентов является одной из наиболее актуальных проблем медицинской помощи в США (18).

IOM развивает в настоящее время целую программу по безопасности пациентов «Crossing the Quality Chasm: The IOM Health Care Quality Initiative», в рамках которой были опубликованы, помимо прочих, отчеты «Сохраняя пациентов в безопасности, трансформирую работу сестер» (2004), «Безопасность пациентов через достижение новых стандартов лечения» (2003) (19).

Всемирная организация здравоохранения во исполнение декларации 2002 г. провозгласила инициативу, направленную на повышение безопасности медицинской помощи, создав Альянс за безопасность пациентов (20).

С точки зрения ВОЗ, безопасность пациентов является основополагающим принципом охраны здоровья. Каждому этапу в процессе оказания помощи свойственна какая-то определенная небезопасность. Неблагоприятные реакции могут наступать в результате каких-либо проблем, связанных с практикой, процедурами или системами (21).

Безопасность пациентов определяется как свобода пациента от ненужного ущерба или потенциального ущерба, связанного со

2,3 млрд долларов США на защиту потребителей в сфере здравоохранения в 2007-2013 гг.

Безопасность пациентов является глобальной проблемой, затрагивающей страны на всех уровнях развития. Всемирная организация здравоохранения подготовила список глобальных приоритетов в области исследований по безопасности пациентов, которые свидетельствуют о широких областях, где имеются существенные пробелы в знаниях и где ожидается, что дополнительные знания будут способствовать значительному улучшению безопасности пациентов и снижению вреда (4).

В мире уделяют серьезное внимание данному вопросу. В Европе создана Комиссия по безопасности пациентов и качества медицинской помощи, в которую вошли представители всех 27 стран ЕС, международных организаций и органов ЕС. В Великобритании создано независимое Национальное агентство по безопасности пациентов (NPSA), главной задачей которого является сбор и фиксация информации о нежелательных событиях, ее анализ и использование этих материалов для проведения профилактических мероприятий (11). В США на федеральном уровне был создан Центр по повышению качества и безопасности пациентов (Center for Quality Improvement and Patient Safety, CQIP), сосредоточивший свои

заявили, что они были жертвами ненадлежащего оказания медицинской помощи. Среди них 32% указали на установление им неправильного диагноза и назначение неправильного лечения, 19% сообщили о случаях причинения вреда здоровью их родственникам медиками, а 10% отметили, что жертвами медицины в разное время становились все члены их семьи (17).

Приведенные данные показывают актуальность проблемы безопасности медицинской помощи в России.

Государство наличием разрешительной системы в здравоохранении гарантирует потребителю безопасность услуг, на которые исполнителю выдано разрешение от имени государства. Медицинская деятельность подлежит лицензированию, как деятельность, способная нанести вред (ущерб) здоровью граждан. При этом ущерб для здоровья от оказания медицинской помощи может наступить не так, как от правонарушения или преступления немедицинской природы. Именно поэтому государство в сфере здравоохранения должно установить критерии недопустимых отклонений при оказании медицинской помощи, позволяющих медицинской услуге быть безопасной для пациента.

Кроме того, устанавливая предметом деятельности государственного органа разрешительной системы здравоохранения надзор за безопасностью медицинской услуги, государство тем самым устраняет различия для пациента между существующими в здравоохранении системами – государственной, муниципальной и частной. Сервисная часть медицинской услуги в разных системах может значительно отличаться в зависимости от материальной базы медицинской организации, однако при этом безопасность услуги для пациента во всех системах остается одинаковой, так как соответствует единым требованиям, установленным государством.

Безопасность при этом подразумевает вероятность наступления неблагоприятных побочных эффектов при оказании медицинской помощи, при применении тех или иных вмешательств. Абсолютно безопасных вмешательств в медицине нет, поэтому при оказании меди-

цинской услуги можно говорить только о разумном балансе между эффективностью и безопасностью. Установление государством критериев безопасности в ходе лицензирования медицинской деятельности путем определения лицензионных требований и условий, направленных на недопущение нанесения вреда (ущерба) здоровью, и надзор за их соблюдением является определяющим моментом разрешительной системы в здравоохранении.

1.2. Предмет государственных требований к субъектам медицинской деятельности.

Государственный надзор в этом случае проводится в отношении медицинской помощи в части ее безопасности, а не в отношении определенных характеристик субъекта этой деятельности. Возможность субъекта оказывать медицинскую помощь определяется в процессе лицензирования, и при проведении последующего надзора нет необходимости повторного определения квалификации. Единожды установленную квалификацию специалиста можно отменить только через суд за деяния, приведшие к причинению вреда или ущербу здоровью пациента, то есть нарушению безопасности медицинской помощи. В этом случае является естественным определение предметом государственных требований к субъекту именно безопасность медицинской помощи, как фактор,

ные побочные явления и осложнения. Оценку данных качеств могут проводить только профессионалы от медицины, но ни в коем случае не чиновники государственного органа разрешительной системы. В этой связи сертификацию специалистов должны осуществлять только профессиональные медицинские ассоциации.

Сохранение врачебной тайны является также элементом безопасности медицинской помощи. Возникновение ятрогении вследствие недоверия пациента врачу губительно сказывается на результатах лечения, а зачастую приводит к обратным результатам, ухудшению состояния пациента.

Установление предметом государственных требований к субъектам медицинской деятельности безопасности медицинской помощи позволяет специалистам в определенных рамках ограничения проявлять свободу клинического мышления и индивидуального подхода к пациенту. Безопасность пациента определяется не объемом оказанной помощи, а отсутствием при оказании этой помощи вредных последствий, могущих привести к нанесению вреда или ущерба здоровью.

1.3. Предмет государственных требований к объектам медицинской деятельности

К объектам гражданских прав в соответствии с Гражданским кодек-

**Государство наличием разрешительной системы в здравоохранении гарантирует потребителю безопасность услуг, на которые исполнителю выдано разрешение от имени государства.**

препятствующий причинению вреда (ущерба) пациентам.

Безопасность медицинской помощи в первую очередь зависит от квалификации персонала, оказывающего эту помощь. Однако квалификация зависит не от объема полученных знаний, а от способности предвидеть последствия оказания медицинской помощи и предотвращать в процессе оказания медицинской помощи нежелатель-

сом применительно к медицинской деятельности относятся медицинские услуги, информация, нематериальные блага (здоровье).

Услуги являются объектами гражданских прав главным образом в обязательственных правоотношениях. Обязательства возникают из договора, вследствие нарушения безопасности услуги и из иных оснований, указанных в Гражданском кодексе.

Отношения, возникающие между

потребителями и исполнителями услуг, права потребителей на приобретение безопасных для жизни и здоровья услуг надлежащего качества, регулируются Законом о защите прав потребителей. Законом также определен механизм реализации этих прав (5).

Одна из ключевых характеристик медицинской услуги – степень ее безопасности для пациента (2). Обеспечение условий безопасности медицинского вмешательства для

ее оказывающих, а факт направленного и управляемого воздействия на организм, независимо от того, инвазивным или неинвазивным, оперативным или консервативным оно является (9).

Праву на здоровье как личностной характеристике сопутствует право на информацию о личном здоровье.

Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая све-

дских услуг в порядке воздействия на здоровье (6).

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну (ст. 61 Основ).

Перечисленная выше информация является необоротоспособной в экономическом аспекте. Она не может быть объектом товарообмена, т.е. предоставляться за плату. Лицо, которому законом вменяется в обязанность ее предоставить или воздержаться от предоставления, не волен поступать по своему усмотрению – он просто обязан выполнить предписания закона под угрозой применения в противном случае соответствующих санкций (оказание услуг при отсутствии установленной информации – ст.14.5 КоАП; нарушение иных прав потребителей – ст.14.8 КоАП; разглашение информации, доступ к которой ограничен федеральным законом – ст.13.14 КоАП; нарушение установленного законом сбора, хранения, использования и распространения информации о гражданах (персональных данных) – ст.13.11 КоАП и др.; нарушение неприкосновенности частной жизни – ст.137 УК; отказ в предоставлении гражданину информации – ст.140 УК; сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни и здоровья людей – ст.237 УК) (6).

Предметом государственных требований при этом является информационная безопасность пациента. Роль государства состоит в регулировании оборота информации с учетом приоритета прав личности.

2. Совершенствование правового стимулирования медицинского сообщества к самоупорядочению сводится к возможностям создания таких механизмов организации производства медицинских услуг, упорядоченность которых была бы условием развития и функционирования каждой отдельной экономической единицы (хозяйствующего субъекта). В общем виде – это свобода в обороте, соответствие условиям оборота и состоятельность в обороте.

Свобода в обороте – это возмож-

### **Предметом информированного добровольного согласия является не технология оказания медицинской помощи – она не является категорией договорных отношений.**

пациента – предмет государственных требований к медицинской услуге. Оказание медицинских услуг всегда сопряжено с опасностью для жизни и здоровья, поскольку объектом медицинского воздействия является здоровье.

Здоровье законом (ст.150 ГК) называется в ряду объектов гражданских прав в виде защищаемых законом нематериальных благ, принадлежащих гражданину от рождения, неотчуждаемых и непередаваемых иным способом (10). Каждый гражданин имеет право на физическую неприкосновенность. Законом защищается здоровье гражданина как право, а не как обязанность. Законом защищается такое здоровье гражданина, каким он обладает. Никто не вправе посягать на физическую неприкосновенность лица.

В сфере охраны здоровья реализуются отношения по поводу здоровья, обращаются товары, работы, услуги и иные не изъятые из оборота объекты гражданских прав.

Здоровье как нематериальное благо связано с материальным носителем – человеческим организмом. Неправомерное воздействие на организм человека является посягательством на здоровье. В отличие от прочих услуг, которым свойственны покупательские риски, медицинским услугам присущи также и риски физические. Медицинский характер услуге придает не профессия лиц,

ведения 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 (8).

Знание такой информации позволяет пациенту выразить добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказаться от него.

Право пациента на информированное добровольное согласие – признание личной и физической неприкосновенности человека. Любое вмешательство в человеческий организм возможно только после получения от пациента согласия на это вмешательство, иначе любые действия медицинского работника можно расценивать, как проявление насилия над личностью и причинения телесных повреждений.

Предметом информированного добровольного согласия является не технология оказания медицинской помощи – она не является категорией договорных отношений. Его предметом является мера воздействия на здоровье в результате оказания медицинской помощи. Иными словами, для информированного добровольного согласия имеет значение то, чем готов поступиться правообладатель в личной сфере в части здоровья, а не то, что будет предпринимать исполнитель меди-

ность действовать в условиях самоограничения рамками своего права, за границей которого начинается право других. Как известно, свобода – это осознанная необходимость. А праву всегда корреспондируют обязанности: свои – в отношении своего права и чужие – в отношении своего и чужих прав. Соответственно, формальная определенность правомочий хозяйствующих субъектов в экономическом обороте с учетом специфики осуществляемой деятельности в отношении здоровья граждан должна быть исчерпывающе установлена специальным законодательством. Это – условие того, что, рассчитывая на неприкосновенность своего права другими, каждый участник оборота в этой сфере, будет соблюдать права остальных и выполнять соответствующие обязанности. При этом условии каждый становится заинтересованным в упорядоченности оборота. Развитие специальное законодательство на основе однозначной терминологии создает такую свободу в отраслевом обороте, которая делает выгодным для всех соблюдение прав и выполнение обязанностей.

Соответствие условиям оборота – это обеспечение адекватности осуществляемой хозяйствующими субъектами деятельности окружающим экономическим и правовым реалиям среды. Такое соответствие достигается созданием единообразных регуляторов для достижения рациональной однотипности разновидностей поведения субъектов или состояния объектов; максимально рациональным сокращением количества инвариантностей путем приведения к единообразию, к единой норме, единой форме, т.е. унификацией правил. Хозяйствующие субъекты в рамках дозволенной действующим законодательством свободы создают для себя унифицированные ограничения (нормативы, правила, регламенты), необходимые для упорядоченного функционирования и развития в обороте. Такие ограничения служат своего рода ручательством, декларацией соответствия для остального общества и государства

Состоятельность в обороте – это, в конечном счете, вопрос состоятельности в ответственности. Поскольку

деятельность в обороте осуществляется хозяйствующим субъектом на свой риск, но и в своем интересе (благо приобретений сочетается с бременем утрат), постольку риск причинения ущерба большего, чем в состоянии возместить хозяйствующий субъект, существует. В настоящее время хозяйствующие субъекты в этих случаях предпочитают ликвидацию по несостоятельности. Однако в сфере охраны здоровья деятельность осуществляется по поводу здоровья граждан, риск причинения ущерба которому максимально велик, и риск возникновения обязанности хозяйствующего субъекта его возместить в размере большем, чем он в состоянии, не меньше. Одна лишь превенция рисков ситуацию не меняет. Поэтому необходим механизм, позволяющий хозяйствующему субъекту возмещать превосходящий его возможности ущерб, не прекращая деятельность.

Существующим механизмом является страхование, в частности, гражданской ответственности. Однако суммы страхового покрытия может быть недостаточно для действительного возмещения (компенсации) ущерба личности пострадавшего. Если активов хозяйствующего субъекта не хватает в оставшейся части возместить (компенсировать) причиненный ущерб, этим нарушается право пострадавшего. Возможное в этом случае кредитование, одна-

фирма Lloyd, или более известная в России с советского периода касса взаимопомощи). Это достигается созданием таким объединением хозяйствующих субъектов специализированных страховых или компенсационных фондов, пополняемых всеми его членами и расходуемых по факту возникновения у кого-то их обязательств по возмещению (компенсации) такого ущерба.

Возможным механизмом является объединение преимуществ обоих предшествующих таким образом, что компенсационные фонды расходуются на внесение крупной страховой премии в расчете на получение крупной страховой суммы при возникновении страхового случая (в том числе, на условиях со- и/или перестрахования).

3. Совершенствование правового режима альтернативных способов упорядочения гражданского оборота в сфере охраны здоровья состоит в создании таких механизмов организации производства медицинских услуг, упорядоченность которых была бы условием функционирования и развития всех составляющих их экономических единиц (хозяйствующих субъектов). В общем виде – это специализация, концентрация и сетевая организация.

3.1. Специализация – это функциональная дифференциация ролей между хозяйствующими субъектами с сосредоточением деятельно-

### Состоятельность в обороте – это, в конечном счете, вопрос состоятельности в ответственности.

ко, может быть неподъемным для хозяйствующего субъекта (например, из-за большой величины процентов и/или малых сроков заимствования), что ведет лишь к отсроченной неизбежности ликвидации.

Другим механизмом является объединение хозяйствующих субъектов, в частности, для несения кумулятивной ответственности по подобным обязательствам (как своего рода взаимное страхование, на котором в свое время сложилась известная

сти каждого из них на относительно узких направлениях, отдельных технологических операциях или видах выпускаемой продукции. Это кооперирование, аутсорсинг и использование рыночной инфраструктуры.

Простое кооперирование возникает между субъектами медицинской деятельности разного профиля, когда особыми особенностями лечебно-диагностического процесса продиктована необходимость привлечения специалистов того вида деятельно-

сти, которые не осуществляет тот, кто ведет пациента – в этом случае он как получатель оплаты от заказчика медицинских услуг (самого пациента или любого иного лица в его пользу, включая государство) сам становится плательщиком в пользу пациента за услуги привлекаемых специалистов.

Аутсорсинг<sup>3</sup> - это передача внешним исполнителям непрофильных, но обязательных функций: это, например, бухгалтерский учет, пита-

тельно на выпуске своей продукции и не производящего вынужденные затраты на осуществление не свойственной ему деятельности, на которой специализируются другие. Экономические интересы, связывающие хозяйствующих субъектов в рамках специализации, стимулируют стремление каждого из них к корректному осуществлению соответствующей деятельности к выгоде всех связанных этими интересами. Упорядоченность является требова-

вузов и других организаций, взаимодействующих друг друга и усиливающих конкурентные преимущества отдельных элементов и кластера в целом. Или так: кластер<sup>6</sup> - это сообщество экономически тесно связанных и близко расположенных хозяйствующих субъектов смежного профиля, взаимно способствующих общему развитию и росту конкурентоспособности друг друга. Преимущественно это неформальные объединения товаропроизводителей, создателей технологий, связующих рыночных институтов и потребителей, взаимодействующих друг с другом в рамках единой цепочки создания стоимости, сосредоточенных на ограниченной территории и осуществляющих совместную деятельность в процессе производства и поставки определенного типа продуктов и услуг. Примером кластера является Силиконовая долина в США.

Кластерная организация (кластеризация) в экономике получила распространение по нескольким причинам. Первая – это выигрыш от распределения затрат на поддержание и развитие общих для нескольких компаний ресурсов; вторая – географическая близость, обеспечивающая дешевизну и быстрые сроки поставки необходимых для производства товаров и услуг; третья – в том, что концентрация симбиотического производства в пределах одного локуса способствует распространению неявного знания – того, которое недоступно легкой формализации и передаче другим, будучи тесно привязано к носящим его людям.

Эффективность кластеризации делает ее выгодной для экономики страны, в связи с чем возникло понятие кластерной политики государства, которая включает в себя ликвидацию барьеров для инноваций, инвестиции в человеческий капитал и инфраструктуру, а также поддержку концентрации связанных хозяйствующих субъектов. В мировой практике сложились следующие основные формы стимулирования малых инновационных предприятий, в том числе и в рамках кластерных экономических систем:

### **В России первый клинический городок Императорского Московского университета возник на Девичьем поле (7), где в 1884 году Городская дума выделила большой участок земли для строительства клиник медицинского факультета на 600 коек.**

ние пациентов, перевозка пациентов и/или врачей и пр. Выполнение этих функций для субъекта медицинской деятельности неизбежно, но не составляет непосредственно предмет его деятельности.

Использование инфраструктуры не является (хотя обычно относят) вариантом аутсорсинга, поскольку не состоит в передаче обязательных функций внешним исполнителям. Это – услуги, нужные и полезные для хозяйствующих субъектов обеспечительного характера, повышающие их функционал, т.е. создающие дополнительный потенциал развития. К таким можно отнести услуги субъектов рекламной деятельности, консалтинга, информационного обеспечения и т.д. – того, что называется инфраструктурой.

Специализация хозяйствующих субъектов, занятых в сфере охраны здоровья граждан, обеспечивает такое разделение труда между товаропроизводителями, которое обеспечивает каждому из них минимизацию транзакционных издержек и наиболее целесообразно-сосредоточенную организацию производства. Каждый занимается своим делом, давая заниматься своим делом другим. От этого выигрывают все, поскольку растет качество выпускаемой продукции каждого отдельного товаропроизводителя, специализирующегося исклю-

нием всех и каждого в отдельности в системе этих отношений.

3.2. Концентрация – это процесс сосредоточения производства с целью использования агломерационного эффекта.

Агломерационным эффектом<sup>4</sup> называют экономическую выгоду от территориальной концентрации производств и других экономических объектов в агломерациях (т. е. относительно близких друг от друга пунктах). В так называемых технополисах концентрация специалистов достигает своего рода критической массы, что приводит к эффективно-му и оперативному обмену идеями, изобретениями и другой информацией и в результате – к массовому научно-техническому творчеству. В агломерационном эффекте проявляется совокупность и взаимодействие факторов внешней экономики для различных субъектов, входящих в агломерацию.

Такой продуктивный симбиоз при концентрации получил название кластеризации. Кластер<sup>5</sup> – сконцентрированная на некоторой территории группа взаимосвязанных хозяйствующих субъектов: поставщиков оборудования, комплектующих и специализированных услуг; инфраструктуры; научно-исследовательских институтов;

4 <http://slovari.yandex.ru/dict/lop/lop-0021.htm>

5 [http://ru.wikipedia.org/wiki/Кластер\\_\(экономика\)](http://ru.wikipedia.org/wiki/Кластер_(экономика))

6 [http://www.giac.ru/content/document\\_r\\_527F38BC-8322-45A6-B546-D66AD71549CC.html](http://www.giac.ru/content/document_r_527F38BC-8322-45A6-B546-D66AD71549CC.html)



- прямое финансирование (субсидии, займы), которые достигают 50% расходов на создание новой продукции и технологий (Франция, США и другие страны);

- облегчение налогообложения для предприятий действующих в инновационной сфере, в т.ч. исключение из налогооблагаемых сумм затрат на НИОКР и списание инвестиций на НИОКР, льготное налогообложение университетов и НИИ (Япония);

- законодательное обеспечение защиты интеллектуальной собственности и авторских прав;

- предоставление ссуд, в том числе без выплаты процентов (Швеция);

- целевые дотации на научно-исследовательские разработки (практически во всех развитых странах);

- создание фондов внедрения инноваций с учетом возможного коммерческого риска (Англия, Германия, Франция, Швейцария, Нидерланды);

- безвозмездные ссуды, достигающие 50% затрат на внедрение новшеств (Германия);

- снижение государственных пошлин для индивидуальных изобретателей и предоставление налоговых льгот (Австрия, Германия, США, Япония и др.), а также создание специальной инфраструктуры для их поддержки и экономического страхования (Япония);

- отсрочка уплаты пошлин или освобождение от них, если изобретение касается экономии энергии (Австрия);

- бесплатное ведение делопроизводства по заявкам индивидуальных изобретателей, бесплатные услуги патентных поверенных, освобождение от уплаты пошлин (Нидерланды, Германия);

- государственные программы по снижению рисков и возмещению рискованных убытков (Япония);

- программы поиска и привлечения иностранных талантливых специалистов, включающие ускоренное оформление им виз, представление стипендий для обучения и улучшение условий проживания (Япония, США, Австралия).

В сфере охраны здоровья граждан кластерная организация производства сочетает достижения меди-

цинской, технической и др. науки с образовательным и лечебно-диагностическим процессом. Вопрос в том, что в этом симбиозе приобретает ведущую роль: в США, например, это университеты – университетские городки, объединяющие несколько кампусов. Кампус<sup>7</sup> включает, как правило, учебные помещения, научно-исследовательские институты, жилые помещения для студентов, библиотеки, аудитории, столовые и т. д. Слово campus (поле, открытое пространство) имеет латинское происхождение. Впервые кампусом назвали территорию Принстонского университета в XVIII веке. Иногда кампусом называют обособленную территорию, принадлежащую крупной компании (включающую внутрифирменную инфраструктуру, например, корпоративный университет).

В России первый клинический городок Императорского Московского университета возник на Девичьем поле (7), где в 1884 году Городская дума выделила большой участок земли для строительства клиник медицинского факультета на 600 коек (в 1995 они насчитывали 2800 коек). Однако клинические городки в России не прижились и не стали центрами сосредоточения медицинской науки, образования, практики, а также смежных производств и инфраструктуры, что, однако, не означает бесперспективности их возникновения в будущем.

Таким образом, симбиотическая концентрация (кластерная организация) хозяйствующих субъектов, занятых в сфере охраны здоровья граждан, как фокус медицинской науки, образования, практики, а также смежных производств и инфраструктуры, создает условия заинтересованности всех и каждого из причастных в инновационном развитии, результаты которого повышают эффективность их деятельности. Экономические интересы, связывающие хозяйствующих субъектов в рамках концентрации, стимулируют их общее стремление к упорядоченности в системе взаимоотношений.

3.3. Сетевая организация – использующая в управлении производством медицинских услуг сете-

вые связи, отношения и технологии.

С развитием информационных (IT-технологий) и транспортных коммуникаций, нанотехнологий вопросы доступности гражданам медицинской помощи в прежнем значении приближенности пунктов ее оказания перестают играть значимую роль. Здоровье дальше больше становится объектом технического контроля и технического обслуживания. Значение приобретают технологии организации оказания медицинской помощи, структура которой подвергается переосмыслению и начинает подчиняться совершенно другой – по сравнению с нынешней – парадигме.

Возникает вопрос центра и периферии. Он имеет не столько географическое, сколько функциональное значение – где находится центр принятия решений и в отношении какой периферии.

Главной фигурой (центром ответственности) становится лечащий врач (врач общей практики, семейный врач). Он – единственный, кто принимает медицинские решения и несет всю полноту ответственности за эффективность и последствия медицинского пособия. Все остальные звенья лечебно-диагностического процесса подчиняются ему и выполняют его задания в делегированных им пределах.

Отсюда, лечащему врачу нет необходимости находиться в месте нахождения пациентов. Для контроля за состоянием их здоровья, для выполнения предписаний лечащего врача достаточно по месту их жительства иметь многофункциональный диагностический терминал и ограниченный круг среднего медицинского персонала. Такой терминал должен иметь возможность переводить информацию о биологических субстратах и других объектах в форму, доступную для дистантной интерпретации, отправлять ее по заданному маршруту, принимать ответную информацию, вводить ее в соответствующие базы данных и т.д. Средний медицинский персонал, получив задание от лечащего врача, должен быть способен выполнить его по месту нахождения пациента. Вполне возможно, что для выполнения простейших (или специально упрощенных) иссле-

<sup>7</sup> <http://ru.wikipedia.org/wiki/Кампус>

дований пациенту не нужно будет пособие медперсонала – он сможет их производить самостоятельно, отсылая информацию по нужному электронному адресу через персональные мобильные средства связи (телефон, компьютер и т.д.).

Лечащий врач при этом может находиться в клиническом городке, находящемся далеко от места нахождения терминала для своих пациентов. Расшифровка результатов лабораторных и иных исследований может производиться совершенно в другом удаленном пункте.

Если возникает необходимость госпитализации, транспортное сообщение позволяет пациенту прибыть в конкретный стационар, который может находиться также отдаленно от лечащего врача и пациента, где последнему выполнят ровно то, что предписано первым – пациент не выбывает из ведения лечащего врача никогда.

Все, что необходимо лечащему врачу для ведения пациента, осуществляется в фоновом режиме: он привлекает консультантов, при необходимости – в режиме видеоконференции с терминалом, с демонстрацией конкретики, касающейся пациента; он обучает автоматизированную экспертную систему, моделирующую состояние здоровья пациента; он распределяет трафик дистантного лечебно-диагностического процесса и т.д. По существу, задачей лечащего врача становится прогнозирование проблем со здоровьем пациента, а также поиск и устранение изъянов экспертных систем, моделирующих состояние здоровья пациентов, и атипичных исключений, требующих учета в будущем, нестандартных лечебно-диагностических решений и представляющих научный интерес.

Аналогичным образом решается вопрос с оказанием экстренной медицинской помощи: экспертная дистантная оценка состояния здоровья пациента лечащим врачом через терминал в режиме on-line, возможно, с привлечением консультантов, с производством необходимых обследований и дистантной оценкой результатов и т.д. и принятием решения по тактике ведения: лечение на месте или госпитализа-

ция в стационар с заранее определенной программой ведения. Если состояние здоровья пациента требует соответствующей консервации на период транспортировки в стационар, новые технологии позволяют поместить его в специальную капсулу, возможно, для пребывания в ней на заданный срок в состоянии гибернации или ином управляемом состоянии, введение пациента в которое – функция среднего медицинского персонала на месте, как и иммобилизация, гемостаз и пр. на случай необходимости с помощью разработанных для этого инновационных методов и средств.

Таким образом, сетевая организация с развитием информационных, транспортных и нанотехнологий подвергает существенному изменению традиционные процессы и последовательности оказания медицинской помощи, создавая совершенно иную реальность существования практической медицины в информационном обществе, на совершенно иных основаниях упорядоченности осуществления медицинской деятельности.

В целом, можно констатировать, что модернизация разрешительной системы в регулировании гражданского оборота в здравоохранении заставляет ее претерпевать последовательный переход от догоняющего к инновационному развитию, от приоритетов публичного поуждения к приоритетам баланса частных интересов, для обеспечения которого соответствующим образом конфигурируется алгоритм оказания медицинской помощи.

Использованные источники:

1. Бахрах Д.Н. Административное право России. Учебник для вузов. - М.: Издательство НОРМА (Издательская группа НОРМА-ИНФРА-М), 2000. – 640 с.

2. Брыксина Н.В. Факторное возникновение страховых рисков при медицинских услугах: Автореф. дисс. ...канд. экон. наук - Екатеринбург, 2006.

3. Вуори Х. Б. Обеспечение качества медицинского обслуживания. – Копенгаген, 1985. – 180 с.

4. Глобальные приоритеты научных исследований в области безопасности пациентов (Первый выпуск). Всемирная организация

здравоохранения (ВОЗ), декабрь 2008

5. Закон РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-I «О защите прав потребителей»

6. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Информация как объект оборота в области охраны здоровья //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 2. - С.29-31.

7. Новые клиники и институты (Клинический городок) Императорского Московского университета на Девичьем поле. М., 1891/ Ред. Затравкин С.Н., Сточик А.М., Яровинский М.Я. - М.: Медицина, 1997. – 184 с.

8. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-I, статья 31.

9. Тихомиров А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: Автореф. дисс. ...канд. юрид. наук – М., 2008.

10. Федеральный закон от 30 ноября 1994 года № 51-ФЗ «Гражданский Кодекс Российской Федерации». Часть первая.

11. <http://www.npsa.nhs.uk/>

12. <http://www.ahrq.gov/about/cquips/cquipsmiss.htm>

13. <http://www.npsf.org/>

14. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/>

15. <http://www.patientsafetyalliance.scot.nhs.uk/>

16. [http://medobzor.net/index.php?option=com\\_content&task=view&id=100&Itemid=173](http://medobzor.net/index.php?option=com_content&task=view&id=100&Itemid=173)

17. [http://bd.fom.ru/report/cat/home\\_fam/healthca/med\\_ins/d070524](http://bd.fom.ru/report/cat/home_fam/healthca/med_ins/d070524)

18. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/patientsafety>

19. <http://www.iom.edu/focuson.aspx?id=8089>

20. <http://www.who.int/patientsafety/en/>

21. <http://www.who.int/en/>

22. To Err is Human: Building A Safer Health System. Washington, DC: IOM, 1999. Available at <http://www.iom.edu/view.aspx?id=5575>.

Советского времени сращивания государства с обществом отрасли социальной сферы, считавшиеся тогда непроизводственными, отождествлялись со сферой ведомственного управления. В подведомственности профильного министерства состояла вся отрасль. Министерство получало средства на функционирование и развитие отрасли и «осваивало» их через принадлежащие государству «предприятия, учреждения, организации».

В новое время в реальном секторе экономики произошли существенные перемены, особенно в результате приватизации производств. Сформировался рынок самостоятельных товаропроизводителей, которые не находятся в ведомственном подчинении отраслевого министерства и доступны только регулятивному, налоговому и финансовому воздействию со стороны государства: регулирование оборота товаров, работ, услуг и его налогообложение происходит в законодательном порядке, а финансирование товаропроизводителей осуществляется в порядке государственного заказа – в иных случаях товаропроизводители предоставлены сами себе в нахождении заказчика своей продукции.

В отраслях социальной сферы все сохранилось по-прежнему, они остались в подведомственности профильных министерств, объединяющих функции равно распорядителем (главных распорядителей) и получателей бюджетных средств, приватизации официально не произошло и открытого рынка не сформировалось.

Однако – в отсутствие возможности общего для экономики страны в целом или специального для отдельной отрасли запрета предпринимательской инициативы – наряду с публичным здравоохранением сложилась частная медицина.

Возникла новая реальность сосуществования двух совершенно различных до противоположности механизмов охраны здоровья граждан: прежний, бюджетно-административный и новый, рыночный. Первый, ограниченный ведомственными рамками, остался объе-

# ОТРАСЛЕВАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Показано, что все свидетельствует о том, что организация здравоохранения по действующей советской модели Семашко не пригодна для существующей действительности

Ключевые слова: отрасль социальной сферы, модель Семашко, организация здравоохранения

диненным с механизмом финансирования за счет средств казны (т.е. собранных налогов), второй, универсальный – отделен корреспондирующему ему механизму финансирования за счет любого плательщика, в том числе, за счет личных средств граждан или иного плательщика в их пользу, включая государство. Первый остался свободен от налогового бремени, от которого не освобожден второй, и в использовании безвозмездно получаемых из казны ресурсов, которые вторым приобретаются – за счет самостоятельно зарабатываемых в отношениях с заказчиком доходов. Если первый оснащается из разных источников – включая национальные приоритетные проекты – за счет средств казны в нормативном порядке, в том числе дорогостоящим современным оборудованием, то второй, будучи ограничен в доходах и отсюда – в самостоятельно приобретаемых ресурсах, не может этого

позволить.

Иными словами, отрасль поделилась на две части: подведомственное министерству публичное здравоохранение и не подведомственная ему частная медицина. Тем самым отрасль перестала быть сферой исключительно ведомственного управления.

Различия источников финансирования публичного здравоохранения и частной медицины сложились также не в соответствии со структурой интересов участников гражданского оборота, а по границе публичной и частной собственности: из государственной или муниципальной казны – правовой режим бюджетного, за счет средств любого иного плательщика за медицинские услуги – правовой режим гражданского законодательства.

Введение «платных» медицинских услуг<sup>1</sup> повлекло не столько упорядо-

<sup>1</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. № 27 «Об

Системы здравоохранения / структура	Государственная	Муниципальная	Частная
Органы управления здравоохранением	Федеральные и региональные	Муниципальные	-
Практическое звено	Учреждения здравоохранения	Учреждения здравоохранения	Медицинские организации и частные врачи (ПБОЮЛ)

Рисунок 1. Системообразование здравоохранения в соответствии со ст.ст.12, 13, 14 Основ законодательства об охране здоровья граждан (1993)

чение частной медицины, сколько дезорганизацию публичного здравоохранения. «Платные» медицинские услуги – это единственный источник финансирования учреждений здравоохранения не из средств государственной казны, а за счет средств граждан или плательщиков в их пользу. Тем самым учреждения здравоохранения вышли в гражданский оборот. Естественным стало их стремление к максимальному сужению «гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» ради расширения спектра «платных» медицинских услуг.

В условиях тотального административного нормирования в публичном здравоохранении официальная оплата «платных» медицинских услуг оказалась невыгодной для практических медицинских работников, поскольку основная ее часть на практике стала присваиваться администрацией учреждений здравоохранения. Поэтому процессы дифференциации коснулись также и медицинского сообщества. Оно оказалось разделенным не столько публичным здравоохранением и частной медициной (хотя и этим тоже<sup>2</sup>), поскольку медицинские работники, как правило, совмещают работу и там, и там, сколько возможностью теневых заработков: работники государственных и муниципальных учреждений здравоохранения имеют преимущества в этом перед работниками частных медицинских организаций, работники центральных и лучше оснащенных – перед работниками периферийных и хуже оснащенных учреждений

утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»

<sup>2</sup> сотрудникам частных клиник не засчитывали медицинский стаж, а только трудовой, что было изменено Постановлением Конституционного суда Российской Федерации по делу о проверке конституционности положений подпунктов 10, 11 и 12 пункта 1 статьи 28, пунктов 1 и 2 статьи 31 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации»

здравоохранения и т.д. Тем самым в рамках единой медицинской профессии в зависимости от места работы в публичном здравоохранении оформилась независимая от структуры заработной платы иерархия фактических доходов медицинских работников.

Стали происходить также процессы дифференциации между практическими медицинскими работниками и медицинским менеджментом. В той мере, в какой различаются интересы работников и работодателей, руководители частных медицинских организаций определяют зарплатную часть расходов по доходам, не допуская излишнюю департаментализацию, в противоположность учреждениям здравоохранения, в которых даже для оказания «платных» медицинских услуг создаются самостоятельные отделения, а администрация связана нормативами заработной платы медицинского персонала, притом что не ограничена в повышении заработной платы административного персонала. Различия между главными врачами учреждений здравоохранения и руководителями частных медицинских организаций также заметны: если первые ориентированы на максимальные расходы в счет полученных из казны средств, то вторые – на максимальные доходы для обеспечения реинвестирования осуществляемой деятельности. Отсюда, если практических медицинских работников различия публичного здравоохранения и частной медицины практически не коснулись, то руководителей учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций – весьма существенно: первые продолжили позиционироваться как чиновники, должностные лица органов управления здравоохранения, а вторые – как менеджеры, подобно менеджменту в реальном секторе экономики.

Таким образом, здравоохранение

и медицинское сообщество перестали быть едиными. Отрасль разделилась на ведомственную часть и свободный гражданский оборот. Медицинское сообщество, оставаясь в рамках отрасли, вышло за ведомственные пределы. Руководители учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций разделились на категории, соответственно, организаторов здравоохранения в прежнем значении и организаторов медицинского предпринимательства.

Если административная (ведомственная) и бюджетная (финансовая) организация здравоохранения перемен в связи с такими сдвигами не претерпела, то отраслевая подверглась существенным внутренним изменениям. В общем виде между искусственно сохраняющейся и фактически складывающейся моделями различия касаются системной, институциональной и профессиональной организации здравоохранения.

#### 1. СИСТЕМНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

В советское время совпадения государства и общества существовала единая государственная система здравоохранения – иерархия подчинения государственной социальной политике в сфере охраны здоровья через органы управления здравоохранением – от отраслевого министерства до районных комитетов здравоохранения – и низовых звеньев (практическое здравоохранение – больницы, поликлиники, амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты), и граждан – пациентов.

В новое время в соответствии со ст.ст.12, 13, 14 Основ законодательства об охране здоровья граждан (1993) единая в прошлом государственная система здравоохранения была разделена на три части: государственная, муниципальная и частная (Рис.1).

Тем самым, во-первых, в здравоохранении в рамках разделенных систем оказались смешанными публично-правовая и частноправовая сферы. Органы управления здравоохранением относятся к механизму государства (местного самоуправления), имеют соответствующую Положениям о них компетенцию и масштаб публично-правовой деятельности (сферу юрисдикции)

в осуществлении социальной политики государства в сфере охраны здоровья граждан. Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения государственными или муниципальными органами не являются и осуществляют частно-правовую деятельность (оказывают услуги) в соответствии с Уставами. Общее между ними то, что в качестве учреждений и органы управления здравоохранением, и учреждения здравоохранения основаны на имуществе, принадлежащем соответствующему публичному собственнику (государству или муниципальному образованию). Несмотря на полярные различия в положении и деятельности, и органы управления здравоохранением, и учреждения здравоохранения были разделены на государственную и муниципальную системы по единству имущественной принадлежности.

Во-вторых, оказались разделены по системам субъекты одинаковой деятельности. Государственные и муниципальные органы управления здравоохранением осуществляют одинаковую по характеру публичную деятельность за счет средств, собираемых в качестве налогов, с результатом, не имеющим формы товара (работы, услуги). Напротив, осуществляя одинаковую деятельность по оказанию медицинских услуг, ее результат равно для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и частных медицинских организаций имеет товарную форму продукта реализации.

По советскому образцу продолжая быть субъектным, т.е. охватывая субъектов (учреждения здравоохранения и частные медицинские организации), действующее системобразование здравоохранения различает их по объектной (имущественной) принадлежности. Иными словами, синтетический признак самого системобразования здравоохранения – привычно субъектный, а аналитический признак деления по системам – объектный. Как характеристика собственника (а не самого имущества) выступает факт имущественной принадлежности.

Поскольку характеристикой собственника в экономическом обороте является его право на присвоение результатов деятельности, постоль-

ку именно оно с очевидностью является основополагающим признаком деления здравоохранения по системам: присвоение государственной казной – государственная система, муниципальной – муниципальная, частный способ присвоения – частная.

Иными словами, не различия в принадлежности субъектам медицинской деятельности имеющегося имущества и не их различия в деятельности на основе этого имуще-

ния произошел раскол единообразия социальной политики государства в сфере охраны здоровья граждан – в здравоохранении возникли территориальные различия финансирования здравоохранения.

Второе. Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, находясь в сфере административного управления и финансирования в качестве получателей бюджетных средств, не стали хозяйствующими субъектами, подобно

**Именно различия в имущественной принадлежности при общности публичного обособления породили раскол прежнего единства подведомственности федеральных, региональных и муниципальных органов управления здравоохранением, поскольку ведомственная отнесенность перестала сопровождаться централизованным финансированием.**

ства, но лишь различия в праве на приращения от этой деятельности положены в основу деления здравоохранения по системам.

В-третьих, вместо трех систем, различающихся имущественной принадлежностью, в действительности отрасль распалась на две части – по факту наличия (государственная и муниципальная) или отсутствия (частная) в них органов управления здравоохранением – с различающимися правилами функционирования. Это приводит к ряду последствий.

Первое. Именно различия в имущественной принадлежности при общности публичного обособления породили раскол прежнего единства подведомственности федеральных, региональных и муниципальных органов управления здравоохранением, поскольку ведомственная отнесенность перестала сопровождаться централизованным финансированием. Федеральные, региональные и муниципальные органы здравоохранения финансируются, соответственно, из федеральной, региональной и муниципальной казны. Поэтому приказы федерального центра, если не обеспечены финансированием из федеральной казны, трансформируются в регионах сообразно возможностям региональной казны, а затем – на местном уровне сообразно возможностям муниципальной казны. По существу, на основе имущественного разделе-

частным медицинским организациям, но и остались за пределами механизма государства (местного самоуправления). Тем самым учреждения здравоохранения оказались вовне как публичной, так и частной сферы.

Третье. Публичный характер бюджетного финансирования и социальный характер товарной деятельности учреждений здравоохранения вошли в противоречие. Как и прежде, учреждения здравоохранения остались исправными получателями бюджетных средств по правилам бюджетного процесса притом, что осуществляют деятельность в отношении граждан, общества. Несмотря на то, что производство и потребление услуг происходит одновременно, производство медицинских услуг учреждениями здравоохранения оказалось происходящим в бюджетной сфере, а потребление гражданами – в гражданском обороте, за границами механизма государства или местного самоуправления – в обществе. Несмотря на то, что оплата, в том числе субъектом публичного права, товарных предоставлений – в свою пользу или в пользу общества (ст.430 ГК РФ) – осуществляется в гражданском обороте (ст.124 ГК РФ), учреждения здравоохранения финансируются в качестве получателей бюджетных средств в бюджетном процессе. Тем самым производство и оплата медицинских услуг

учреждениями здравоохранения происходит в бюджетной сфере, а их потребление гражданами – в гражданском обороте. Между тем допущение гражданского правонарушения при оказании медицинских услуг учреждениями здравоохранения влечет их гражданско-правовую ответственность средствами казны. Отсюда, во-первых, оказание гражданам медицинских услуг и получение их оплаты учреждениями здравоохранения происходит в несовмещающихся правовых режимах; во-вторых, если оплата оказываемых ими медицинских услуг осуществляется в рамках бюджетного процесса, то ответственность из оказания гражданам этих услуг наступает гражданско-правовая; в-третьих, гражданин как получатель медицинских услуг учреждений здравоохранения непричастен к платежам, производимым в бюджетном процессе, что лишает его или ограничивает в правах требования, предоставляемых бенефициару договором в пользу третьего лица.

Таким образом, существующее системообразование здравоохранения не консолидирует отрасль, а разобщает. Системообразование здравоохранения, основанное на имущественных различиях, во-первых, не ориентирует на достижение социального результата, будучи подчинено бюджетным целям распределения средств казны

социального результата существующее системообразование здравоохранения устремлено к недопущению частного присвоения экономических результатов медицинской деятельности, выстраивая отрасль в парадигме учреждений бюджетной сферы, т.е. распределительного круговорота средств казны<sup>3</sup>.

## 2. ИНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Как известно, социальный институт – это обозначение совокупности норм права, регулирующих социально-правовые отношения в различных сферах общества (напр., институт брака, семьи), а в широком смысле – элемент социальной структуры, исторической формы организации и регулирования общественной жизни как совокупность учреждений, норм, ценностей, культурных образцов, устойчивых форм поведения, таких как, например, экономические институты (собственность, заработная плата и др.), общественные движения и иные сообщества (потребительские, корпоративные, партийные, профессиональные и т.д.).

При товарной – капиталистической – организации общества в гражданском обороте социальные институты складываются на сторонах отношений товарообмена, в общем виде – на стороне продавца и на стороне покупателя.

Если объектом товарообмена

исполнителя предоставление выгодоприобретателю со стороны заказчика оплачивает плательщик в его пользу. Если это гражданский оборот в сфере охраны здоровья, то, соответственно, можно выделить институты товаропроизводителей (исполнителей медицинских услуг)<sup>4</sup>, институтов потребителей (получателей медицинских услуг) и платежные институты (плательщиков в пользу получателей медицинских услуг)<sup>5</sup>.

Если плательщиком в пользу граждан выступает государство, то – в качестве публичного платежного института, в отличие от иных, частных плательщиков (страховщики, работодатели, благотворительные организации и пр.). Государство как публичный платежный институт выступает в отношениях, регулируемых гражданским законодательством, на равных началах с иными участниками этих отношений – гражданами и юридическими лицами (п.1 ст.124 ГК РФ), поскольку иное не вытекает из закона или особенностей данных субъектов (п.2 ст.124 ГК РФ). В платежных отношениях с товаропроизводителями в пользу граждан государство не пользуется своим публично-правовым положением. Положением субъекта публичного права оно пользуется в публично-правовых отношениях, а в отношениях с обществом – через установление законодательных правил и поддержание их соблюдения.

Публичные институты отличны от других социальных институтов: если в обществе разрешено все, что не запрещено, то в механизме государства (и местного самоуправления) – разрешено только то, что прямо предписано.

Публичные институты в социальной сфере призваны служить проводником социальной политики государства – в этом их назначение. Тем самым публичные платежные институты в здравоохранении явля-

### Как известно, социальный институт – это обозначение совокупности норм права, регулирующих социально-правовые отношения в различных сферах общества.

в замкнутом, не сообщающемся с обществом контуре; во-вторых, препятствует государству выполнять свою социально-политическую роль, содержание которой децентрализуется и ставится в зависимость от территориальных различий величины казны; в-третьих, обуславливает разделение тех механизмов, общность функционирования которых приводит к достижению единого для всей страны социального результата. Вместо достижения всеобщего

является услуга, то одной их стороной является ее исполнитель, другой – заказчик. Если это договор в пользу третьего лица, то стороне

3 Иванов А.В., Тихомиров А.В. Современное состояние организации отечественного здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 6. - С.23-29; Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. – М.: ЮриИнфоЗдрав, 2007. – 234 с.; Тихомиров А.В. Системообразование здравоохранения на инновационной основе //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. - № 3. – С.147-148; Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., 2008.

4 Тихомиров А.В. Институты медицинской деятельности и инфраструктуры рынка медицинских услуг //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 3. - С.9-13; Тихомиров А.В. Трансформация институтов медицинской деятельности //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 4. - С.26-34.

5 Тихомиров А.В. Здравоохранение: публичный платежный институт или деятельность медицинских организаций? //Главный врач: хозяйство и право. – 2005. - № 5. - С.2; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Институты финансирования в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2008. - № 2. – С.14-22.

## Договор в пользу третьего лица (ст.430 ГК РФ):



Рисунок 2. Позиционирование сторон в договоре в пользу третьего лица

ются инструментом государства по реализации социальной политики в сфере охраны здоровья граждан. Выступать плательщиком в пользу граждан государство обязано как социальный гарант. В Российской Федерации охраняются труд и здоровье людей, устанавливается гарантированный минимальный размер оплаты труда, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развивается система социальных служб, устанавливаются государственные пенсии, пособия и иные гарантии социальной защиты (п.2 ст.7 Конституции РФ). Социальными являются финансовые обязательства государства как плательщика в пользу граждан за предоставление им гарантированных Конституцией благ, а законодательное регулирование обеспечивает реализуемость механизмов получения ими этих благ.

Но не является обязательствами государства предоставление гражданам этих благ, если такие блага создаются и предоставляются в порядке товарообмена в экономическом пространстве страны. Отсюда, если участие государства в качестве плательщика в гражданском обороте в социальной сфере является правомерным, то в качестве товаропроизводителя – нет. Иными словами, публичными не могут быть иные институты, кроме платежных.

В этой связи государственные и

муниципальные учреждения здравоохранения, не имеющие положения ни товаропроизводителей, ни государственных (муниципальных) органов, не относятся ни к публичным, ни к частным социальным институтам, чтобы участвовать в институциональной организации отрасли. Обособление оборота медицинских услуг, в котором они находятся, ведомственными границами противоречит установлениям Основного закона: в Российской Федерации гарантируются единство экономического пространства, свободное перемещение товаров, услуг и финансовых средств, поддержка конкуренции, свобода экономической деятельности (п.1 ст.8 Конституции РФ).

Именно существование учреждений здравоохранения обособляет ведомственный механизм бюджетного распределения средств государственной казны от гражданского оборота, в результате чего и потребители, и реальные товаропроизводители (в частной медицине) остаются за пределами этого механизма, в то время как социальный результат как следствие экономической деятельности достижим в другом механизме – товарообмена. И всего лишь выведение платежного механизма за пределы бюджетной сферы расставляет участников обязательственных отношений в соответствии с конструкцией договора в пользу третьего лица (рис.2).

Именно существование учреждений здравоохранения ставит государство перед выбором, следовать своим интересам публичного собственника имущества, на котором они основаны, или интересам социального гаранта, производящего за счет имущества казны оплату услуг в пользу граждан. И в том, и в другом случае используется имущество публичного собственника, но в первом – преследуется бюджетный результат сбережения имущества, а во втором – социальный результат потребления имущества (средств казны).

Именно существование учреждений здравоохранения нарушает институциональную организацию отрасли. Отсутствие их институциональной принадлежности в качестве хозяйствующих субъектов или элементов публичного механизма, приводящее к тому, что в качестве плательщиков бюджетных средств они, по существу, занимают место потребителей, хотя в ведомственном квази-обороте производят и реализуют квази-услуги, придает им свойства квази-института. Из-за сосуществования в рамках отраслевого ведомства с квази-институтом учреждений здравоохранения публичный платежный институт (в настоящее время – государственные внебюджетные фонды обязательного медицинского страхования) трудно подвергается изменениям, не разворачиваясь к товаропроизводителям в частной медицине, что вызывает справедливые нарекания со стороны Федеральной антимонопольной службы<sup>6</sup> и судебные споры<sup>7</sup>.

В отсутствие учреждений здравоохранения институты в отрасли приобретают ясную структуру позиционирования интересов сторон договорных отношений: на стороне исполнителя – частный институт товаропроизводителей, т.е. хозяйствующих субъектов, на стороне заказчика – частный институт потре-

6 Констандогло О. ФАС хочет почувствовать конкуренцию на рынке медуслуг / Фармацевтический вестник, № 23 (513) от 22.07.2008; Токманцева И. Врачебные тайны // Компания, № 44 (537) от 24.11.2008

7 Например, судебное разбирательство в Арбитражном суде СПб по иску клиники «Скандинавия» к Комитету по здравоохранению и ТФ ОМС завершилось 28 декабря 2006 года. Суд вынес решение о включении частной клиники «Скандинавия» в систему ОМС - <http://anoufrieв.ru/index.php?id=443>

бителей и – если оплата производится в их пользу третьим лицом – платежные (частные и публичные<sup>8</sup>) институты.

Кроме того, поскольку зрелость оборота определяется степенью развитости рыночной инфраструктуры, постольку к ней отходит часть обеспечительных функций, что еще больше меняет содержание деятельности публичных и структуру парапубличных институтов<sup>9</sup>.

Таким образом, институциональ-

зации общественного производства медицинские работники по месту трудоустройства в публичном здравоохранении получают оплату своего труда по правилам социалистического прошлого, а жить и тратить заработанное вынуждены по правилам капиталистического настоящего.

Ставшее с начала 90-х годов 20 столетия почти тотальным мздоимство медицинских работников создало проблему для государства. Однако вместо законодательного изменения

ния существующим в стране политическим, экономическим и правовым реалиям. В связи с массовым обращением в учреждения здравоохранения лиц, за оказание медицинских услуг которым не последует оплата (из-за множественных неурядиц в системе обязательного медицинского страхования, бомжам или иностранцам и пр.), им стали отказывать в медицинской помощи. Из-за низкой заработной платы медицинские работники стали пренебрегать своими профессиональными обязанностями, причиняя вред здоровью пациентов. Уголовной ответственности такие правонарушения подлежат не всегда (а нередко и не потому, а в силу возможности через гражданский суд получить имущественную компенсацию), и пациенты обращаются с иском к учреждениям здравоохранения.

Тем самым вред причиняется медицинскими работниками, а ответственность несет их работодатель<sup>11</sup>. Иными словами, в целом благо приобретений в публичном здравоохранении не сочетается с бременем утрат: благо приобретенный остается на уровне медицинских работников (мздоимство), создавая теневую экономику, а бремя утрат (ответственность) лежит на их работодателе – государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Все это является следствием исторических процессов изменения социальной роли врача с изменением общественных формаций, в целом описанных О.Е.Бобровым<sup>12</sup>,

### Ставшее с начала 90-х годов 20 столетия почти тотальным мздоимство медицинских работников создало проблему для государства.

ная организация здравоохранения в настоящее время не служит социальным целям, будучи структурирована не по современным экономическим и правовым, а по имущественно-протекционистским правилам публичных приоритетов вопреки тому, что в Российской Федерации признаются и защищаются равным образом частная, государственная, муниципальная и иные формы собственности (п.2 ст.8 Конституции РФ). Причиной институциональной дезорганизации отрасли является сохранение квази-института учреждений здравоохранения.

#### 3. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Различия между распределительной квази-экономикой публичного здравоохранения и экономикой воспроизводства частной медицины не могли не повлиять на конечные звенья механизма охраны здоровья граждан – медицинских работников, поскольку, работая в учреждениях здравоохранения и получая неадекватную трудовым вложениям заработную плату, они, совмещая в частных медицинских организациях, получают за тот же труд совершенно иную, более высокую плату.

Кроме того, при товарной органи-

за самой модели организации здравоохранения государство, сохраняя прежнюю, ужесточило правовое преследование мздоимцев. Поскольку врач – не должностное лицо<sup>10</sup> (если он – не заведующий отделением, не главный врач учреждения здравоохранения и т.п.) и потому не является субъектом такого преступления, как взятка (ст. 290 УК РФ), а применимого состава не существует, врачам стали вменять ответственность за должностные преступления (гл.30 УК РФ) по факту причастности к выписке льготных рецептов, листов временной нетрудоспособности и др. – т.е. того, что является не медицинской деятельностью, а ее социально-обеспечительным обременением советского времени. Мздоимство при осуществлении собственно медицинской деятельности так и осталось не подлежащим ответственности. В результате теневой оборот в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения приобрел всеобщий характер.

Однако обнаружилась другая сторона несоответствия действующей модели организации здравоохране-

<sup>10</sup> Должностными лицами ... признаются лица, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющие функции представителя власти либо выполняющие организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях ... (примечание 1 к ст.285 УК РФ)

<sup>11</sup> По договорным (ст.402 ГК) и внедоговорным (ст.1068 ГК) обязательствам за действия работников ответственность несет работодатель. Так и происходит в учреждениях здравоохранения и частных медицинских организациях. За действия причинителя ущерба de facto ответственность наступает для причинителя ущерба de jure. Работодатель в этом случае имеет право регрессных требований к работнику, по общему правилу, в пределах 20% удержаний из заработной платы (ст.138 ТК). При возможном размере гражданской ответственности, исчисляемой миллионами рублей, и актуальной зарплате в здравоохранении, исчисляемой одним-двум-трем десятками тысяч рублей, работник в течение всего срока профессиональной деятельности не в состоянии вернуть работодателю и сотой части убытков. Мамонтов С.А., Тихомиров А.В. Проблемы организации экономической деятельности практических врачей //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 3. – С.37-44.

<sup>12</sup> Бобров О.Е. Медицинское право или бесправие медицины? - <http://www.proza.ru/2003/06/03-43>. Свидетельство о публикации №2306030043

<sup>8</sup> Тихомиров А.В. Трансформация публичных институтов в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 5. – С.24-31.

<sup>9</sup> Тихомиров А.В. Трансформация парапубличных институтов в здравоохранении // Главного врача: хозяйство и право. – 2009. – № 6. – С.11-18.



но требующих дифференциации по различиям правовых последствий. Такими последствиями являются огосударствление медицинского сообщества, трудовая оплата деятельности медицинских работников и их безответственность за результаты профессиональной деятельности.

### 3.1. ОГОСУДАРСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА.

После событий 1917 года государство монополизировало право на медицинскую помощь. Уже в 1918 году было принято постановление о запрете, проводившихся с 1885 года Всероссийских съездов врачей. Врачебному самоуправлению пришел конец. Этот запрет просуществовал до 1995 года, когда в условиях жесточайшей конфронтации с Минздравом России воссозданный Всероссийский Пироговский съезд врачей все-таки состоялся, однако просуществовал лишь до 2004 г.

После октябрьского переворота на смену Конституции пришли декреты. Декрет ВЦИК и СНК РСФСР от 1 декабря 1924 года «О профессиональной работе и правах медицинских работников» более 50 лет регламентировал юридические аспекты врачебной деятельности. В нем были определены права и обязанности врача, правовой порядок проведения лечебно-профилактических мероприятий, в том числе и хирургических вмешательств, предусмотрены основания для привлечения врачей к ответственности. Возник административный регламент врачебной деятельности.

Конституция в СССР появилась только в 1936 году. В разделе «Основные права и обязанности граждан» были гарантированы права на бесплатную медицинскую помощь, на материальное обеспечение в старости, в случае болезни и потери трудоспособности, на охрану интересов матери и ребенка. Иными словами, роль медицинского сообщества приводилась к знаменателю деятельности наркомата (министерства) здравоохранения, т.е. отраслевого государственного ведомства.

Одновременно была истреблена частная медицина. В 1921 году Народный Комиссариат здравоохранения в специальном циркуляре указал, что: «...частная медицинская практика, как пережиток капита-

листического строя противоречит основным началам правильной организации медико-санитарной помощи и общим основам социалистического строительства. Доступная только отдельным лицам, могущим уплатить громадные гонорары, она дезорганизует медико-санитарную работу, вносит развал и разлад среди медицинского персонала, отвлекает медицинские силы от совместной работы на пользу трудящихся масс, ведет к спекуляции и шарлатанству, к медицинской сухаревке». Врачи, которые занимались частной практикой, вынуждены были трудоустраиваться в государственные учреждения здравоохранения.

С 90-х годов, когда в стране изменилась политическая система, положение врачей в качестве медицинских работников не изменилось. Несмотря на то, что законодательство придавало значение объединениям медицинских работников («медицинским ассоциациям»<sup>13</sup> - ст.62 Основ законодательства об охране здоровья граждан), в практике организации здравоохранения с этим отраслевым ведомством никак не поступилось полномочиями в пользу таких объединений. Тем самым и отдельный медицинский работник не перестал быть работником, и медицинское сообщество в целом не обрело значения профессионально самоуправляемой социальной группы.

отличного от значения работника<sup>14</sup> медицинской организации. С изменением политического строя медицинское сообщество оказалось не в состоянии восстановить утраченное социальное значение и автономию от отраслевого ведомства.

### 3.2. ТРУДОВАЯ ОПЛАТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.

В царской России оплата врачебного пособия была по общему правилу гонорарной. С истреблением частной медицины и возникновением сначала придворной «кремлевской» медицины, а позднее народного здравоохранения врачи стали медицинскими работниками, т.е. перестали быть самостоятельными экономическими агентами, хозяйствующими субъектами.

Принятый большевиками декрет об отделении церкви от государства привел к закрытию монастырских богаделен и приютов, массовая ликвидация которых началось уже летом 1918 года. Следующее постановление Президиума ВЦИК от 8 апреля 1929 года «О религиозных объединениях» жестко регламентировало права последних, запретив им заниматься благотворительностью, организовывать санатории и лечебную помощь. Тем самым прекратила свое существование медицинская помощь в порядке благотворительности.

Фундамент стремительного роста теневого оборота в системе здра-

## В царской России оплата врачебного пособия была по общему правилу гонорарной.

Таким образом, медицинское сообщество, изначально представлявшее собой профессиональную freelance-вольницу, оказалось в административном подчинении отраслевого ведомства, утратив самостоятельное значение, притом что и каждый отдельный представитель медицинской профессии не обрел значения,

<sup>13</sup> в значении, противоречащем положениям гражданского законодательства об ассоциациях как об объединениях юридических лиц – ст.121 ГК РФ.

вохранения был заложен в начале 20 годов 20-го столетия, когда нарком здравоохранения СССР Н.А.Семашко, создавая первую в мире общедоступную систему здравоохранения, сказал: «...хорошего врача больной прокормит» и положил докторам копеечную зарплату. В 40-е, 50-е, 60-е годы народ жил бедно и помочь врачу материально

<sup>14</sup> в актуальном обиходе русского языка нет понятия для обозначения медицинского работника в отрыве от трудового значения, за исключением бытового понятия «медик».

никто не мог. В 70 годы началось социальное расслоение общества. Врачи обрели финансовую независимость.

С 90-х годов, когда вновь появилась частная медицина, а зарплата в государственном и муниципальном здравоохранении осталась традиционно низкой, теневой оборот за счет врачебного измождения в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения стал последовательно нарастать. Поскольку

ТЕЛЬНОСТИ.

По законам 19 века врачи не могли быть привлечены к уголовной ответственности даже при грубых дефектах лечения, повлекших смерть пациента. По ст. 870 «Уложения о наказаниях» (1885): «Когда медицинским начальством будет признано, что врач, оператор, акушер или повивальная бабка по незнанию своего искусства делает явные, более или менее важные в онном ошибки, то им воспрещается практика, доколе

### По законам 19 века врачи не могли быть привлечены к уголовной ответственности даже при грубых дефектах лечения, повлекших смерть пациента.

нормируемые цены медицинских услуг, оплачиваемых за счет средств государственной казны (в системе обязательного медицинского страхования), в государственном и муниципальном здравоохранении несоизмеримо ниже тех, которые формируются в свободном гражданском обороте – в частной медицине, оправдывающей свои невосполняемые извне издержки, размеры врачебной мзды стали приравниваться к ценам частной медицины.

Таким образом, оплата труда медицинских работников девальвировалась на фоне их нелегальных доходов, извлекаемых на рабочем месте от деятельности в качестве носителей медицинской профессии, как девальвировались цены на медицинские услуги в частной медицине: зачем трудоустроенным в учреждениях здравоохранения медицинским работникам создавать свое дело или совмещать в частной медицине, если можно получать высокую «должностную» ренту на основе малооплачиваемой работы? Для медицинских работников стало привлекательным сохранение в неизменном виде государственного (муниципального) здравоохранения. Трудовая оплата деятельности медицинских работников развратила медицинское сообщество.

3.3. БЕЗОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯ-

они не выдержат нового испытания и не получат свидетельства в надлежащем знании своего дела. Если от неправильного лечения последует кому-либо смерть или важный здоровью вред, то виновный, буде он христианин, передается церковному покаянию по распоряжению своего духовного начальства». Врачебные дела направляли для оценки во врачебные управы или в медицинский совет, которые и решали вопрос о привлечении врача к ответственности. Общей тенденцией того времени было то, что врачевание в силу своей исключительно гуманной направленности не может относиться к уголовно наказуемым деяниям.

Затем, после событий 1917 года и на протяжении периода культа личности врачебные процессы носили политический, а не правовой характер.

В 1960-1980 годы сложилась иная практика расследования «медицинских дел», просуществовавшая почти до настоящего времени. Для предотвращения необоснованных обвинений медицинского персонала Прокуратура СССР предусматривала особый порядок возбуждения уголовных дел в связи с профессиональными правонарушениями медицинских работников. Такими делами не занимались прокуроры районов. Постановление о возбуждении уголовного дела выносилось только с разрешения прокурора союзной или

автономной республики, области (края), а в Москве и Ленинграде – прокурора города. После поступления сигнала о профессиональном правонарушении медицинского работника была обязательной административная проверка, по результатам которой принималось решение о возбуждении уголовного дела или отказе от него. Судебно-медицинская экспертиза проводилась только группой экспертов во главе с начальником Бюро СМЭ.

С середины 80-х годов возбуждение уголовного дела по «медицинским делам» вновь было передано прокурорам районов и даже следователям районных прокуратур.

Однако с 90-х годов возник приоритет гражданских дел о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг. С этого времени уголовное преследование врачей за неблагоприятные последствия профессиональной деятельности едва ли сохранилось на прежнем – невысоком – уровне, а частота обращений в гражданский суд стала стремительно увеличиваться, а суммы исковых требований – прогрессивно расти. По деликтным обязательствам отвечает работодатель, а не его работники – равно в публичном здравоохранении и в частной медицине. Это – вместе с низкой оплатой труда медицинских работников – породило рост их безответственности за результаты профессиональной деятельности.

Таким образом, независимо от того, что в разные периоды отечественной истории менялась мера персональной ответственности медицинских работников за результаты профессиональной деятельности, а в новое время установлена ответственность хозяйствующего субъекта-работодателя, от реальной ответственности медицинские работники защищены трудовым законодательством, к тому же считая себя недосаждаемыми для нее в силу низкой оплаты труда. Диспропорция между реальной имущественной ответственностью работодателя и маловероятной ответственностью его медицинских работников сделала первого полностью зависимым от вторых. Это, во-первых, стимулирует диспропорцию между легальным и теневым оборотом в социальной

сфере; во-вторых, демотивирует медицинских работников к достижению нужного государству социального результата; в-третьих, из-за опасности утрат удерживает капиталы от вложений в гражданский оборот в сфере охраны здоровья, ухудшая инвестиционный климат в отрасли.

В целом, профессиональная организация здравоохранения в новой России не сложилась. Медицинские работники, в условиях затянувшейся бинарности здравоохранения довольствуясь лишь предпочитаемой трудовой зависимостью, не восстановили профессиональную идентичность, которая культивируется в условиях профессионального самоуправления, обеспечивая, по существу, право на профессию, от которого ее носитель зависит экономически.

Отраслевая организация здравоо-

охранения в существующих политических, экономических и правовых реалиях не претерпела соответствующие им изменения. Отрасль перестала быть сферой исключительно ведомственного управления. Медицинское сообщество, оставаясь в рамках отрасли, вышло за ведомственные пределы. Притом, что возник самостоятельный отраслевой рынок, инерция прошлых лет, поддерживаемая бюджетным устройством социальной сферы, сохранила прежнюю организацию здравоохранения. Существующее системобразование здравоохранения не консолидирует, а разобщает отрасль, будучи устремлено к недопущению частного присвоения экономических результатов медицинской деятельности, выстраивая отрасль в парадигме учреждений бюджетной сферы, т.е. распределительного круговорота средств казны. Сохра-

нением квази-института учреждений здравоохранения, занимающих место потребителей в платежном механизме, который преследует бюджетный результат сбережения имущества, а не социальный результат потребления имущества (средств казны), дезорганизована институционализация отрасли. Идентичность медицинского работника в качестве носителя медицинской профессии утрачена, будучи восстанавливаема лишь в условиях формирования социальной роли медицинского сообщества, чему препятствует отраслевой уклад ведомственных приоритетов. Все свидетельствует о том, что организация здравоохранения по действующей советской модели Семашко не пригодна для существующей действительности.

### **А знаете ли Вы, что...**

...единожды получив лицензию на медицинскую деятельность, Вы можете выполнять все виды работ и услуг, определённые постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 г. N 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности». Действующее законодательство не требует переоформления лицензии в связи с изменением вида работ и услуг, осуществляемых лицензиатом.

Постановлением правительства определён только перечень работ и услуг, для выполнения которых необходимо получить лицензию на медицинскую деятельность, но нигде не сказано, что лицензию необходимо выдавать на конкретные выполняемые работы и услуги, так же, как не сказано, что при изменении выполняемых работ и услуг, Вы обязаны переоформлять лицензию или получать новую.

Законодательством такой порядок не предусмотрен, и требование лицензирующих органов получать новую лицензию при смене выполняемых видов работ и услуг незаконны.

### **А знаете ли Вы, что...**

...законодательно установлен срок действия лицензии – 5 лет. Срок действия лицензии по его окончании может быть продлен по заявлению лицензиата. Продление срока действия лицензии осуществляется в порядке переоформления документа, подтверждающего наличие лицензии.

Для продления срока действия лицензии лицензиат предоставляет только заявление, содержащее просьбу о продлении срока действия соответствующей лицензии. Лицензирующий орган при осуществлении действий по продлению срока действия лицензии не осуществляет лицензионного контроля в части проверки сведений о лицензиате и соблюдении им лицензионных требований и условий при осуществлении лицензируемого вида деятельности.

3. Проблемы коллегиального (организационного) взаимодействия врачей в качестве хозяйствующих субъектов.

Проблемы коллегиального (организационного) взаимодействия врачей в качестве хозяйствующих субъектов в общем виде отражаются в лечебно-диагностическом и в экономическом процессе, а также в рамках медицинского сообщества.

3.1. Проблемы взаимодействия врачей в качестве хозяйствующих субъектов в лечебно-диагностическом процессе.

Интересы врачей в качестве хозяйствующих субъектов состоят в экономической эффективности медицинской деятельности. В этой связи каждый из них заинтересован в оказании стольких медицинских услуг, сколько может себе позволить. Это решает проблему мотивации медицинских работников к увеличению рабочей нагрузки, но порождает проблему профессиональных компетенций. В стремлении к увеличению рабочей нагрузки врач может пытаться заниматься и тем, чем не в полной мере владеет, или позиционировать себя в качестве специалиста в том, в чем таковым не является, и не только по формальным признакам. Безусловно, эту проблему решает возникновение соответствующей юридической ответственности того, кто превысил пределы собственных профессиональных компетенций, однако не исключает такой практики в качестве явления. Поэтому вопрос самоограничения врачами своей деятельности пределами собственной профессиональной компетенции актуален, поскольку в одном случае они в состоянии провести соответствующее диагностическое исследование или лечение собственными силами, а в другом им необходимо направить пациента к коллегам. Нужна специализация с разделением по профессиональным компетенциям в диагностике и лечении врачей общей практики и специалистов.

Кроме того, вопросы преемственности возникают также в соотношении амбулаторной и стационарной

# ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОБЛЕМ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ (продолжение)

Пути преодоления проблем организации экономической деятельности врачей многообразны и многокомпонентны

Ключевые слова: субъект медицинской деятельности, хозяйствующий субъект, лицензирование

медицинской помощи, обычных и дорогостоящих медицинских услуг и т.д. Перед экономическими интересами должны сохранять приоритет показания (противопоказания) для медицинского пособия, что достигается их формальной определенностью и общепринятостью и риском ответственности за их несоблюдение. Не технологические нормативы оказания медицинской помощи, а профессиональные ограничения в свободе врачевания (корреспондирующие стандартам безопасности медицинской деятельности) являются теми ориентирами, которые позволяют возложить ответственность за последствия их несоблюдения в интересах пациента либо исключить ее.

Наконец, в отсутствие предписаний единственным руководством к действию становятся установления профессии. Это накладывает большую ответственность на медицинскую высшую школу, а равно ставит перед медицинским сообществом вопрос о допуске к профессии: не всякий выпускник медицинского учебного заведения должен получать такой допуск, но лишь прошедший соответствующие проверочные испытания (экзамен) и подтвердивший свою практическую профессиональную состоятельность. Очевидно, вопросы профессиональной системы коллегиальности врачей должны быть разработаны медицинской высшей школой и медицинским сообществом и внедрены в практику такого экзамена.

В целом, предостой неопределенной длительности период формирования профессиональной системы коллегиальности врачей в качестве самостоятельных хозяйствующих субъектов в лечебно-диагностическом процессе.

3.2. Проблемы взаимодействия врачей в качестве хозяйствующих субъектов в экономическом процессе.

Поскольку в качестве хозяйствующих субъектов врачи во всем предоставлены сами себе, постольку им самим надлежит строить свои отношения равно с поставщиками, пациентами и плательщиками в их пользу, а также с коллегами. Такие отношения складываются на основе договоров.

Договорная организация медицинской деятельности – это не досадная формальность, а основание для наступления договорной (в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по нему) или внедоговорной (по обязательствам вследствие причинения вреда в порядке отклонения от договорных обязательств) ответственности.

Врачам предстоит устанавливать договорные отношения, соответ-

не потребитель является плательщиком: врач может стремиться набирать потребительскую клиентуру из числа относительно здоровых пациентов, отвергая обращения страдающих хроническими и тяжелыми заболеваниями. На этот случай закон должен содержать обязательность заключения договора с пациентом по факту обращения независимо от патологии, которую он имеет.

В целом, отсутствие у врачей

**Поскольку с обретением врачами положения хозяйствующих субъектов они перестают быть работниками подведомственных профильному министерству учреждений здравоохранения, постольку на них перестает распространяться режим ведомственной организации.**

ственно, в хозяйственном обороте (с другими хозяйствующими субъектами) и с потребителями-пациентами. Как известно, эти отношения подчиняются разным правилам: если потребители рассматриваются законом как слабая сторона договора, а споры с ними разрешаются в судах общей юрисдикции, то по взаимным договорным обязательствам хозяйствующие субъекты не могут ссылаться на обременительность условий, недопоставку третьими лицами и пр., а споры между ними разрешаются в арбитражном суде. Соответственно, вступая в договорные отношения, врачи связаны условиями разных договоров так, что каждому приходится самостоятельно формировать собственную договорную политику и нести ответственность в случае ее изъятий. Например, если врач в договоре с потребителем медицинских услуг гарантирует результат (излечение), то и отвечает он по таким повышенным обязательствам. Напротив, врач может пытаться уменьшить свою ответственность по договору, не включая в него условий, обычных по договорам такого рода. В этом случае отвечать ему придется по обычным обязательствам.

В части договорных отношений субъекта медицинской деятельности с потребителем существует законодательный изъян, который не проявляется постольку, поскольку

практики установления и поддержания договорных отношений неизбежно приведет к перекосам в них и к экономическим последствиям для всех их участников, но и сформирует судебную практику их рассмотрения.

3.3. Проблемы взаимодействия врачей в качестве хозяйствующих субъектов в рамках медицинского сообщества.

Поскольку с обретением врачами положения хозяйствующих субъектов они перестают быть работниками подведомственных профильному министерству учреждений здравоохранения, постольку на них перестает распространяться режим ведомственной организации. Разрушается прежняя, построенная по военному образцу и сохранившаяся с советского времени, иерархия административной субординации носителей медицинской профессии: от санитарок и медсестер до заведующих отделениями, главных врачей учреждений здравоохранения, должностных лиц органов управления здравоохранением, главных внештатных специалистов профильного министерства и министров. Врачи, в своей деятельности будучи предоставлены сами себе, остаются со своими профессиональными и экономическими нуждами. Наряду с этим, в том или ином виде сохраняются требования разрешительной системы государства к их экономи-

ческой деятельности по медицинской профессии.

Возникает объективная потребность профессиональной самоорганизации на новой основе. Утрата врачами трудового положения стимулирует необходимость профессиональной идентичности каждого из них, а трудности раздельного самостоятельного существования – необходимость сплочения в профессиональные объединения. В той мере, в какой врачи как хозяйствующие субъекты выходят за рамки ведомственной подчиненности, они нуждаются в создании профессиональной организации, членство в которой налагает на них определенные ограничения, но и предоставляет необходимые свободы для профессиональной и экономической самореализации.

Такие возможности предоставляет институт саморегулирования<sup>1</sup>. Под саморегулированием понимается самостоятельная и инициативная деятельность, которая осуществляется субъектами предпринимательской или профессиональной деятельности и содержанием которой являются разработка и установление стандартов и правил указанной деятельности, а также контроль за соблюдением требований указанных стандартов и правил (п.1 ст.2 Закона о саморегулируемых организациях). Саморегулируемые организации

определенного вида (п.1 ст.3 Закона о саморегулируемых организациях).

Саморегулируемая организация становится инструментом помощи ее членам как способ принятого порядка осуществления их деятельности, не противоречащего интересам общества и признаваемого государством. Сформулированы специальные требования к медицинским саморегулируемым организациям<sup>2</sup>: единство саморегулируемой среды достигается общностью предмета деятельности, осуществляемой ее членами; в здравоохранении саморегулирование профессиональной и предпринимательской среды неразделимо и неотделимо друг от друга; стандарты и правила саморегулируемой организации формируются дифференцированно по профессиональному и предпринимательскому признакам в соответствии с различиями правовых последствий.

В целом, объединяясь в саморегулируемые организации, врачи как хозяйствующие субъекты приобретают определенность правил (профессионального и экономического поведения), измеримость деятельности, возможность оценки отклонений в ее осуществлении. Если саморегулирование охватывает все медицинское сообщество, оно становится упорядоченным по правилам самоорганизации.

1. Создание сети объектов здравоохранения для экономической деятельности врачей.

В той мере, в какой врачи в качестве хозяйствующих субъектов перестают быть работниками учреждений здравоохранения, во-первых, врачи лишаются рабочих мест размещения; во-вторых, учреждения здравоохранения, лишившись работников, приобретают полностью неиспользуемые площади, переставая быть организациями, оказывающими медицинские услуги, и оставаясь держателями объектов здравоохранения.

В существующем положении учреждений как некоммерческих организаций, основанных на несовременном имуществе, Уставами они ограничены в правоспособности осуществлять иную деятельность, кроме предписанной собственником, а, перестав осуществлять медицинскую деятельность, они перестают быть учреждениями здравоохранения.

Решение было найдено в партикуляризации учреждений здравоохранения<sup>3</sup>, смысл которой состоит в разделении юридической судьбы субъекта медицинской деятельности (их медицинского персонала, организованного в корпоративной или некорпоративной форме хозяйствующего субъекта) и объекта медицинского назначения (имущества, на котором они в настоящее время основаны)<sup>4</sup>. По-существу, переход врачей из трудового в хозяйственное положение и представляет собой вариант сценария субъектной трансформации. А объектная трансформация учреждений здравоохранения состоит в их преобразовании в публичные места размещения ставших частными товаропроизводителями субъектов медицинской деятельности. Иными словами, в результате партикуляризации учреждений здравоохранения субъекты медицинской деятельности становятся – независимо от организационно-правовых форм – полноценными хозяйствующими

### Создание управляющих организаций в форме ОАО позволяет охватить не отдельный объект здравоохранения, а целую муниципальную или даже региональную группу таких объектов.

оптимально подходят для объединения непротиворечивых интересов врачей в качестве хозяйствующих субъектов. Это некоммерческие организации, созданные в целях саморегулирования, основанные на членстве, объединяющие субъектов предпринимательской деятельности исходя из единства отрасли производства товаров (работ, услуг) или рынка произведенных товаров (работ, услуг) либо объединяющие субъектов профессиональной дея-

<sup>1</sup> Федеральный закон от 1 декабря 2007 г. N 315-ФЗ «О саморегулируемых организациях»

#### ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОБЛЕМ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ

Наиболее общие пути преодоления проблем организации экономической деятельности врачей состоят в создании сети объектов здравоохранения, системы расчетов и эффективного механизма разрешительной системы.

<sup>2</sup> Лазарев С.В., Мирсаяфов Д.С., Тихомиров А.В. Перспектива саморегулирования в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 1. - С.25-32.

<sup>3</sup> Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Способы совершенствования хозяйственного положения учреждений здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 5. - С.28-30.

<sup>4</sup> Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., 2008.

субъектами, а имущество приватизации не подвергается, оставаясь в прежней публичной собственности. Более того, это имущество обретает целевое назначение и подлежит передаче в аренду исключительно субъектам медицинской деятельности. Тем самым прежние работники располагаются на прежних местах, только в ином качестве – самостоятельных хозяйствующих субъектов, и сами – без административных указаний, а по обязательствам перед заказчиком медицинских услуг – строят свою деятельность.

Чтобы объекты здравоохранения функционировали в соответствии с потребностями арендующих их хозяйствующих субъектов и их клиентов – получателей медицинских услуг, они должны соответствующим образом управляться.

Субъекты медицинской деятельности в качестве арендаторов нуждаются в кабинетах, в палатах для размещения стационарных пациентов, в оборудовании и медицинской технике, в обеспечении постоянной работоспособности коммуникаций (от медицинских газов до электро- и водоснабжения) и т.д. Пациенты нуждаются в соответствующем уровне сервиса при оказании медицинских услуг – от комфорта пребывания, услуг общественного питания, бытового обслуживания и перевозки до рациональной поступательности лечебно-диагностического процесса.

Кроме того, необходимо содержание объектов здравоохранения, текущий и капитальный ремонт здания, помещений в нем, оборудования и медицинской техники, замена инвентаря и пр. – все это также устаревает и нуждается в обновлении, замене. Учитывая скорость научно-технического прогресса в медицине, многие технические средства диагностики и лечения морально устаревают, и едва ли субъекты медицинской деятельности готовы оплачивать аренду устаревшего парка медицинской техники – требуется постоянный мониторинг актуальности средств производства в аренде.

Очевидно, что учреждения здравоохранения в существующем виде непригодны для управления такими объектами, поскольку все присущие

этой форме недостатки, из-за которых и стала необходима их партикуляризация, будут перенесены в их деятельность в новом качестве. Для этих целей потребуются создание специальных управляющих организаций – хозяйствующих субъектов, каковыми учреждения здравоохранения не являются.

Очевидно, что для управления объектами публичной собственности необходим контроль за управлением ими со стороны собственника. Естественным, поэтому, является создание управляющих компаний в качестве хозяйствующих субъектов самим собственником. Действующее законодательство допускает создание субъектом публичного права хозяйствующих субъектов в форме открытого акционерного общества (ОАО).

Создание управляющих организаций в форме ОАО позволяет охватить не отдельный объект здравоохранения, а целую муниципальную или даже региональную группу таких объектов. Иными словами, ОАО создается в масштабах территории для управления рядом объектов здравоохранения, с централизованным снабжением, объединенными трудовыми и материальными ресурсами и единым менеджментом, что должно позволять оперативно реагировать на изменяющиеся потребности арендаторов и их клиентов.

Такие управляющие организации, создаваемые в результате партикуляризации учреждений здравоохранения в масштабах всей страны, образуют основу для нового – объектного – системообразования здравоохранения.

Объектное системообразование здравоохранения допустимо и в отсутствие партикуляризации учреждений здравоохранения. Переход к разделению юридической судьбы субъектов и объектов возможен, даже если наряду с существующими учреждениями здравоохранения врачам в качестве хозяйствующих субъектов в аренду передаются вновь построенные объекты здравоохранения или они специально для этих целей строятся.

В целом, создание сети объектов здравоохранения для экономической деятельности врачей – непре-

менное условие такой деятельности. Кроме того, это приводит к возможности нового системообразования всего здравоохранения страны на объектной основе. Более того, это демонстрирует имущественный характер публичного управления в здравоохранении, т.е. то, что социальная политика государства проводится имущественными инструментами.

2. Создание системы расчетов для экономической деятельности врачей.

В настоящее время механизм финансирования здравоохранения сосредоточен в бюджетной сфере. Поскольку и практическое звено здравоохранения по имущественной принадлежности тоже находится в бюджетной сфере, постольку ее рамки ограничен круговорот средств государственной казны: оплата медицинских услуг из казны производится там же, где они производятся.

Но медицинские услуги и производятся, и оплачиваются (не говоря о том, что и потребляются) как товар, т.е. в порядке товарообмена. А бюджетная сфера для товарообмена не пригодна, ее назначение – сбережение имущества казны, нетоварное его распределение между звеньями публичного механизма власти (местного самоуправления) и – в качестве инструмента социальной политики – на нужды общества.

Тем самым, во-первых, казна – для финансирования социальной сферы, но бюджетная сфера – не для товарообмена; во-вторых, финансирование за счет средств казны самого государства и нужд общества осуществляется по-разному: бюджетное распределение не является оплатой услуг, а оплата услуг – бюджетным распределением; в-третьих, бюджетное распределение заканчивается там, где начинается оплата услуг: бюджетное распределение – в публичном механизме (власти или местного самоуправления), оплата услуг – в гражданском обороте.

Для товарообмена предназначен гражданский оборот: в нем происходят и производство, и оплата услуг. Если учреждения здравоохранения находили свое место в

публичной (бюджетной) сфере, то врачи в качестве хозяйствующих субъектов к бюджетной сфере не относятся, даже если их деятельность оплачивается за счет средств государственной казны. Государство в оплате производимых врачами в качестве хозяйствующих субъектов медицинских услуг гражданам выступает как субъект гражданского права (ст.124 ГК РФ) – наравне с другими участниками гражданского оборота. Тем самым формируется

структура, позиционирующаяся в гражданском обороте вне пределов бюджетной сферы, функции которой лучше всего подходят банку.

Если расчеты по государственным обязательствам перейдут из бюджетного процесса к принадлежащему государству банку, то и граждане получат возможность рассчитываться за оказание им медицинских услуг в пределах предназначенных для них средств государственной казны с помощью банковских карт.

гражданских прав и пр.

Лицензия – это вариант надления субъекта экономической деятельности специальной гражданской правоспособностью (п.1 ст.49 ГК РФ). В качестве критериев определения лицензируемых видов деятельности в законе рассматривается возможность нанесения в результате осуществления определенной деятельности ущерба правам, законным интересам, здоровью граждан, обороне и безопасности государства, культурному наследию народов Российской Федерации. Применительно к медицинской деятельности в качестве критерия отнесения ее к лицензируемому виду деятельности<sup>5</sup> рассматривается возможность нанесения вреда, ущерба здоровью при оказании медицинской помощи. Обязательным условием отнесения видов деятельности к числу лицензируемых является невозможность регулирования данных видов иными методами, кроме лицензирования<sup>6</sup>. Для государства важна безопасность – прежде всего, для пациентов – экономической деятельности в здравоохранении, которая подлежит лицензированию, если ее невозможно регулировать иным образом.

Соответственно, надзор в здравоохранении призван обеспечивать соблюдение хозяйствующими субъектами требований безопасности медицинской деятельности, оборота изделий и товаров медицинского назначения.

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 товарах, работах, услугах. Если же стратегия государственного надзора неправильна, экономический оборот не растет так, как мог бы, общество недовольно ценностью и безопасностью товаров, работ, услуг<sup>7</sup>.

**Выведение платежного механизма за пределы бюджетной сферы и создание банковского механизма расчетов по оплате оказываемых гражданам врачами в качестве хозяйствующих субъектов медицинских услуг является неременным условием изменения их положения с трудового на экономическое.**

нормальный механизм оплаты государством предоставлений товаропроизводителей в пользу граждан (ст.430 ГК РФ).

Это – с устранением из этого механизма учреждений здравоохранения – позволяет государству позиционироваться на той стороне договора, на которой находится получатель медицинских услуг – пациент. Если прежде государство позиционировалось в отношениях между своими финансовыми органами и учреждениями здравоохранения – в силу общности публичной принадлежности имущества закрытых вовне бюджетного процесса, то, когда и субъекты медицинской деятельности, и получатели медицинских услуг строят отношения вне пределов бюджетного процесса – в гражданском обороте, и платежный механизм не может быть от них изолирован.

Это означает, что распределение средств казны в бюджетном процессе не заканчивается, как прежде, а лишь является прологом для вынесения их в гражданский оборот, поскольку именно в гражданском обороте функционирует механизм оплаты в пользу граждан предоставляемых им субъектами медицинской деятельности медицинских услуг.

Для осуществления этих расчетов и необходима принадлежащая государству кредитно-финансовая

Тем самым пациенты становятся носителями средств оплаты государством оказываемых им медицинских услуг. Интегрируясь в платежный механизм, они свободны в обращении к врачу в качестве хозяйствующего субъекта по своему выбору.

Таким образом, выведение платежного механизма за пределы бюджетной сферы и создание банковского механизма расчетов по оплате оказываемых гражданам врачами в качестве хозяйствующих субъектов медицинских услуг является неременным условием изменения их положения с трудового на экономическое. Попутным следствием этого также неизбежно становится изменение положения граждан как пациентов врачей в качестве хозяйствующих субъектов: они должны приобрести положение держателей предназначенных для них средств государственной казны, посредством которых осуществляют свою свободу выбора врача.

3. Создание эффективного механизма разрешительной системы для экономической деятельности врачей.

Понятие разрешительной системы в здравоохранении широкое, оно охватывает надзор, контроль, лицензирование медицинской деятельности, допуск к использованию ограниченных в обороте объектов

<sup>5</sup> ст.4 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 8 августа 2001 года N 128-ФЗ

<sup>6</sup> Лазарев С.В. Состояние существующей в здравоохранении разрешительной практики для поднадзорных хозяйствующих субъектов // Главный врач: хозяйство и право. – 2010. - № 2. – С.36-44.

<sup>7</sup> Лазарев С.В., Тихомиров А.В. Перспектива



В настоящее время надзор в здравоохранении сосредоточен на соблюдении лицензионных требований и условий<sup>8</sup>, в том числе (п/п «з» п.5 Положения) на обеспечении лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинскими работ (услуг) установленным требованиям (стандартам). Между тем закон у нас никак не определяет ни понятие «качество медицинских услуг», ни понятие «надзор и контроль за качеством медицинских услуг», притом что качество медицинских услуг – это категория частных (потребительских) предпочтений<sup>9</sup>. При этом требований к безопасности медицинской деятельности Положение вообще не содержит. Тем самым на подзаконном уровне произошла подмена требований закона так, что вместо безопасности медицинской деятельности государственный надзор сосредоточился на качестве медицинских услуг.

Деятельность врачей в качестве хозяйствующих субъектов, безусловно, должна быть поднадзорна, однако предметом интереса государства является опасность для общества – того, что эту деятельность осуществляет непрофессионал; того, что ее осуществляет профессионал с опасными отклонениями от существующих медицинских технологий; того, что условия ее осуществления ставят пациента в опасное для жизни и здоровье положение. Поэтому предметом государственного надзора за деятельностью врачей в качестве хозяйствующих субъектов может быть лишь безопасность ее осуществления.

Однако лицензирование деятельности врачей в качестве хозяйствующих субъектов и государственный надзор за ее осуществлением – не единственно возможный вариант разрешительной системы в отрасли. Возможность регулирования экономической деятельности в здравоо-

совершенствования государственного надзора в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 4. – С.25-29.

8 Постановление Правительства Российской Федерации от 22 января 2007 г. N 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»

9 Мисолин С.С. Качество медицинских услуг как категория частных (потребительских) предпочтений //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 1. – С.8-10.

рании иным образом, отличным от лицензирования, демонстрирует саморегулирование.

Объединение врачей в качестве хозяйствующих субъектов в некоммерческие организации на условиях саморегулирования, т.е., в частности, для установления внутриорганизационных нормативов членства (стандартов), приводит государственному надзору лишь к необходимости выяснения достаточности этих нормативов членства и корректности механизма внутреннего контроля саморегулируемой организацией деятельности своих членов. Это существенно меняет саму архитектуру надзора и контроля в отрасли: ведь саморегулируемые организации формируют компенсационные фонды и страхуют гражданскую ответственность своих членов, чего не делают и не могут делать органы государственного надзора в здравоохранении.

В контексте единства экономической и профессиональной деятельности врачей в качестве хозяйствующих субъектов можно конкретизировать специальные требования к медицинским саморегулируемым организациям<sup>10</sup> в части неразделимости и неотделимости друг от друга профессиональной и предпринимательской среды и дифференцированности стандартов и правил саморегулируемой организации по профессиональному и предпринимательскому признакам в соответствии с различиями правовых последствий.

Действительно, в отличие от тех отраслей деятельности, где профессиональная деятельность не связана с прямым воздействием на здоровье и где профессиональная составляющая не детерминирует хозяйственную деятельность, в медицинской деятельности профессиональные требования безопасности интегрированы в экономическую деятельность врачей. И понятно, что мерой профессиональных стандартов и правил нельзя мерить экономическую деятельность, и наоборот. Значит, врачами в качестве хозяйствующих субъектов экономические стандарты и правила вырабатыва-

10 Лазарев С.В., Мирсаяфов Д.С., Тихомиров А.В. Перспектива саморегулирования в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 1. – С.25-32.

ются отдельно, а профессиональные стандарты – отдельно: это не технологические стандарты, если помнить, что медицина – это искусство возможного, а врач лечит больного, а не болезнь, и каждый – по своему, чем врачи и различаются. Это не платёжные (экономические) стандарты, по которым плательщик (государство, страховщик и т.д.) производит оплату медицинских услуг – это дело сторон договора. Это – стандарты, позволяющие отличить в действиях носителя медицинской профессии благо от вреда, поскольку неразличение этого делает профессию опасной для ее носителя, если равно за благо может быть принято то, что осуществляется во вред для здоровья, а за вред – то, что предпринимается во благо.

Таким образом, сочетание публичного (государственного надзора) и частного (саморегулирования) механизмов создает основу для обеспечения эффективной разрешительной системы в экономической деятельности врачей.

В целом, пути преодоления проблем организации экономической деятельности врачей многообразны и многокомпонентны. Если врачам будут созданы условия для эффективной экономической деятельности (предоставлены объекты размещения на условиях аренды, сформированы механизмы расчетов за оказываемые услуги, созданы адекватные требования к самосовершенствованию), они неизбежно будут сами заинтересованы в «чистоте рядов», в постоянном развитии, в эффективности диагностики, лечения, реабилитации пациентов и профилактике заболеваний в обществе. Попутно это решает множество застарелых проблем, хотя и создаст новые. Однако многочисленные и многообразные преимущества новой организации практического звена здравоохранения, выражающиеся в ориентации отрасли на социальный результат экономической деятельности носителей медицинской профессии, перевешивают материальные и организационные издержки перехода к ней.

Гражданский оборот в сфере охраны здоровья граждан сложился de facto. По несовпадению встречных интересов оформились финансовые и товарные рынки, в том числе, рынки товаров медицинского назначения, включая сегменты медицинской техники, лекарственных препаратов и пр.; рынки «бизнес-бизнесу» и «бизнес-потребителю». Все эти рынки так или иначе призваны обслуживать конечный, потребительский рынок – рынок медицинских услуг.

Однако долгое время существовавшее нерыночное устройство сферы охраны здоровья и до настоящего времени законодательно поддерживаемый квази-рынок в государственном и муниципальном здравоохранении разделили конечный рынок медицинских услуг на потребительскую и квази-потребительскую части.

Потребительскую часть рынка медицинских услуг создает частная медицина. Медицинские услуги гражданам в этой части рынка оказываются и оцениваются по правилам действующего гражданского законодательства, в том числе законодательства о защите прав потребителей. Частная медицина существует и функционирует на тех же условиях, что и реальный сектор экономики.

Квази-потребительскую часть оборота медицинских услуг составляет государственное и муниципальное здравоохранение. В этой части, во-первых, вопреки встречности интересов и институты товаропроизводителей (учреждения здравоохранения), и платежные институты (в настоящее время – внебюджетные фонды обязательного медицинского страхования) объединены в единых пределах отраслевого ведомства. Во-вторых, цена медицинских услуг как объекта оплаты определяется нормативно, без учета формирующейся в обороте прибавочной стоимости. В-третьих, механизм распределения средств казны между распорядителями (главными распорядителями) и получателями бюджетных средств исключает причастность к нему

# ПРОБЛЕМЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ОБОРОТА В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Показано, что существуют многочисленные проблемы недостаточности законодательства для регулирования в сфере охраны здоровья

Ключевые слова: потребитель, законодательство, сфера охраны здоровья

граждан в качестве получателей медицинских услуг, девальвируя их правовое положение потребителей. Государственное (муниципальное) здравоохранение находится в абсолютном поле ведомственно-бюджетного подчинения, а потому существует и функционирует на условиях, совершенно отличных от тех, которые законодательно уста-

новлены для реального сектора экономики и частной медицины.

Тем самым в государственном (муниципальном) здравоохранении медицинские услуги – не вполне объект товарообмена, а гражданин в качестве пациента – не вполне потребитель; частная же медицина – не вполне часть социальной сферы, подчиняясь прави-

лам реального сектора экономики.

Кроме того, существуют и особенности потребительского восприятия гражданами услуг вообще и медицинских услуг в частности. С одной стороны, поскольку услуги лишены материального воплощения, убедиться в характеристиках предоставления потребителю сложно, а в отношении медицинских услуг велика также роль асимметрии информации. С другой стороны, привычная с советских времен бесплатность здравоохранения позволяет гражданам считать его ничего для себя не стоящим, а потому – как при оказании, так и при оплате медицинских услуг – не признавать их объектами товарообмена, подобными материальным товарам, даже если оплату медицинских услуг они производят сами. Это равно касается исполнителей и получателей медицинских услуг (плательщиков за медицинские услуги).

Отсюда в общем виде проблемы недостаточности правового регулирования потребительского оборота в сфере охраны здоровья граждан состоят как в неодинаковости отношения к товарообмену его участников в государственном (муниципальном) здравоохранении и в частной медицине, так и в отсутствии единства их отношения к медицинским услугам как к товару потребительского назначения. Это – проблемы недостаточности оформления потребительского характера отношений в связи с оказанием медицинских услуг, определения свойств медицинской услуги и оформления отношений перехода прав на объекты товарообмена.

1. Проблемы недостаточности оформления потребительского характера отношений в связи с оказанием медицинских услуг в общем виде сводятся к отделению товарной части медицинской услуги от медицинской помощи в ее составе, определению момента возникновения отношений хозяйствующего субъекта с потребителем и предмета оплаты при получении медицинских услуг.

1.1. Отделение товарной части медицинской услуги от медицинской помощи в ее составе необходимо для того, чтобы меру отношений хозяйствующего субъекта с

потребителем не применять к отношениям врача и пациента.

Если оказание медицинских услуг подчиняется юридическим правилам, а оказание медицинской помощи – правилам медицины, то отношения хозяйствующего субъекта с потребителем и отношения врача и пациента не являются тождественными.

1.1.1. Отношения хозяйствующего субъекта с потребителем складываются в парадигме модели юридиче-

отношения, содержание которых заключается в наделении одним субъектом (доверителем) другого субъекта (фидуциара) полномочиями для реализации своих субъективных прав и интересов с тем, чтобы фидуциар осуществлял их в отношениях с третьими лицами так, как если бы он действовал в своих интересах. Главный признак фидуциарных правоотношений – несовпадение внешней юридической формы и действительного внутрен-

### **Отделение товарной части медицинской услуги от медицинской помощи в ее составе необходимо для того, чтобы меру отношений хозяйствующего субъекта с потребителем не применять к отношениям врача и пациента.**

ского равенства, хотя бы и с учетом того обстоятельства, что потребителя законодательство признает слабой стороной договора. Однако объектом медицинской услуги является здоровье потребителя, в связи с чем ее оказание всегда связано с риском причинения вреда этому нематериальному благу.

Наличие риска придает таким отношениям рисковый (алеаторный) и одновременно доверительный (фидуциарный) характер.

Основным (квалифицирующим) признаком алеаторных сделок является не риск, а зависимость возникновения отдельных (наиболее значимых) прав и обязанностей, касающихся наличия и/или направленности, а также количества основного предоставления, от обстоятельств, имеющих неподвластный участникам сделки характер. Рисковая сделка выступает более широкой категорией и помимо алеаторных охватывает другие сделки, характеризующиеся наличием элемента риска<sup>1</sup>. Наличие и риска, и обстоятельств, имеющих неподвластный участникам сделки характер, свойственно медицине как науке неполного знания о здоровье и, соответственно, медицинским услугам.

Фидуциарными являются право-

него содержания – сформировался еще в римском праве, и с тех пор к ним относятся отношения, возникающие из договоров поручения, комиссии и простого товарищества. В странах англо-саксонской правовой семьи – это все сферы отношений по управлению чужим имуществом, в том числе в сфере отношений между агентом и принципалом, адвокатом и клиентом, а также отношений между супругами. Деятельность государственных и муниципальных унитарных предприятий и учреждений представляет собой деятельность фидуциара в публичных правоотношениях, в которых доверителем являются РФ, субъект РФ или муниципальное образование<sup>2</sup>. К числу доверительных относится широкий круг отношений на рынке финансовых услуг<sup>3</sup>. В контексте приведенного определения отношения оказания медицинских услуг являются фидуциарными: потребитель наделяет лечащего врача полномочиями для реализации своих субъективных прав и интересов, с тем чтобы он осуществлял их и в отношениях с третьими лицами (медицинским

<sup>2</sup> Сырбо В.А. Отечественный и зарубежный опыт гражданско-правового регулирования фидуциарных отношений (история и современность): Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук – М., 2008.

<sup>3</sup> Рындина И.В. Институт экономического доверия в системе рынка финансовых услуг: Автореф. дисс. ... канд. экон. наук – Краснодар, 2008.

<sup>1</sup> Запорощенко В.А. Особенности правового регулирования алеаторных сделок в Российской Федерации: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук – Екатеринбург, 2006.

персоналом своей и консультантами других организаций на этапах преемственности в оказании медицинской помощи) так, как если бы он действовал в своих интересах.

Альтернативной можно считать точку зрения, в соответствии с которой доверительными являются не отношения, а их объект (точнее, его качества). Доверительными называются качества товара, оценка которых не может быть произведена самим потребителем до или в процессе использования и обычно поручается иному лицу (к инспекционным относятся качества, устанавливаемые до заключения контракта, к экспериментальным – качества, которые выявляются без издержек после заключения сделки, к доверительным – качества, оценка которых даже после заключения контракта сопряжена с издержками). Доверительными благами являются услуги врача, автомеханика, аудитора и пр.<sup>4</sup>. Здоровье – это доверительное благо в отношениях по поводу медицинского воздействия на него.

По аналогии, следовало бы выделить рисковые блага как подвергающиеся риску умаления. Между тем исследования на эту тему отсутствуют, что понятно: риску может подвергаться любое благо как ценность.

Исходя из изложенного, договор об оказании медицинских услуг

ента иждивенчество как результат бесплатного здравоохранения; с другой стороны – существующей в этих отношениях во всем мире неизбежной асимметрии информации.

В противоположность этому в конце XX века начали набирать силу антипатерналистские тенденции и появились разработанные в США и странах Западной Европы иные модели взаимоотношений врача и пациента: совещательная, информационная, техническая, контрактная и др. В соответствии с моделью Е. Эсмануэль и Л. Эсмануэль<sup>5</sup>, например, от врача требуется предоставление пациенту всей существенной информации, касающейся заболевания. В задачи пациента входит выбор медицинского вмешательства по своему усмотрению, на врача возлагается обязанность лишь осуществить выбранное лечение. В рамках данной модели четко разграничиваются объективные факты и пожелания больного. При этом врач играет роль или консультанта, или советчика, или компетентного эксперта-профессионала, что означает: при расхождении мнения пациента с объективными медицинскими данными врач должен отдавать предпочтение мнению и решению пациента.

Действительно, отношения врача и пациента в соответствии с правилами медицины и медицинской

квалификации.

Если договор об оказании медицинских услуг является рискованной сделкой по поводу доверительного блага, а риск из медицинской помощи возникает для здоровья правообладателя, то асимметрия информации может касаться здоровья медицинский помощи, но не здоровья. Поэтому вне зависимости от того, какая модель отношений врача и пациента доминирует в текущий момент, принимать решение должен правообладатель в отношении того, чем готов поступиться в принадлежащем ему благо, а врач – в отношении того, что в рамках этого решения предпринять в соответствии с правилами медицины. Иными словами, пациенту не нужно вникать в специфику медицинской помощи – достаточно лишь понимать, на что идет в отношении рисков для здоровья, а врачу не следует принимать решение за пациента в отношении здоровья, как и отягощать его ненужной информацией о существовании медицинской помощи, но при ее оказании строго придерживаться пределов решения пациента.

1.2. Определение момента возникновения отношений хозяйствующего субъекта с потребителем необходимо для того, чтобы несвоевременность оказания медицинской помощи в составе медицинской услуги относилась к ответственности ее исполнителя.

Фактор времени в медицине зачастую имеет чрезвычайно важное значение, а оказание медицинских услуг осуществляется лишь после заключения договора (совершения сделки).

Ургентное, не терпящее отлагательства, состояние может обуславливать нужда не только в срочной, по жизненным показаниям, но и в отсроченной медицинской помощи, задержка с оказанием которой позволяет прогрессировать патологии, ухудшает прогноз течения заболевания и выздоровления, перспективу лечения и, в конечном счете, приводит к утратам здоровья большим, чем в отсутствие задержки.

Между тем времени требует и оформление отношений, т.е. заключение договора: ведь потребителю

### Оплате подлежит услуга, т.е. товар.

следует признать рискованной (алеаторной) сделкой по поводу доверительного блага – риск из медицинской помощи возникает для здоровья правообладателя.

1.1.2. Отношения врача и пациента традиционно складываются в парадигме патерналистской модели, покровительства. Это следствие, с одной стороны, тоталитарного прошлого страны, воспитавшего у паци-

профессии не должны противоречить юридическим правилам. Более того, отношения врача и пациента по медицинским правилам – это граница, за которой начинается действие юридических правил, и, следовательно, на ней должны существовать ориентиры правовой

<sup>5</sup> Эсмануэль Е., Эсмануэль Л. Четыре модели взаимоотношений врача и больного // JAMA – Журнал американской медицинской ассоциации, 1992, октябрь: по тексту Силуянова И., Недоступ А. Патернализм и информированное согласие: проблема совместимости / Медицинский вестник. – 2007. - №1 (386). – С.19.

<sup>4</sup> Юдкевич М.М. Издержки измерения и институты рынков доверительных товаров: Автореф. дисс. ... канд. экон. наук – М., 2003.

необходимо вчитаться, вдуматься, понять, принять решение, выразить согласие.

Времени требует и осуществление отношений по договору. Может длиться долго диагностика, предшествующая лечению. Эффект лечения может проявляться не сразу. Порой требуется подбор терапии, тоже занимающий время.

Тем самым между моментом обращения за медицинской помощью и моментом проявления лечебного эффекта в любом случае существует временной зазор, неблагоприятно сказывающийся на состоянии здоровья потребителя.

Величина урона здоровью от задержки с оказанием медицинской помощи зависит от уровня организации оказания медицинских услуг, т.е., в конечном счете, от конкретного индивида на стороне их исполнителя. Действующая российская модель организации здравоохранения – а именно в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения обращаются пациенты за получением срочной и/или сложной (высокотехнологичной) медицинской помощи – демонстрирует отсутствие мотивации медицинских работников к следованию интересам потребителей. Это следствие, с одной стороны, непричастности потребителей к механизму оплаты государством оказываемых им медицинских услуг, с другой – нормируемой низкой оплаты труда медицинских работников. Поэтому без интеграции потребителей в платежный механизм и без смены медицинскими работниками положения бюджетников на положение либо работников частных медицинских организаций, либо самостоятельных хозяйствующих субъектов радикально ситуация с их мотивацией не изменится. Однако и в существующих обстоятельствах улучшения ситуации возможны.

С одной стороны, это – изменение оснований для возникновения юридической ответственности за несвоевременное оказание медицинской помощи. И дело даже не в квалификации или в изменении определения состава правонарушения (уголовного – ст.ст.124-125 УК или гражданского – ст.1064, 1095 ГК РФ). Дело – в фиксации факта обра-

щения за медицинской помощью. Для этого достаточно оснастить все медицинские организации и медицинские кабинеты электронными устройствами, позволяющими записать такой факт на считывающий микрочип, зашитый в персональной карте потребителя (роль такой карты может выполнять широко распространяющаяся по стране в настоящее время социальная карта, или карта обязательного медицинского страхования, или банковская карта, подобно содержащей микрочип для безналичной оплаты проезда). В случае если факт обращения за медицинской помощью зафиксирован, при правовом расследовании неблагоприятных для здоровья потребителя последствий (при их наступлении) необходимость обосновать свои действия (бездействие), в том числе в связи с задержкой оказания медицинской помощи, возникает у субъекта медицинской деятельности.

С другой стороны, у субъекта медицинской деятельности должны быть правовые основания для оказания медицинской помощи потребителю без задержек, подобно действиям в чужом интересе без поручения.

Это означает, что вынужденные задержки с оформлением отношений в urgentных обстоятельствах могут быть предупреждены их оформлением загодя, заблаговременно на случай их возникновения.

Подобно тому, как оформляются платежные (страховые) обязательства на непредвиденный случай, на этот случай могут быть оформлены и фактические обязательства. Платежные обязательства могут быть оформлены одновременно с фактическими притом, что производство оплаты осуществляется при возникновении в том необходимости (по выставляемым счетам), а не при заключении договора.

Разумеется, не все ситуации и не любой объем и характер патологии и варианты утрат для здоровья в результате оказания медицинской помощи можно заранее предусмотреть, но рамочные условия для отношений на будущее смоделировать можно. Если потребитель молодой и не страдает хроническими заболеваниями, то это –

одна модель потребностей, если же зрелый или пожилой и страдает обширной патологией – другая, но различия лишь в объеме и содержании медицинского пособия, необходимость в совершении которого без задержек может возникнуть, и в его оплате.

Предварительное установление рамочных договорных отношений решает проблему избежания задержек с оказанием медицинской помощи. Это возможно посредством заключения предварительного договора (ст.429 ГК РФ), договора (сделки) под условием (ст.157 ГК РФ), в том числе через оферту (ст.435 ГК РФ) или приглашение делать оферты (ст.437 ГК РФ).

1.3. Определение предмета оплаты при получении медицинских услуг необходимо для того, чтобы было ясно, на что распространяются договорные обязательства перед потребителем.

Оплате подлежит услуга, т.е. товар. Поскольку бинарность медицинской услуги позволяет признать ее товаром в части, не относящейся к медицинской помощи, постольку именно в этой части она подлежит оплате.

Соответственно, корреспондирующие цене договорные обязательства распространяются на совокупность товарных свойств медицинской услуги – собственно потребительское обслуживание, включающее сервис, ресурсы, бренд.

Но нельзя договориться об удалении органа или его части, о производстве запрещенного вмешательства, о введении или приеме не разрешенных к применению средств и т.д.

Не являются предметом оплаты профессиональные технологии оказания медицинской помощи, тактика врачебного ведения, показания и противопоказания для тех или иных диагностических и лечебных манипуляций, приема лекарственных средств, применения тех или иных методик и т.д.

То, что охватывается правилами медицинской профессии или прямыми ограничениями и запретами государства, пациент не вправе получить от субъекта медицинской деятельности даже при готовности к оплате.

Таким образом, договорные обязательства перед потребителем распространяются на то, что охватывается договором в качестве товарного предоставления – медицинскую услугу, и не распространяются на то, что не зависит от потребительских предпочтений и подчиняется правилам профессии – на медицинскую помощь.

2. Проблемы недостаточности определения свойств медицинской услуги в общем виде сводятся к

скую помощь. Не будучи товаром, медицинская помощь качеством не обладает. Товарной оболочкой медицинской помощи является медицинская услуга, к которой только и применимы требования о качестве товара.

Исполнитель обязан оказать услугу, качество которого соответствует договору. При отсутствии в договоре условий о качестве услуги исполнитель обязан оказать услугу, соответствующую обычно предъяв-

ним, могут быть обращены только к товарной оболочке медицинской помощи. Медицинская помощь оказывается не исходя из потребительских предпочтений, а в соответствии с правилами медицины, на которые такие предпочтения распространяться не могут, как и обязательные требования, предусмотренные законом или в установленном им порядке к качеству товарного предоставления потребителю.

Соответственно, требования о качестве применимы к товарной оболочке медицинской помощи – медицинской услуге, которую составляют сервис, ресурсы, бренд. Именно эти составляющие медицинской услуги могут быть подчинены целям, с которыми заключается договор, с которыми потребляются такие услуги в соответствии с обычно предъявляемыми требованиями, с иными конкретными целями, а равно обязательные требования закона или в соответствии с ним, применимые к качеству товарного предоставления потребителю.

Именно ими определяется уровень потребительской ценности медицинской услуги, соответствующий величине ее оплаты.

Ценность медицинской помощи имеет совершенно иную природу – социальную, которая выражается не в величине оплаты медицинской услуги, а в значимости для общества сбереженного здоровья отдельных его членов. Это – вопрос социальной значимости медицинской профессии, доверия общества к медицине в целом. Безусловно, социальная ценность медицинской помощи имеет экономическое выражение, однако не линейное: через величину экономического оборота в отрасли в соотношении доходов субъектов медицинской деятельности и их убытков от возмещения (компенсации) ущерба пострадавшим.

Уровень социальной ценности медицинской помощи не тождествен качеству включающей ее медицинской услуги и не сопоставим с ним. Соответственно, мера оценки качества медицинской услуги неприменима к оценке уровня медицинской помощи, и наоборот. Оценить можно лишь то, в отноше-

### Проблемы недостаточности определения свойств медицинской услуги в общем виде сводятся к определению качества, безопасности и недостатка медицинской услуги.

определению качества, безопасности и недостатка медицинской услуги.

2.1. Определение качества медицинской услуги необходимо для того, во-первых, чтобы было ясно, чему корреспондирует ее цена; во-вторых, чтобы, отделяя приобретения в состоянии здоровья от благ комфорта, потребитель мог понять преимущества получения медицинской услуги над утратами ее неполучения; в-третьих, чтобы потребитель мог понять преимущества получения медицинской услуги у одного исполнителя перед другими.

В общем виде качество – это совокупность свойств объекта, обуславливающих его полезность, способность удовлетворять определенные потребности в соответствии с назначением; свойство, признак или особенность, которая определяет достоинство объекта, степень его ценности, пригодности, соответствия тому, каким он должен быть; критическая оценка потребителем степени соответствия свойств объекта индивидуальным и общественным ожиданиям, обязательным нормам в соответствии с его назначением.

Поскольку качество – это характеристика товара, в том числе и потребительского назначения, постольку оно характеризует медицинскую услугу, но не медицин-

ляемым требованиям и пригодную для целей, для которых услуга такого рода обычно используется. Если исполнитель при заключении договора был поставлен потребителем в известность о конкретных целях оказания услуги, исполнитель обязан оказать услугу, пригодную для использования в соответствии с этими целями. Если законами или в установленном ими порядке предусмотрены обязательные требования к услуге, исполнитель обязан оказать услугу, соответствующую этим требованиям (п.п.1-3, 5 ст.4 Закона о защите прав потребителей, далее – ЗоЗПП).

Тем самым потребитель вправе на услугу, качество которой соответствует: 1) условиям договора; либо 2) обычно предъявляемым требованиям и чтобы она была пригодной для целей, для которых обычно используется; либо 3) конкретным целям, о которых потребитель поставил в известность исполнителя при заключении договора; 4) обязательным требованиям, если они предусмотрены законом или в установленном им порядке.

Применительно к медицинским услугам цели, с которыми заключается договор, с которыми потребляются такие услуги в соответствии с обычно предъявляемыми требованиями, с иными конкретными целями, а равно обязательные требования закона или в соответствии с

нии чего возникли соответствующие обязательства: договорные – по качеству товарного предоставления и внедоговорные – вне пределов качества товара (это уже вопрос безопасности).

Потребительская ценность медицинской услуги и социальная ценность медицинской помощи имеют различие еще и в том, что первая – воспроизводится для многих других, получающих такие же услуги; вторая – невоспроизводима и индивидуальна для каждого, хотя бы и составляя в целом общественное здоровье.

Поэтому применительно к медицинским услугам можно говорить о полезности. Полезность блага или товара есть способность его удовлетворять какую-либо человеческую потребность. Проблема измерения субъективной полезности в том, что у каждого человека может своя оценка полезности, существенно отличающаяся от общепринятой. Отсюда и могут возникать споры о качестве предоставления потребителю.

Полезность блага тем выше, чем большему числу потребителей оно служит, чем настоятельнее и распространеннее эти потребности и чем лучше и полнее оно их удовлетворяет. Полезность является необходимым условием для того, чтобы медицинская услуга имела меновую ценность, потребительную стоимость как основу количественных соотношений при эквивалентном товарообмене.

Полезность медицинской услуги для потребителя поддается сравнению. Можно сопоставить уровень сервиса у разных исполнителей одной и той же медицинской услуги, оснащенности, подготовленности персонала, известности и популярности, и пр. Потребителю можно понять, чем в части обслуживания он поступает, если медицинские услуги получит в отдаленной районной больнице или в крупном столичном специализированном Центре, хотя уровень медицинской помощи может быть одинаковым.

Качество медицинских услуг, уровень их потребительской ценности – это вопрос потребительских предпочтений, частного интереса, но не объект публичного надзо-

ра. За качество товара потребитель голосует рублем. Ни методические подходы к формированию потребительских предпочтений нормироваться не могут, ни качество медицинских услуг регламентированию не подлежит<sup>6</sup>.

Таким образом, корреспондирующее цене качество медицинской услуги распространяется на ее товарные свойства, но не на медицинскую помощь в ее составе, относится к ее полезности для потребителя, но не к социальной значимости для общественного здоровья, и определяется потребительскими предпочтениями, но не публичным регламентом. Договорные или обязательные требования закона или в соответствии с ним, применимые к качеству товарного предоставления потребителю, к медицинской помощи, не имеющей значения товара, не относятся.

2.2. Определение безопасности медицинской услуги необходимо для того, чтобы отделить внедоговорные последствия ее оказания от пределов договорных обязательств.

В целом, это – вопрос формальной определенности права индивида на здоровье.

Если он подвергается разбойному или хулиганскому нападению, избиению или иному преступному посягательству, то публично-правовая квалификация деяния

ненадлежащего оказания медицинской помощи или ее оказания без его согласия, то мера частноправовой оценки посягательства и его последствий не является столь же определенной. Насколько произошло умаление здоровья вследствие прогрессирования патологии при задержке с медицинской помощью, насколько дефекты оказания медицинской помощи пополнили умаление здоровья от имеющейся патологии, насколько согласен с умалением здоровья в результате профессионально правильно оказанной медицинской помощи правообладатель – вот неполный перечень вопросов, не находящихся единого ни законодательного, ни правоприменительного решения.

Отсюда, во-первых, умаление здоровья в связи с оказанием медицинской помощи и другого происхождения имеют различия, требующие правового оформления; во-вторых, мера публично-правовой и мера частноправовой ответственности за умаление здоровья в связи с оказанием медицинской помощи не гармонизированы между собой; в-третьих, умаление здоровья в связи с оказанием медицинской помощи, влекущее частноправовую ответственность, не имеет надлежащей формальной определенности в обособлении от вреда, причиненного правомерными действиями.

**Полезность блага тем выше, чем большему числу потребителей оно служит, чем настоятельнее и распространеннее эти потребности и чем лучше и полнее оно их удовлетворяет.**

точно определена.

Если квалифицированные уголовным законом последствия для здоровья наступили в результате оказания или неоказания медицинской помощи, деяние так же определено квалифицируется.

Если же он подвергается умалению здоровья в результате неоказания (несвоевременного оказания),

Законом определена безопасность услуги – как безопасность для жизни, здоровья, имущества потребителя и окружающей среды при обычных условиях процесса оказания услуги (преамбула к ЗоЗПП). Однако, во-первых, медицинская услуга в силу своей бинарности влечет возможность причинения вреда как в товарной части (при обслуживании), так и в нетоварной (при оказании медицинской помощи); во-вторых, за неправомерные

<sup>6</sup> Мисюлин С.С. Качество медицинских услуг как категория частных (потребительских) предпочтений // Главный врач: хозяйство и право. – 2010. - № 1. – С.8-10.

действия может быть принята соответствующая правилам профессии медицинская помощь, и наоборот; в-третьих, вред здоровью в связи с оказанием медицинской помощи может происходить из нарушения в личной сфере правообладателя (из пренебрежения его волей).

Отсюда безопасность медицинских услуг не тождественна безопасности медицинской помощи и безопасности личности при их оказании. Тем самым возникает необ-

услуг, так и для персонала.

В контексте субъектных различий целесообразно выделять безопасность потребителя (пациента) и безопасность субъекта медицинской деятельности (персонала).

Таким образом, безопасность потребителя (пациента) при оказании медицинских услуг складывается из предусмотрительного недопущения:

- превышения пределов согласительного умаления здоровья и

амбула к ЗоЗПП).

В приведенном законодательном определении недостатка он относится, во-первых, к товару потребительского назначения; во-вторых, корреспондирует законодательному определению качества товара потребительского назначения; в-третьих, не относится к безопасности оказания услуги.

Тем самым подобное определение законодательства о защите прав потребителей недостатка применимо к имущественному ущербу (вреду имуществу), но не применимо к вреду, причиненному жизни и здоровью гражданина, притом что общее гражданское законодательство понятие недостатка товара, работы или услуги распространяет и на вред имуществу, и на вред жизни и здоровью потребителя (ст.1095 ГК РФ).

И если влекущий вред имуществу недостаток медицинской услуги как товара корреспондирует изъянам качества обслуживания при оказании медицинской помощи, то влекущий вред здоровью потребителя – это упущение безопасности потребителя (пациента).

Отсюда, во-первых, понятие недостатка относится равно к качеству и безопасности медицинской услуги; во-вторых, понятие недостатка качества распространяется на товарную часть медицинской услуги и выражается имущественным ущербом; в-третьих, недостаток безопасности относится равно к товарной (обслуживанию) и нетоварной (медицинской помощи) части медицинской услуги.

Отдельно следует остановиться на законодательной привязке понятия недостатка к «результату» услуги и даже – к «гарантийному сроку» и «сроку службы» «результата» услуги (п.п.4-6 ст.29 ЗоЗПП). Во-первых, услуга в отличие от работы не имеет результата как оплачиваемого итога совершения определенных действий или определенной деятельности (п.1 ст.779 ГК РФ); во-вторых, составляющие ее действия производятся и потребляются одновременно, без временного дифференциала, чтобы мог существовать гарантийный срок или срок службы этих действий; в-третьих, недостаток

### Объектом безопасности является и сама медицинская услуга как товар потребительского назначения.

ходимость определения и различения объектов безопасности при оказании медицинских услуг.

Объектом безопасности при оказании медицинских услуг является здоровье как благо, принадлежащее правообладателю – пациенту, и право на это благо, включающее множество правомочий, в том числе на согласие с умалением здоровья в дозированном объеме в результате медицинской помощи и на режим информации о здоровье.

Объектом безопасности является также медицинская помощь. Однако понятие безопасности медицинской помощи отличается от понятия безопасности здоровья, оно двойственно и состоит в недопущении случайных опасностей как для личности пациента (например, в результате тех или иных медицинских технологий), так и для личности обладателя медицинской профессии (например, опасности заражения при осуществлении лечения – гепатитами, ВИЧ-инфекцией и пр.).

Наконец, объектом безопасности является и сама медицинская услуга как товар потребительского назначения. Безопасность медицинской услуги распространяется на процесс обслуживания при оказании медицинской помощи, т.е. на случайные опасности для личности при его осуществлении – тоже, очевидно, как для получателя медицинских

информационного режима права на здоровье;

- случайного повреждения здоровья при оказании медицинской помощи, в том числе медикотехногенного характера;

- случайного повреждения здоровья при сопутствующем обслуживании.

2.3. Определение недостатка медицинской услуги необходимо для того, чтобы значимое для целей правового регулирования отклонение в ее оказании влекло запуск механизма применения договорной и дифференцированной внедоговорной ответственности.

Недостаток услуги - несоответствие услуги или обязательным требованиям, предусмотренным законом либо в установленном им порядке, или условиям договора (при их отсутствии или неполноте условий обычно предъявляемым требованиям), или целям, для которых услуга такого рода обычно используется, или целям, о которых исполнитель был поставлен в известность потребителем при заключении договора; существенный недостаток услуги - неустранимый недостаток или недостаток, который не может быть устранен без соразмерных расходов или затрат времени, или выявляется неоднократно, или проявляется вновь после его устранения, или другие подобные недостатки (пре-



услуги заключается в составляющих ее действиях, чтобы в нем можно было удостовериться отсрочено, в отрыве от момента их совершения.

3. Проблемы недостаточности оформления отношений перехода прав на объекты товарообмена в общем виде сводятся к определению медицинского услуги как имущественного объекта гражданских прав, как объекта возмездных гражданско-правовых отношений и как объекта отчуждения.

3.1. Определение медицинской услуги как имущественного объекта гражданских прав необходимо для того, чтобы она, несмотря на нематериальный характер, будучи товаром, относясь к имуществу и обладая себестоимостью производства, обращалась не только на доходы, но и на убытки исполнителя.

В силу невещественности, неосязаемости, отсутствия материально-го результата в обыденном понимании услуги до настоящего времени не отождествляются с имуществом, несмотря на то, что законом перечисляются в ряду имущественных объектов: к объектам гражданских прав относятся вещи, включая деньги и ценные бумаги, иное имущество, в том числе имущественные права; работы и услуги ... (ст.128 ГК РФ).

Для целей налогообложения услугой признается деятельность, результаты которой реализуются (п.5 ст.38 НК РФ) при ее оказании (п.1 ст.39 НК РФ). При этом понятно, что услуги не подлежат хранению, что их нельзя произвести впрок. Но если услуга оказана – произведена и потреблена, но не реализована, т.е. ее оплата не получена или по тем или иным основаниям возвращена, то, как она подлежит бухгалтерскому и налоговому, даже статистическому учету, с одной стороны, и как отражается на микроэкономике, т.е. на преобразовании ресурсов в продукцию, с другой стороны. С точки зрения учета – это убытки, с точки зрения микроэкономики – несоответствие затраченных ресурсов полученной отдаче, т.е. непроизводительные расходы. И в том, и в другом случае это – потери в имуществе. Однако в силу неосязаемости, невещественности услуг, эти потери нельзя спи-

сать на бой, усушку, утруску и пр. и по этой причине нельзя списать в этом качестве.

При этом традиционно – по требованиям налоговых органов, обычно составляется приемо-передаточный акт для подтверждения факта оказания услуг. Предмет передачи по такому акту никак им не оговаривается. Но если услуги и результат их оказания лишены вещественной формы, передавать по акту – нечего.

Тем самым в обыденной практике бытует понимание: имущество – то, что материализованное, а то, что не имеет вещественной формы – не имущество. Отсюда возникает противоречие между имущественным характером услуги и отсутствием у нее материализованного воплощения, которое находит выражение в противоречащих ее существу подходах к оформлению динамики порождаемых ею товарных отношений.

3.2. Определение медицинской услуги как объекта возмездных гражданско-правовых отношений необходимо для того, чтобы бесплатность ее оказания для потребителя-пациента не отождествлялась с безвозмездностью деятельности исполнителя.

Услуги поименованы в качестве объекта гражданских прав (ст.128 ГК РФ) и в качестве объекта гражданских правоотношений являются

услуги оказываются хозяйствующими субъектами, осуществляющими экономическую деятельность силами обладателей соответствующей профессии. В отсутствие признанных государством профессионалов хозяйствующий субъект осуществлять такую деятельность не вправе. Соответственно, оплата профессионализма осуществляется за счет экономической деятельности хозяйствующего субъекта – другого источника попросту не существует. Доходы хозяйствующего субъекта от оплаты медицинских услуг обращаются, в том числе, на финансовое обеспечение обладателей медицинской профессии. Отсюда оказание медицинских услуг не может быть безвозмездным, т.е. не предполагать их оплаты.

При этом медицинские услуги могут оказываться бесплатно для их получателя – при условии, что их оплату производит третье лицо в его пользу (ст.430 ГК РФ).

Бесплатность для получателя достигается не за счет безвозмездности оказания исполнителем медицинских услуг, т.е. не за его счет.

Оплата медицинских услуг является встречным предоставлением и не является характеристикой самих медицинских услуг. Иными словами, медицинские услуги обладают товарными качествами, отличными от таковых, свойственных денеж-

### **Оплата медицинских услуг является встречным предоставлением и не является характеристикой самих медицинских услуг.**

возмездным договорным предоставлением (ст.779 ГК РФ). Услуги всегда оказываются в обмен на их оплату.

Медицинские услуги – не исключение. На стороне исполнителя медицинских услуг всегда находится субъект профессиональной медицинской деятельности, к которому предъявляются квалифицированные законом требования именно в этом качестве. В отличие от многих других услуг, медицинские

норму эквиваленту их цены – оплате. Оплата – это предоставление в обмен на оказание услуг, и соответствует денежной величине их цены, не будучи производной от характеристики товара, выражением его свойств. Цена может не соответствовать объективной и/или субъективной ценности услуги, себестоимости ее производства и т.д., притом что ее оплата, тем не менее, обязательна.

Поскольку характеристики услуг

не определяются характеристиками их оплаты, и наоборот, постольку источники оплаты, тем более, не являются характеристикой услуг.

А поскольку все услуги оказываются возмездно, хотя бы и бесплатно для получателя, то выделение «платных» услуг в противоположность оплачиваемым в счет социальных гарантий государства медицинских услуг является противоправным.

3.3. Определение медицинской услуги как объекта отчуждения необходимо для того, чтобы факт ее одновременного производства и потребления означал ее безвозвратность и несостоятельность требований об одностороннем отказе заказчика (потребителя) от договора или возмещения понесенных им расходов по устранению ее недостатков своими силами или третьими лицами.

Законодательно предусмотренные обязанности оплаты услуги и ее возврата по разным основаниям сторонами не в полной мере применимы к отношениям в связи с оказанием медицинских услуг.

Поскольку бинарность медицинской услуги позволяет признать ее товаром в части, не относящейся к медицинской помощи, постольку именно в этой части она подлежит оплате в размере цены медицинской услуги (т.е. с учетом добавленной стоимости). Применительно к медицинской помощи цена медицинской услуги покрывает лишь себестоимость ее оказания.

Если потребитель отказывается от продолжения медицинской услуги тогда, когда в части медицинской помощи она уже оказана, он оплачивает исполнителю фактически понесенные им расходы (п.1 ст.782 ГК РФ).

Если потребитель отказывается от получения медицинской услуги тогда, когда он поставлен в очередь (например, на плановую операцию), и для оказания этой услуги ему готовятся соответствующие ресурсы, то его отказ чреват убытками для исполнителя. В этом случае лишь заключение предварительного договора (ст.429 ГК РФ) позволяет предотвратить такие убытки и основательно требовать от потребителя оплаты фактически

понесенных расходов.

Если же потребитель отказывается от получения медицинской услуги тогда, когда ее товарная полезность уже им потреблена, то оплаты фактически понесенных расходов явно недостаточно для возмещения убытков исполнителя. В этой части образуется пробел законодательства.

При отказе от исполнения договора об оказании услуги исполнитель не вправе требовать возмещения своих затрат, произведенных в процессе оказания услуги, а также платы за оказанную услугу, за исключением случая, если потребитель принял оказанную услугу (п.4 ст.28 ЗоЗПП). Такое положение дел ставит исполнителя медицинских услуг в экономически неустойчивое положение, когда потребитель, добросовестно или недобросовестно заблуждаясь, оказывается вправе не платить за сделанное товарное и нетоварное предоставление.

Для целей налогообложения услугой признается деятельность, результаты которой не имеют материального выражения, реализуются и потребляются в процессе осуществления этой деятельности (п.5 ст.38 НК РФ), и реализацией которой признается сам факт возмездного оказания услуг одним лицом другому лицу (п.1 ст.39 НК РФ), подобно передаче права собственности на вещь.

С момента завершения составляющих услугу действий (юридический итог) товарная полезность уже потреблена ее получателем, даже если фактический итог не наступил, будучи отсроченным.

Тем не менее, при отказе от исполнения договора потребитель обязан возвратить товар (результат работы, услуги, если это возможно по их характеру) продавцу (исполнителю) (п.1 ст.12 ЗоЗПП). Но по характеру услуг вообще и медицинских услуг в частности, в отсутствие у услуг результата с материальным выражением, при одновременности производства и потребления услуг, возвращать в этом случае нечего. Тем самым возврат оплаты в обмен на возврат предоставления невозможен, а требования возврата оплаты без возврата предоставления – законны, но неправомерны.

С таким основанием одностороннего отказа заказчика (потребителя) от договора, как недостаток медицинской услуги, еще сложнее: какой недостаток, во-первых – качества или безопасности; во-вторых – в товарной (обслуживание) или в нетоварной (медицинская помощь) части является основанием для возврата оплаты услуги. Между тем закон прямо устанавливает: потребитель при обнаружении недостатков оказанной услуги вправе по своему выбору потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги; соответствующего уменьшения цены оказанной услуги; возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами (п.1 ст.29 ЗоЗПП).

Если качеством обладает медицинская услуга как товар, то медицинская помощь качества лишена, не будучи категорией потребительских предпочтений и подчиняясь не юридическим правилам, а правилам медицины. При этом и медицинская услуга, и медицинская помощь в ее составе подчиняются требованиям безопасности, хотя бы и по-разному. Если для медицинской услуги в товарной части недостаток безопасности – вероятная случайность, то для медицинской помощи, всегда представляющей собой интервенцию в состояние здоровья, недостаток безопасности – несчастная вероятность недопустимого отклонения от профессиональных технологий.

Отсюда безвозмездное устранение недостатков оказанной медицинской услуги, если и возможно, то – в ее товарной части (применительно к качеству) и только в процессе ее оказания. Обнаружение подобного недостатка (несоответствия условиям договора) по ее завершении может повлечь только соответствующее уменьшение цены оказанной медицинской услуги.

Обращение же заказчика (потребителя) оказанной медицинской услуги к третьим лицам ставит ее исполнителя в положение зависимости от усмотрения как потребителя, так и исполнителя другой услуги по устранению недостатков первой.

Потребитель может счесть недо-

статком то, что таковым не является (например, несоответствие своим ожиданиям, административные нарушения и пр.). Потребитель может счесть недостатком медицинской услуги недостаток медицинской помощи, и наоборот, и т.д.

Исполнитель другой медицинской услуги по устранению недостатков первой, заинтересованный в большей ее оплате, может ввести потребителя в заблуждение или выполнить другую услугу и по другому поводу под видом исправления таких недостатков и т.д.

Что касается устранения недостатков оказанной медицинской услуги потребителем своими силами, это маловероятно, но подобные требования тоже возможны.

Тем самым требования о возмещении понесенных потребителем расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами – также законны, но неправомерны.

Очевидно, для целей работоспособности существующих норм права

в этой части необходимо существование экспертного механизма установления характеристик недостатка медицинских услуг и иных оснований для предъявления требований к исполнителю. Наличие экспертного заключения, авторы которого несут ответственность за его валидность, должно облегчать претензионный или судебный процесс, не препятствуя, однако, обычному его ходу. Иными словами, потребитель остается вправе прибегнуть или не прибегнуть к подобной экспертизе, заключение которой лишь служит дополнительным средством модерации потенциального спора.

Возможен дополнительный вариант, когда потребитель проходит полноценное обследование перед тем, как обратиться к субъекту медицинской деятельности, и после. В отличие от распознавательных (диагностических) исследований, ориентированных на выявление патологии (отдельного явления или процесса), оценка здоровья предполагает метрическую характеристику в полном или выбо-

рочном объеме состояния целого объекта (организма). Тем самым становится возможным сравнение состояния здоровья потребителя и выяснение изменений в результате оказания медицинских услуг<sup>7</sup>.

Это – внепроцессуальная медицинская экспертиза, которая требует участия судебно-медицинских экспертов, оценщиков и юристов. Значение, а равно предмет, пределы и порядок проведения такой экспертизы и механизм наступления ответственности экспертов нуждаются в законодательном оформлении, предпочтительно – в специальном законе.

В целом, проблемы недостаточности правового регулирования потребительского оборота в сфере охраны здоровья граждан многочисленны и многогранны, но сводятся все в фокусе теории медицинской услуги, остающейся по настоящее время законодательно не оформленной.

7 Пузин С.Н., Тихомиров А.В. Валио-оценка состояния здоровья граждан //Главный врач: хозяйство и право. – 2007. - № 6. – С.37-39.

### А знаете ли Вы, что...

...при получении лицензии на медицинскую практику в Канаде, врачу необходимо предоставить следующие документы, подтверждающие квалификацию:

- диплом врача MD (Doctor of Medicine) степени - копию свидетельства
- Медицинская Регистрация - Часть первая предназначена для общего или семейных врачей. Врач общей практики должен представить доказательства успешного завершения одного года стажировки или его эквивалент, состоящий из подготовки в медицине, хирургии, педиатрии, акушерства и гинекологии, семейной практики.

Практикующий должен предоставить подтверждение успешного завершения программы семейного врача.

Семейный врач должен также предоставить копию своего сертификата из колледжа семейных врачей Канады (CFPC), что является доказательством их выполнение всех требований для поступления в колледж, включая их экспертизу.

- Медицинская Регистрация - Часть вторая для специалистов-практиков, которые предоставляют доказательства успешного завершения программы по специальностям. Также они должны предоставить копию своей справки из Королевского колледжа врачей и хирургов Канады (RCPSC) или Профессиональной корпорации врачей Квебека (PCPQ), что является доказательством их выполнения требований для поступления в колледж или корпорации, включая их экспертизу.

- Кандидаты в часть первую и часть вторую медицинском регистре должны предоставить копию своего Сертификата лицензиата медицинского совета Канады (LMCC), что является доказательством их успешного пополнения частей 1 и 2 квалификационных экзаменов.

Создатели и руководители сервисного бизнеса в России легко усвоили - по крайней мере, на уровне декларации - расхожую формулу «клиент всегда прав». Естественно, тут же восприняли ее и получатели услуг, и теперь разговоры о приоритетном праве клиента ведутся по любому поводу и на все лады. Недавно в одном медицинском учреждении я услышал из уст человека, беседовавшего со своим лечащим врачом: «Больной всегда прав». Сказано было с улыбкой, но не шутя. Что же это такое? Где грань, отделяющая благое намерение расширить клиентскую базу от нанесения непоправимого ущерба престижу профессии, коллектива, конкретного специалиста? Как, собственно, следует управлять отношениями с клиентами, в особенности с пациентами, ведь еще с советских времен в памяти засела и другая формула: «это в ресторане вас обслуживают, а в больнице - лечат, спасают жизнь?»

Отвечая на эти непростые вопросы, сразу начну с дискредитации клиентоориентированной «мантры»: клиент никогда не прав. Точнее, он прав лишь в одном, фундаментальном: за свои деньги (а также нервы, время и т.д.) он вправе получить надлежащую услугу в заранее оговоренном объеме. И все. В остальном прав мастер, ибо существует непререкаемый закон эффективного управления: взаимодействием должен руководить наиболее компетентный его участник. В системе отношений «врач-больной» кто является самым компетентным? Вопрос, понятно, риторический.

Кстати, от реализации данной управленческой парадигмы выигрывают все - и мастера-профессионалы, и клиенты. Ведь только она позволяет взаимодействовать в стиле сотрудничества, всестороннего взаимообогащения. Все прочие варианты построения отношений чреваты неизбежными конфликтами, поскольку конфликт, по сути, это протест против некомпетентности, умноженный на неверие в перспективу устранения этой некомпетентности. Иными слова-

# ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПАЦИЕНТУ КАК АЛЬТЕРНАТИВА БЕЗУСЛОВНОЙ «КЛИЕНТО- ОРИЕНТИРОВАННОСТИ»

Показано, что умению требовать соблюдение режима должно сопутствовать знание медицинским персоналом индивидуально-психологических особенностей людей

Ключевые слова: ориентированность на клиента, конфликт, психологический радикал

ми, применительно к медицинской практике, формулу «клиент всегда прав» несет в себе пациент, изначально не доверяющий компетентности медперсонала, психологически настроенный не на сотрудничество, а на конкуренцию, уступку, избегание или, в лучшем случае, на некий компромисс.

На самом деле, никого так не тяготит это объявление безусловного приоритета, как самого клиента. Еще бы! Ведь следуя этим путем, он вынужден принимать на себя ответственность в деле, о котором имеет лишь приблизительное пред-

ставление. Вот почему, встретившись с профессионалом (даже не с подлинным мастером, а хотя бы с тем, кто внешне воплощает собой спокойную уверенность), пациент охотно вверяет ему свою жизнь и здоровье.

Я часто пересказываю реальную историю, иллюстрирующую этот тезис, и даже включил ее в одну из моих книг<sup>1</sup>. А было так.

Сотрудников городской поликлиники буквально терроризировал некий бойкий пенсионер - назовем его Иваном Ивановичем. Стои-

<sup>1</sup> В.Пономаренко Управление конфликтами. - М.: АСТ-«Олимп», 2008 г.

ло Ивану Ивановичу войти в здание, как все врачи и медсестры уже знали об этом и старались скрыться, кто куда. Он же, размахивая удостоверением обладателя социальных льгот, не обращая внимания на других пациентов, пинком открывал двери в любой кабинет, включая гинекологический, заходил к врачам и требовал угождать себе. Слава Богу, здоровья у него было много.

Если же кто-то пытался его урезонить, уговорить вести себя более вежливо, не столь агрессивно, он тут же строчил жалобу в вышестоящую инстанцию, которая всегда становилась на сторону пенсионера, уважаемого человека. Кстати, в подобных жалобах он указывал множество реальных недостатков медицинского обслуживания, поэтому-то они и попадали «в десятку». Словом, Иван Иванович стал для поликлиники почти мистической персоной, «наказанием за грехи». Он привык к этой роли, и исправно ее исполнял, всё больше входя во вкус.

Однажды Иван Иванович решил проконсультироваться у невролога и, заодно, потребовать выписки себе дорогостоящих в аптечной сети, но бесплатных для него лекарств. Как всегда, не спрашивая разрешения, он вломился в кабинет врача. Вела прием незнакомая ему, по-видимому, недавно зачисленная в штат поликлиники, молодая женщина-невролог. Она еще не закончила осмотр предыдущего пациента, и вторжение Ивана Ивановича ее возмутило. «Немедленно выйдите из кабинета», – жестко сказала она.

«Что!?!» – Вскипел пенсионер, но сдержался, видимо, понимая, что сам в этот момент нарушает правила. Но как только врач освободилась, Иван Иванович решил взять реванш. Он по-хозяйски, не торопясь, вступил в кабинет невролога, взял стул, сильной рукой поставил его на середину, уселся и сказал: «Вы еще не знаете меня. Так я вам покажу, на что я способен». Врач, не дрогнув ни единым мускулом лица, смерила его скептическим взглядом и ответила буквально следующее: «А вы, дедуля, знаете, на что способна я? Видите этот молоточек?

Вот я сейчас как дам вам по лбу, у вас ноги-то и отнимутся. Верите?»

Иван Иванович от неожиданности только молча икнул и кивнул головой. Невролог продолжила прием, как ни в чем не бывало. Она внимательно осмотрела пенсионера, назначила ему лечение, которое сочла нужным (а не то, которое хотел потребовать он). И с тех пор между ними установилась полная идиллия. Иван Иванович, продолжая в целом вести себя по-прежнему, в отделении неврологии становился тише воды, ниже травы. Он почтительно спрашивал, можно ли ему прийти на очередной прием, приносил врачу цветы и конфеты.

Все это было настолько неприлично, что прочие сотрудники решили, что Иван Иванович изменился в лучшую сторону. Но, нет, он не изменился. Прошло совсем немного времени, и он вновь написал жалобу, на сей раз – в прокуратуру, где подробно описал все, на его взгляд, «злоупотребления», разругал, на чем стоит свет, почти всех специалистов, якобы, ничего не смыслящих в своей благородной профессии. Но при этом отметил и двоих-троих «замечательных врачей». Их список возглавила... кто бы вы думали?... Конечно, врач-невролог.

Этот случай весьма поучителен, хотя и содержит элементы гротеска (не мною, а самой жизнью представленного). Врач интуитивно поняла, что ее агрессивный пациент настроен на соблюдение порядка в делах и отношениях. Порядка, а не вопиющей расхлябанности, вседозволенности, размазанной ответственности и т.п., царящих, по его мнению, в этом убогом учреждении. И она объявила о порядке, заставила пациента принять это объявление всерьез, что он охотно и сделал, на том простом, логичном основании, что врач определяет цели, средства и тактику лечения. И никто другой.

Стремление к порядку – весьма распространенная черта человеческого характера. В его основе лежит энергетически ослабленная, вялая нервная система, свойственная большинству людей. В клиентских отношениях, а тем более – в меди-

цине, должен властвовать порядок, хорошо известный и беспрекословно исполняемый всеми заинтересованными сторонами.

И врач, и пациент обязаны знать, что правила существуют, они неизбежны и любое их нарушение – это шаг к разрыву отношений. Стержень этой упорядоченной системы, как уже было сказано, должен стать профессионализм медика, а не субъективное мнение больного. Именно врач (и, конечно же, руководитель медицинского учреждения, уверенный в компетентности своих подчиненных) имеет право сказать: «Будет либо так, либо – никак». Никакими «чего изволите» и «как прикажете» клиента не удержать. Напротив, аморфность и преувеличенная пластичность тех, кому положено быть структурированными и авторитетными, отпугивает людей. Это утверждение претендует на универсальность. Хотя, разумеется, всегда нужно делать поправку на индивидуальные особенности пациента. Понять психологию человека, обратившегося за медицинской услугой, и своими профессиональными действиями облегчить ему жизнь – это и будет подлинной «ориентированностью на клиента».

Каждый человек воплощает – осознанно или интуитивно – собственную стилистику поведения. В ее основе врожденные свойства темперамента (энергетические ресурсы нервной системы, быстрота переключения сознания между информационными потоками, чувствительность к слабым сигналам и др.) и интеллекта (прежде всего, мышления как способности отличать существенные признаки предметов и явлений от второстепенных, случайных). Благодаря этим генетически детерминированным задаткам, человек в течение жизни избирательно усваивает те или иные способы социального поведения, совокупность которых и называется «характер». Все это общеизвестно.

Однако мы не всегда понимаем (во всей полноте этого феномена), что цели, мотивы наших поступков, и даже наша система ценностей и жизненных смыслов вытекают из характера, являются его органичной частью. В том числе – мотивы

и цели обращения за медицинской услугой, в более общем плане – забота о здоровье, представление о физической красоте. Говоря «я хочу быть здоровым», «я хочу хорошо выглядеть», разные люди имеют в виду не одно и то же. Компетентный клиентоориентированный специалист с первых же минут общения должен уметь определять, чего же – по существу, а не только по форме – ожидает от него пациент. Это вполне возможно. Для этого есть специальная технология.

Базовым элементом этой технологии является так называемый «психологический радикал» – устойчивая совокупность черт характера, имеющих общую темпераментную (или интеллектуальную) основу. В русском языке понятию «радикал» более всего соответствует слово «начало». Например, мы нередко говорим: «В этом человеке развито творческое начало» или «Ему присуще агрессивное начало».

Реальный характер (т.е. стиль поведения конкретного человека) никогда не состоит из одного радикала. Это всегда смесь, причем зачастую – смешение противоречивых психологических тенденций (начал). Поэтому, кстати, распространенный подход, называемый «типологией характеров», неэффективен. Особенности индивидуального поведения не укладываются в «прокрустово ложе»

лить характер любого человека, являются: истероидный (демонстративное начало), эпилептоидный (агрессивно-упорядоченное начало), паранойяльный (лидерское созидательное начало), эмотивный (чувствительное начало), шизоидный (творческое начало), гипертимный (оптимистически-коммуникативное начало) и тревожный (консервативное начало). Всего семь радикалов.

Люди не скрывают своего характера, ведь это наиболее приемлемый для них способ социального поведения. Наоборот, каждый кровно заинтересован в том, чтобы его поняли и приняли таким, какой он есть. Тем более что заведомо «плохих», некачественных, неадаптивных характеров – в рамках психического здоровья – не бывает. Поэтому существует множество признаков радикалов, доступных обычному наблюдению, на которое и следует ориентироваться, осуществляя психодиагностику.

Для истероидного радикала характерны, в частности, яркость оформления внешности, стремление выделиться на фоне окружающих всеми способами, включая эпатажные, манерничанье, театральность, показная оригинальность. Если демонстративное начало является ведущим (доминирует в характере, задает основную цель поведения), то его обладатель крайне

всего они чувствуют себя в одежде спортивного или рабочего стиля). Они чистюли и аккуратисты. Эпилептоидная доминанта означает, прежде всего, стремление к сугубому порядку в делах, отношениях, в предметном мире и т.д. Отсутствие порядка вызывает тревогу и, как следствие, агрессию. В приведенном выше примере врач угадал в пациенте-пенсионере именно преобладающий эпилептоидный радикал и предложила манеру поведения, полностью адекватную ожиданиям эпилептоида. Поэтому между ними и воцарились мир да любовь.

Паранойяльный радикал выделяется строгим официозом, оформлением внешности в классической манере (костюм прямоугольного силуэта, без стилистических изысков). Есть и специфика жестикуляции: направляющие («указующие») и ритмообразующие (постукивания по столу, ритмичное «рассекание воздуха» ладонью) жесты. Обладатели паранойяльной доминанты любят обобщать («в России никогда не будет нормальной медицины») и игнорируют оппонентов. Они всегда заняты, и не собой, а общественно важными делами. В их представлении о мире – несколько упрощенном и категоричном – все уже заполнено и организовано. К счастью, как клиенты они неприхотливы, поскольку такие частности, как рецептура лекарств, тактика хирургического вмешательства или степень приветливости персонала их мало интересуют. Они более масштабные личности.

Эмотивный радикал отличается очевидным вкусом в оформлении внешности и тактом в построении взаимоотношений. Чертами, входящими в него, являются доброта, отзывчивость, склонность к сочувствию и самопожертвованию. Однако это вовсе не означает, что обладатель этой доминанты – легкий клиент. Эмотив готов принять все – и неопытность персонала, и несовершенство сервиса. Одно лишь ему претит – неискренность, неготовность принести извинения и признать недостатки. Ложь и фальшь он чувствует раньше и острее других. Он не станет никого упрекать, требовать наказания и компенсации ущерба. Он просто

### Каждый человек воплощает – осознанно или интуитивно – собственную стилистику поведения.

какого-либо одного типа характера. Вместе с тем, зная свойства отдельных радикалов, умея распознавать их в человеке, можно составить достоверное, прогностически значимое представление о целостном характере. Так дегустатор коктейля распознает ингредиенты напитка, вплоть до установления (хотя бы приблизительно) их процентного содержания.

Основными радикалами, знание которых позволяет опреде-

зависим от мнения окружающих, жаждет комплиментов, поощрений (или хотя бы замечаний, ведь, как сказал один мой студент, «замечание от слова «замечать»»).

Эпилептоидный радикал часто связан с мощным, кряжистым телосложением (у мужчин, и мужеподобным – у женщин). Его обладатели предпочитают короткие стрижки. Их одежда функциональна – полностью соответствует ситуации, в которой используется (хотя уютнее

молча уйдет и будет потерян, как клиент, навсегда.

Шизоидный радикал – это, зачастую, астеническое телосложение, высокий рост, «футлярная» (длинные «капюшонообразные» волосы, борода у мужчин, длинные шарфы, высокие воротники, закрывающие полголовы, длиннополая бесформенная одежда, рюкзак за плечами) или эклектичная («клоунская», особенно в сочетании с истероидным радикалом) внешность. Неопрятность, неряшливость, дисгармоничная нелепая пластика. Вечный беспорядок вокруг. Обладатели шизоидной доминанты – истинно творческие люди. Во всем, в том числе во взаимоотношениях с медициной, они ценят креативность, нестандартность, дух эксперимента.

Внешние признаки гипертимного радикала – склонность к одежде для отдыха, отсутствие разделения на «свое» и «чужое», невнимание к общепринятым условностям, небрежность. Иначе говоря, доминантному гипертиму все равно, во что он одет и где находится. При этом он ничего никому не хочет доказать, никого не эпатирует, а просто чувствует и ведет себя раскованно. Подчас, излишне. Довершает облик этого радикала подвижность, торопливость, говорливость, смешливость, постоянный оптимистический настрой. Гипертим всегда готов приободрить, посмотреть сквозь пальцы на чужие промахи, многое извинить или попросту не заметить. Быть идеальным клиентом ему мешают его непостоянство, отсутствие интереса к себе, как к объекту усовершенствования, склонность разрушать деловую атмосферу везде, где только он появляется, и хроническая нехватка денежных средств.

Обладателя доминирующего тревожного радикала можно с первого раза вообще не заметить. Внешне он – полная противоположность истероиду: серый, невзрачный, скованный, согнутый, будто стремящийся сжаться в точку; всегда в одном и том же. Словом, никакой. За этим убогим фасадом могут скрываться недюжинные достоинства, которые начинают проявлять себя, только когда их обладатель

успокоится, привыкнет к обстановке. Но о чем следует думать сразу же, так это о сугубой консервативности этого человека. Перед нами – воплощение привычки, скромного по наполнению, но неукоснительно строгого распорядка дня. На любое, самое невинное и мало существенное, предложение новизны тревожный обязательно ответит отказом. Только вооружившись терпением, действуя медленно, постепенно, ни в коем случае не ускоряя события,

понять, с какой индивидуальностью его свела профессиональная судьба, и что он должен предоставить конкретно этому человеку.

Истероиду – эксклюзивность предложения и яркость самопрезентации; эпилептоиду – уважение к профессионализму и устойчивый порядок вещей; параноику – возможность сохранить и преумножить свой потенциал для масштабного поприща; эмотиву – радость гармонии и искренность; шизоиду

**Мы не всегда понимаем, что цели, мотивы наших поступков, и даже наша система ценностей и жизненных смыслов вытекают из характера, являются его органичной частью.**

можно приучить его к взаимодействию. Но, однажды приученный, он остается с нами навсегда. Даже когда не слишком удовлетворен качеством отношений.

Приведенные описания радикалов, разумеется, кратки и фрагментарны<sup>2</sup>. И далеко не исчерпывают темы индивидуального подхода. Не будем забывать: в человеке необходимо не только распознать отдельные радикалы, формирующие характер, но и выделить среди них доминанту, и понять, как именно прочие радикалы поддерживают и обслуживают эту доминанту. Как любая технология, эта методика психодиагностики требует изучения и практики.

Однако с ее помощью (или без нее, но с использованием иных аналогичных инструментов) общий порядок взаимодействия с клиентами (пациентами) может быть индивидуализирован. А это необходимо. Каждый индивид решает жизненно важные вопросы, сообразуясь со своим характером. И эффективное управление отношениями, по сути, сводится к тому, что компетентный (ведущий) партнер стремится создать атмосферу сотрудничества, максимально соответствующую характерам всех участников.

Врач, приступая к работе с пациентом, в первую очередь должен

– смелый эксперимент; гипертиму – веселое развлечение; тревожному – новую полезную привычку.

Если получится – пациент сам наделит своего врача аурой неземного существа, способного, ко всему прочему, еще и проникать в чужие мысли, угадывать затаенные желания. А без этого, согласитесь, трудно врачевать. Оставаясь с больным на равных, выступая перед ним обычным человеком – технологом, не более того, – мы невольно убиваем в нем веру в исцеление. А уж становясь в позу «сервуса», слуги – тем паче.

Помнится, Фаина Георгиевна Раневская сетовала, что «из театра ушел трепет». В этом значении «трепет» для медицинской клиники необходим не меньше, чем для театра. Лечение многократно более результативно, когда пациент испытывает не просто доверие к врачу, а благоговеет перед ним. К этому нужно стремиться. И это не утопия. Если все медицинское сообщество возьмет за правило... Да что «за правило!» – во все века профессии врача и жреца были на одном уровне почитания. И этот уровень нельзя опускать. Нельзя, и все тут. Вот каким должно быть главное правило для врачебного сообщества.

<sup>2</sup> Подробности в книге В.Пономаренко «Технологии скрытого управления людьми. Методика 7 радикалов». – М.: АСТ-«Олимп», 2008 г.

Современная система организации медицинской деятельности в России рассматривает вопросы качества оказания медицинских услуги и ее доступности через призму соблюдения лицензионных требований и условий, а также профессиональной подготовки врачей. При этом процесс лицензирования медицинской организации предполагает наличие документов, подтверждающих необходимую квалификацию врача, при получении лицензии, но не более, как впрочем, и на этапе контроля и надзора все ограничивается лишь документальным подтверждением соответствия имеющегося образования требованиям нормативных документов.

Профессионализм врача у нас определяется количеством бумаг с печатью, но при этом ни одно образовательное учреждение не выдает сертификат на наличие у врача клинического мышления.

Для рядового пациента, как в случае факта нарушения его прав, так и просто - в ходе успешного лечения, важным вопросом является - кто именно отвечает за качество лечения. Причем, до возникновения исковых требований вопрос стоит лишь о враче - кто именно, что назначает и почему. В случае предъявления требования о материальной компенсации возникает вопрос - кто должен платить? И в этот момент начинаются обывательские рассуждения, как со стороны пациентов, так и со стороны врачей, подогреваемые несовершенством российского законодательства. Какими бы ни были такие рассуждения, вывод всегда один - кто «брал» деньги за услугу, тот и должен платить по иску. Один из аргументов - договор с клиникой, ей платили, пусть и разбираются. Конечно, далее можно говорить о том, что клиника всегда может привлечь врача к ответственности. Но... Опять возникает «но»... Врач по отношению к клинике является работником, клиника по отношению к пациенту является исполнителем услуги. Что может потребовать работодатель в случае нарушения работником своих должностных

## КТО ГАРАНТИРУЕТ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ?

Показано, что медицинское сообщество само заинтересовано в чистоте рядов, чтобы не дискредитировать себя перед обществом, и наиболее пригодный для этого путь – саморегулирование

Ключевые слова: ответственность  
врача, медицинское сообщество,  
саморегулирование

обязанностей и в каком объеме? Не будем углубляться в Трудовой кодекс, скажем лишь одно - немного. И уж совсем несоизмеримо к суммам исков пациентов к клиникам, если речь идет о стоимости здоровья. Мы, конечно, не можем не упомянуть об уголовной ответственности врача, но специалисты знают, что рассмотрение вопросов с точки зрения уголовного права в большинстве случаев происходит лишь при причинении серьезного вреда здоровью или смерти пациента.

Налицо еще одна ситуация, показывающая, что медицина - область социальных отношений, требующая особых норм и положений регули-

рования.

Чтобы понять сферу взаимоотношений клиника - пациент - доктор, необходимо подчеркнуть, что сложность ситуации состоит в том, что физическое лицо, обратившееся за медицинской услугой, выступает в двух правовых статусах - потребителя и пациента. Пограничным вопросом этих статусов является проблема определения качества оказанной помощи - услуги. И если часть составляющих услуги еще как-то можно выделить (информированность, вежливость, и т.п.), то другую часть нельзя отделить от самого процесса лечения и его качества (сроки исполнения, например). Ведь не напишешь же в



договоре с пациентом, что вылечим его за 9 дней.

Качество для своего определения требует наличия стандартов, норм и количественных показателей, различных критериев или экспертной оценки. Но как подвести под такие стандарты и критерии ощущения самого пациента, который пусть и субъективно, но не доволен результатом? Сразу приходит на ум вопрос знакомого доктора «Вы хотите, чтобы я вас лечил по стандартам или как врач?»

Ни одна система здравоохранения в мире не является идеальной, потому что «камнем преткновения» остается вопрос объективного фактора «субъективности» врача. И здесь философский вопрос «Медицина – это наука или творчество?» приобретает иной смысл: можно ли медицину регламентировать или эта область всегда будет носить творческий «характер»?

Позволим сделать ряд выводов, которые по нашему мнению, «примиряют» указанные выше противоречия. Система государственного регулирования здравоохранения может и должна создавать условия для оказания качественной и доступной медицинской услуги. Само же достижение качества всегда будет определяться профессиональной подготовкой и морально-этическими качествами врача. Влиять на эту составляющую – профессионализм – путем государственного регулирования невозможно. В силу этого роль профессионального медицинского сообщества является одной из важных составляющих в системе здравоохранения разных государств. Эта роль выражается не только в утверждении и продвижении профессиональных стандартов лечения, но и в системе взаимного контроля и во взаимодействии врачей.

Приведем пример работы стоматологических ассоциаций в разных штатах США. Доктор, желающий открыть практику в штате Орегон, имеющий до этого многолетний опыт работы в штате Нью Джерси, обязан пройти экзамен в Ассоциации штата Орегон. Экзамен состоит из тестирования и проверки мануальных навыков (теория и практика), и проводится комиссией, назна-

чаемой ассоциацией с постоянно меняющимся составом. Такой же экзамен проходят стоматологи и по истечении 3-5 лет (в разных штатах разный срок). Внешне звучит все очень схоже с российской системой повышения квалификации. Но есть существенная разница. Члены комиссии не участвуют в обучении, как это существует в России на кафедрах последипломного образования. Комиссия ассоциации заинтересована ТОЛЬКО в ДОСТОВЕРНОМ РЕЗУЛЬТАТЕ. Никаких «поблажек», скидок на то, что доктор «был на вашей лекции», или личной приязни или неприязни. Задача комиссии – не допустить на рынок специалиста, который может дискредитировать специальность в целом, так как от общего количества (статистики) судебных исков, врачебных ошибок по конкретным нозологиям зависит не только имидж и социальный статус доверия, но и стоимость профессионального страхования, стоимость услуг, процент обращаемости – и многие другие материальные факторы, влияющие на данное профессиональное сообщество в целом, а, следовательно, и на каждого конкретного доктора.

Предположительно механизмом такого «социального» контроля в России могут стать профессиональные союзы работников, профессиональные ассоциации и саморегулируемые организации.

Рассматривая текущую историческую ситуацию в стране можно отметить, что профессиональные союзы медицинских работников, основной задачей которых является защита прав врачей в их трудовых взаимоотношениях, не имеют достаточного влияния на процесс и уровень профессиональной подготовки врачей, да и общественного авторитета.

Профессиональные ассоциации врачей, формирующиеся по принципу медицинской специальности (урологи, стоматологи, офтальмологи), уделяют внимание новым знаниям, популяризации новых методов у пациентов и, несомненно, вносят значительный вклад в оздоровление нации путем пропаганды профилактики различных заболеваний. Но у таких ассоциаций отсутствует механизм взаимоконтроля и уж тем более ответственности (не

говоря уже о материальной), как за уровень подготовки врача, так и за качество оказания медицинских услуг членами такой ассоциации.

Рождающаяся на наших глазах новая форма организации профессионального и предпринимательского сообщества – саморегулирование – имеет в своей структуре важный механизм взаимной финансовой ответственности. Тем самым создается «рычаг» – «я за тебя отвечаю, поэтому я спрошу с тебя». Возможно, структура и форма саморегулирования в медицине претерпят определенные изменения относительно того, что сейчас мы наблюдаем в других областях. Можно предположить, что первоначально получив развитие по принципу объединения по виду деятельности – то есть объединения юридических лиц, в дальнейшем получают развитие и объединения физических лиц – профессионалов.

Очевидно, что принципы, заложенные в «Основах законодательства об охране здоровья граждан», имеют верный посыл, но их реализация в жизни не дает результатов. Возможно, такое происходит отчасти от того, что создавались «Основы...» для совершенно другой структуры государства и общества.

Основная задача лицензирования клиник не в выдаче лицензии, а в мониторинге соблюдения лицензионных требований, эффективный механизм которого отсутствует. Выдача сертификата специалиста врачам (легитимность которого остается двусмысленной) по сути своей не должна иметь целью его «наличие». Оценить профессионализм врача по результатам его знаний по истечении 5 лет – вот, что должен подтверждать сертификат. А уж как и где эти знания приобретались, не так важно. Сейчас же результат подменяется процессом.

Наличие проблем в системе гарантирования качества медицинской помощи в России очевидно. Но сложность и многоплановость необходимых изменений настолько серьезна, что государство, делая заявления об изменении «принципиальных подходов», так и не решается официально объявить о радикальной реформе здравоохранения. Разрозненные шаги, которые

предпринимаются, не носят системного характера, так как не ведут ни к какому, сформулированному в качестве цели, результату. Лицензирование - это лишь маленький узелок в системе. Очередное декларирование об изменении системы лицензирования в медицине – это лишь попытка дать новое название процессам. Какая разница, будем ли мы лицензировать врача или выдавать ему сертификат о повышении квалификации? Какая разница, будем ли мы называть процесс лицензирования клиники аккредитацией? В тонкостях правовых и процессуальных статусов нам все понятно. Но понятно и то, что как бы это не называли, должно быть главное – определение, кто и в какой мере отвечает за качество лечения.

Лишь перенесение акцентов с процессов допуска к медицинской

деятельности – лицензирование и прочее, на процессы мониторинга и реальной ответственности всех участников процесса за качество, может привести к результату.

В этой связи, форма саморегулирования позволяет реализовать такой подход без боязни возникновения «коррупционных составляющих» при проведении проверок и определения ответственности. В СРО невыгодно брать взятки и тут же самому платить за плохое качество. Основной принцип мотивации к законопослушанию, применяемый во многих странах – выгода. Ни совесть, ни общество не имеют такого воздействия на человека, как выгода. Выгодно быть законопослушным и невыгодно нарушать закон – дороже обойдется...

Система здравоохранения чрезвычайно многолика и сложна.

Общественные институты, системы страхования, задачи профилактики и социальные группы населения, стандарты и их материальное наполнение - все эти сплетения интересов, финансов и судеб в конце цепочки неумолимо сталкиваются лишь с одним гарантом – доктором, который примет правильное решение.

И задача системы состоит в том, чтобы структура ответственности и мотиваций, реально реализуемая и имеющая влияние на конкретного доктора, заставляла его соответствовать установленным стандартам и требованиям. Государство как огромный механизм никогда не сможет взаимодействовать с конкретным врачом на уровне мониторинга его действий. Таким инструментом могут стать лишь врачебные объединения – саморегулируемые организации.

#### **А знаете ли Вы, что...**

...требование органов лицензирования о наличии дополнительно к существующей лицензии на медицинскую деятельность лицензии на выполнение работ и услуг при оказании высокотехнологичной помощи является незаконным, так как Федеральным законом от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» это не предусмотрено.

Также законодательно не определено понятие высокотехнологичной помощи.

В данном случае Минздравсоцразвития превышает свои полномочия, что может быть оспорено судебным порядком.

#### **А знаете ли Вы, что...**

...Приказ МЗ СССР от 04.10.1980 г. N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» был отменён приказом МЗ СССР от 05.10.1988 г. N 750.

В связи с этим, формы медицинской документации, утверждённые приказом № 1030, не являются обязательными к применению.

Если исходить из приказов министерства, то «медицинскую карту амбулаторного больного» можно вести в трёх формах – ф. «ВР-359/87/1»; ф. ф. «N 025/у-87» и ф. «N 025/у-04». Приказы о введении всех этих форм являются действующими.

- Приказ Минздрава СССР от 12 февраля 1987 г. N 204 «О введении формализованных форм медицинской документации».

- Приказ Минздрава СССР от 31 декабря 1987 г. N 1338 «О введении новой формы медицинской карты амбулаторного больного».

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. N 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».

В июне 2010 года автор посетил США по программе «Открытый мир» для изучения вопросов правового регулирования американского здравоохранения, которая включала в себя ознакомление со следующими направлениями:

- роль органов контроля и надзора в системе здравоохранения на федеральном уровне, уровне штата и муниципальном уровне;
- отношения и модель сотрудничества между государственными органами, частным сектором и неправительственными организациями, занимающимися вопросами здравоохранения;
- роль профессиональных медицинских ассоциаций;
- государственный и частный сектор здравоохранения в США;
- управление системой здравоохранения;
- порядок рассмотрения и разрешения гражданских дел по врачебным ошибкам;
- частные инвестиции в здравоохранении.

Принимающая сторона предоставила возможность удовлетворить профессиональный интерес юриста по обозначенным вопросам в штате Западная Вирджиния.

Краткая справка.

Западная Вирджиния /Виргиния/ (англ. West Virginia) штат на юго-востоке США. Население в 2003 году составило 1,810 млн. человек (37-е место в США). Территория Западной Виргинии расположена в системе Аппалачей, преобладает гористая местность, официальное прозвище - «Горный штат» (Mountain State). Девиз Montani Semper liberi («Горы всегда свободны»). В штате имеются значительные запасы угля, природного газа, нефти, соли и других полезных ископаемых, что определяет его развитие. Хорошо развито сельское хозяйство (животноводство, птицеводство, выращивание яблок, персиков, кукурузы, табака). Значительное место в экономике играет туризм. Усилия по соблюдению природоохранного законодательства привели к тому, что экологическая обстановка очень благоприятная, и это обстоятельство привело к росту цен на

# ЛОББИРОВАНИЕ ИНТЕРЕСОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В АМЕРИКЕ ДОСТИГАЕТСЯ ЧЕРЕЗ ОБЪЕДИНЕНИЕ В АССОЦИАЦИИ

Показано, что зарубежный опыт лоббирования может быть адаптирован российским медицинским бизнесом

Ключевые слова: лоббизм, ассоциация  
медицинских организаций, зарубежный опыт

недвижимость. Столица и крупнейший город - Чарлстон (население - 53 421 человек, вместе с пригородами - 309 635 жителей). Остальные города небольшие по численности (40000 - 10000 жителей)<sup>1</sup>.

На официальном сайте штата провозглашено, что поддержание системы здравоохранения является

важным для обеспечения высокого качества жизни его жителей, поэтому штат стремится обеспечить функционирование здравоохранения на максимально современном уровне с обеспечением ее доступности для всех жителей<sup>2</sup>.

В штате учрежден Медицинский совет (West Virginia Board of

<sup>1</sup> [http://ru.wikipedia.org/wiki/Западная\\_Виргиния](http://ru.wikipedia.org/wiki/Западная_Виргиния)

<sup>2</sup> <http://www.wv.gov/Pages/default.aspx>



Рисунок 1. Печать штата Западная Вирджиния

Medicine)<sup>3</sup>, который обладает правами на выдачу лицензий для врачей, среднего медицинского персонала, по привлечению медицинских работников к дисциплинарной ответственности (с июня по сентябрь 2010 года Медицинский совет вынес решения в отношении 23 медицинских работников<sup>4</sup>, среди них решения об аннулировании лицензии за злоупотребление алкоголем, выдачу рецептов на психотропные вещества при отсутствии медицинских показаний, приостановления действия лицензии до прохождения очередного повышения квалификации (по законодательству штата лицензионным требованием является наличие у врача 50 часов непрерывного медицинского образования в течение двух лет<sup>5</sup>).

На уровне штата также действует Ассоциация медицинских организаций Западной Вирджинии (West Virginia Hospital Association) (рис.2), представляющая собой некоммерческое объединение больниц, госпиталей, аналогом которому, применительно к российскому законодательству, является некоммерческое

партнерство.

Ассоциации медицинских организаций как объединения субъектов медицинской деятельности характерны для Америки в целом. В каждом штате действуют подобные ассоциации, например Alabama Hospital Association<sup>6</sup>, Texas Hospital Association<sup>7</sup>, Florida Hospital Association<sup>8</sup> и другие. Объединяет медицинские ассоциации штатов American Hospital Association<sup>9</sup> (рис.3), которая является национальной некоммерческой организацией, представляющей интересы всех типов больниц и насчитывающей около 5000 членов, была создана еще в 1898 году<sup>10</sup>.

Ассоциация медицинских организаций Западной Вирджинии (далее WVHA) насчитывает несколько меньшую историю, т.к. была создана в 1925 году<sup>11</sup> (сам штат был образован в 1863 году<sup>12</sup>).

В настоящее время WVHA насчи-

3 <http://www.wvbom.wv.gov/>

4 <http://www.wvbom.wv.gov/disciplinary.asp>

5 [http://www.wvbom.wv.gov/continuing\\_education.asp](http://www.wvbom.wv.gov/continuing_education.asp)

6 <http://www.alaha.org/>

7 <http://www.tha.org/>

8 <http://www.fha.org/>

9 <http://www.aha.org/>

10 <http://www.aha.org/aha/about/index.html>

11 <http://www.wvha.com/>

12 [http://ru.wikipedia.org/wiki/Западна\\_Вирджиния](http://ru.wikipedia.org/wiki/Западна_Вирджиния)

тывает 69 медицинских организаций штата Западная Вирджиния (рис. 4) с общей численностью около 36000 сотрудников с общим годовым фондом заработной платы в 1,6 млрд \$.<sup>13</sup>

Вне членства ассоциации находятся три медицинские организации, имеющие отношение к муниципальным образованиям и не способные по своему финансовому состоянию оплачивать минимальный годовой членский взнос (составляет 6 000 \$) и три медицинских организации частной формы собственности, менеджмент которых не считает необходимым вступать в Ассоциацию.

Члены WVHA входят в пятерку крупнейших работодателей штата. В целом, медицинские организации опосредованно обеспечивают занятость 85000 человек с годовым фондом заработной платы в 2,7 млрд \$, для сравнения: в Западной Вирджинии в производстве задействовано 63000 человек, в строительстве 34000, в добыче полезных ископаемых – 22000 человек<sup>14</sup>.

Достойная заработная плата медицинских работников создает платежеспособный спрос в розничной торговле, бытовом обслуживании и иных потребительских секторах рынка штата. Налоги с медицинских организаций пополняют казну штата, а их собственные инвестиции позволяют предоставлять современную высокотехнологичную медицинскую помощь без необходимости выезда пациентов за пределы Западной Вирджинии. Высокотехнологичная медицинская помощь является также мотивом для удержания медицинского персонала, предпочитающего работать на современном оборудовании.

Штат ассоциации насчитывает 19 сотрудников из них: 7 человек – администрация ассоциации, а 12 человек вспомогательного персонала обеспечивают их работу.

Деятельность Ассоциации осуществляется за счет членских взносов (минимальная сумма годового членского взноса - 6 000 \$, максимальная -250 000 \$; величина членского взноса зависит от размера дохода медицинской организации, чем больше

13 Hospital Community Benefits: Beyond the Bedside, Josef M.Letnaunchyn (A Publication of the West Virginia Hospital Association (March 2009)

14 Hospitals and Economic Downturn (A Publication of the West Virginia Hospital Association (March 2009)



Рисунок 2. Логотип Ассоциации медицинских организаций Западной Вирджинии

доход - тем больше сумма взноса.

Годовой бюджет Ассоциации составляет 2 000 000 \$, что позволяет ей эффективно реализовывать свои задачи.

Medicare<sup>16</sup>, Medicaid<sup>17</sup>, программам штата PEIA<sup>18</sup>, также предоставляет услуги передачи данных и информации, дает рекомендации и предлагает стратегии эффективного монито-



## American Hospital Association

Рисунок 3. Логотип Американской Ассоциации медицинских организаций

Ассоциация обладает эксклюзивной скидкой в 35 % при приобретении у поставщиков расходных материалов и медицинского оборудования за счет большого объема заказа, формируемого из заказов членов Ассоциации, принимает главенствующее участие в составлении заказа образовательным медицинским организациям для подготовки медицинских кадров.

Имеется просторный собственный офис в одном из бизнес-центров, где работает администрация и проводятся регулярные встречи членов Ассоциации и брифинги.

Направления работы ассоциации хорошо раскрываются через ее организационную структуру<sup>15</sup>.

Возглавляет WVHA президент, одновременно являющийся и главой исполнительного органа ассоциации.

Важная роль отведена департаменту финансовой политики, который сосредоточен на взаимодействии Ассоциации с правительственными органами, имеющими отношение к федеральным программам

ринга финансового состояния медицинских организаций.

В штате Ассоциации имеется отдел по вопросам безопасности пациентов и образовательной деятельности, который отвечает за выработку методологии безопасности медицинской деятельности, информирует членов ассоциации о текущих изменениях современных подходов к оказанию медицинской помощи, действующих стандартах для лицензирования аккредитации, и в целом ориентирован на поиск решений, направленных на постоянное повышение производительности труда медицинского персонала.

<sup>16</sup> Medicare – вид медицинского страхования населения США старше 65 лет. Источник финансирования – федеральный бюджет США (примечание автора)

<sup>17</sup> Medicaid - вид медицинского страхования населения отдельных лиц и семей с низким доходом. Источник финансирования – федеральный бюджет США (примечание автора)

<sup>18</sup> PEIA (Public Employees Insurance Agency) было создан в соответствии Законом штата Западная Вирджиния о страховании государственных и муниципальных служащих в 1971 году, чтобы обеспечить их медицинским обслуживанием на уровне штата. Государственным и муниципальным служащим не запрещено приобретать дополнительные страховые планы за свои счет в этом же агентстве, но на льготных условиях (примечание автора)

Отдел профессиональной деятельности сосредоточен на вопросах Medical malpractice<sup>19</sup>, соблюдения врачебной тайны, ведения медицинской документации, санитарно-эпидемиологического состояния, разработки баз данных и обслуживания в сети Интернет / Интранет.

Не забыта Ассоциацией и сельская медицина, специальный отдел разрабатывает, координирует и реализует политику WVHA в области здравоохранения, сосредоточенного вне городов штата.

Важнейшую роль в деятельности WVHA занимает Законодательный отдел, возглавляемый вице-президентом по вопросам законодательства. В компетенцию отдела входят вопросы законодательной стратегии и пропаганды интересов Ассоциации, в т.ч. разработка законодательной политики и стратегии, мониторинг федеральные политики и политики штата, которые влияют на здравоохранение и больницы, реализация планов по претворению законодательных приоритетов Ассоциации. Отдел помогает членам ассоциации в налаживании и укреплении отношений с правительственными чиновниками на всех уровнях, доводит информацию об изменениях в действующем законодательстве, готовит публикации и другие материалы для информирования и просвещения общественности и СМИ об имеющихся проблемах в здравоохранении, организует кампании по сбору средств в избирательные фонды кандидатов на выборы в представительные органы власти, координирует процесс одобрения среди избирателей – медицинского персонала больниц, входящих в WVHA, кандидатов на выборные должности представительные органы власти, поддерживающих политику Ассоциации. На базе WVHA под патронажем отдела инициатив в области здравоохранения работает общественная коалиция «Западная Вирджиния без табака», миссия которой направлена на реализацию политики, уменьшающей употребление табака в штате. Этот же отдел в рамках правительственного гранта реализует программу «Day One» по предоставлению информации,

<sup>19</sup> Medical malpractice – ненадлежащие медицинские действия, повлекшие причинение вреда пациенту (примечание автора)

<sup>15</sup> [http://www.wvha.com/about\\_us/index.htm](http://www.wvha.com/about_us/index.htm)

## WVHA Member Hospitals

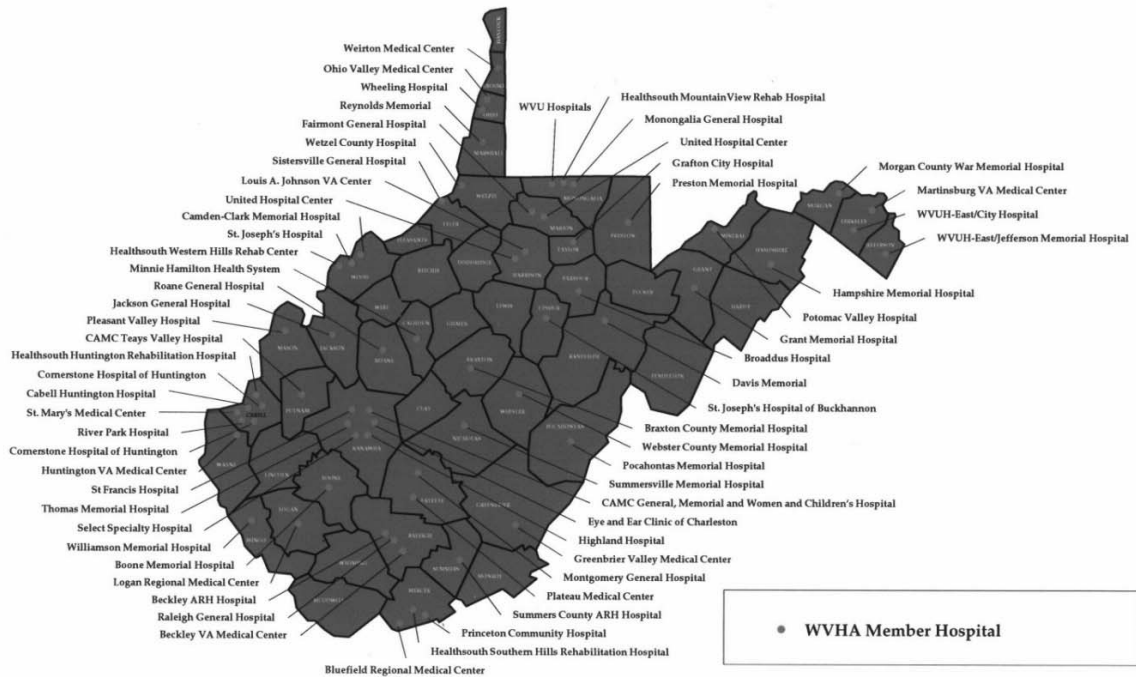


Рисунок 4. Состав Ассоциации медицинских организаций Западной Вирджинии

учебных и образовательных материалов для больниц, медицинских учреждений, организаций и учреждений, у которых целевой аудиторией являются беременные и молодых родителей. Программа ориентируется на молодых родителей через предоставление им образовательной информации, связанной с развитием психических функций детей по повышению эффективности процесса развития мозга и будущих способностей к обучению. Программа также рассматриваются вопросы, касающиеся развития ребенка, охраны здоровья и безопасности, таких как пассивное курение табака, грудного вскармливания, гигиены полости рта и начальной грамотности.

Одним из главенствующих направлений в работе WVHA является лоббирование интересов его членов. По сути, Ассоциация стала значимой силой в деятельности законодательного органа штата – Сената<sup>20</sup>, продолжая поддерживать богатые традиции влияния на политику, проводимую в штате по вопросам здравоохране-

ния. Для этого используется низовая информация о нуждах и проблемах здравоохранения, которая концентрируется и обобщается на уровне Ассоциации, а затем доносится до мнения сенаторов.

Алгоритм лоббирования следующий: в течении года сотрудники WVHA предпринимают обширные поездки и встречи с членами Ассоциации для разработки повестки дня, которая будет предложена на обсуждение законодателей. Кроме того, WVHA в начале лета по собственной инициативе формирует насущные вопросы, которые могут быть включены на рассмотрение очередной сессии законодательного органа и рассылает для ознакомления членам Ассоциации, которые предоставляют свои отзывы в профильные отделы. Проводятся встречи на постоянной и регулярной основе с участием отделов Ассоциации для окончательного обсуждения вопросов, выносимых перед законодателями.

Законодательный комитет проводит ряд заседания для обсуждения вопросов, которые могут стать частью

повестки дня предстоящей сессии, а затем Совет попечителей WVHA рассматривает и утверждает повестку дня в окончательной форме.

После этого момента законодательный комитет совместно с другими сотрудникам WVHA начинает пропагандистскую работу по продвижению повестки через проведение брифингов.

Брифинги проводятся на базе WVHA, куда приглашаются сенаторы, члены ассоциации вместе со своими сотрудниками, а также членами попечительских советов медицинских организаций.

Персонал WVHA готовит и представляет материалы, имеющие отношение к выработанной повестке дня, помогает вести дискуссию с сенаторами по выработанной повестке дня и другим актуальным вопросам в разрезе интересов медицинских организаций.

Сессия сената также не остаётся без внимания WVHA. В Сенате устраиваются т.н. «Лобби дни», на которых присутствует персонал Ассоциации, традиционными стал ежегодный

20 <http://www.legis.state.wv.us>

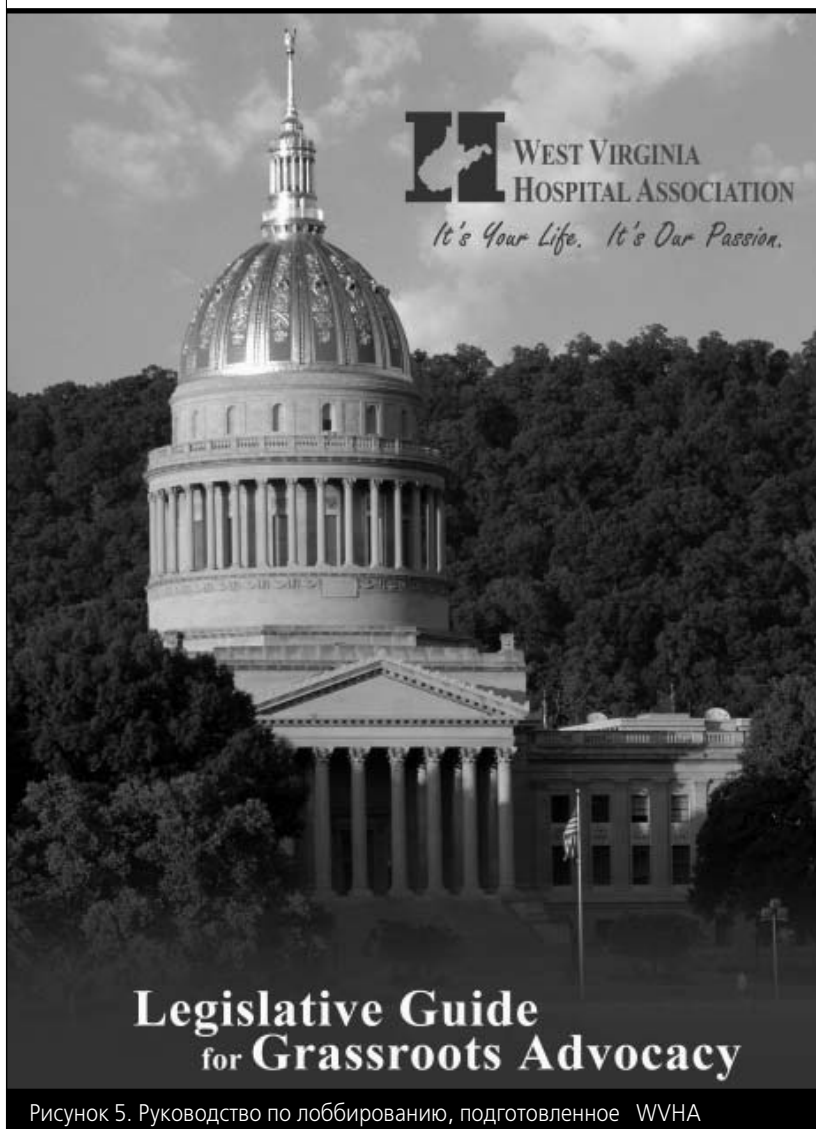


Рисунок 5. Руководство по лоббированию, подготовленное WVHA

завтрак на территории небольших сельских больниц, куда приглашаются сенаторы. Кульминацией является главное событие лоббистских мероприятий WVHA, т.н. «День больницы в сенате» на котором медицинская организация может продемонстрировать свои достижения, а также привлечь внимание законодателей к своим проблемным вопросам.

Члены Ассоциации имеют возможность посещать заседания профильных комитетов.

Все эти мероприятия призваны обеспечить возможность для членов WVHA лично посетить законодателей и тем самым ощутить сопричастность влияния на политических процессы по вопросам, представляющие для них интерес.

О проделанной работе, мониторинге политической и законодательной жизни WVHA регулярно инфор-

мирует своих членов через возможности Интернета, кроме того с сайта Ассоциации всегда можно скачать брошюру (рис.5) в которой раскрывается содержание лоббистской деятельности<sup>21</sup>.

Примером лоббистской деятельности под руководством WVHA стало принятие законодательства на уровне штата, ограничивающего верхний предел компенсации морального вреда по Medical malpractice в 1 000 000 \$. Без главенствующей роли WVHA принятие такого законодательства было крайне маловероятно.

Стратегическим вопросом деятельности WVHA в настоящее время является последствия реформирования здравоохранения США, которое увеличивает охват медицинским страхованием населения США (дополнительно получит медицинские стра-

<sup>21</sup> <http://www.wvha.com/adds/Legislative%20Guide/add.gif>

ховки 32 млн. американцев), но при этом общая сумма финансирования существенно не изменится, что приведет к снижению финансирования на одного застрахованного.

Эти предполагаемые изменения вызывают особую озабоченность членов Ассоциации, и в настоящее время полным ходом идут переговоры WVHA с членами представительных органов власти, как на федеральном уровне, так и на уровне штата с целью лоббирования интересов по недопущению ухудшения финансовых показателей медицинских организаций.

При встрече с одним из руководителей крупных медицинских организаций – членов Ассоциации на вопрос автора публикации о том, что дает возглавляемой им медицинской организации членство в Ассоциации был получен ответ: «Через Ассоциацию мы, прежде всего, лоббируем свои интересы через законодателей разных уровней и имеем доступ к значительным скидкам, предоставляемым поставщиками медицинского оборудования. Получаемые выгоды от членства в Ассоциации значительно выше того членского взноса, который мы ежегодно оплачиваем».

В России подобные Ассоциации (Некоммерческие партнерства) только начали складываться, примером чему является НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник», Общероссийский союз региональных объединений частной системы здравоохранения. Процесс идет медленно, но российский медицинский бизнес должен понимать, что без профессионального лоббирования его интересов, а также защиты от контролирующих органов, в т.ч. и правовыми средствами специализированных юридических фирм динамичное и поступательное движение вперед едва ли возможно.

Правда профессиональное лоббирование невозможно только на «идейной основе» и требует соответствующего финансирования, денежная оценка которого должна определяться паритетом сложности поставленных задач (тактических и стратегических) по лоббированию интересов медицинского бизнеса.



**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



**Мамонтов Сергей Александрович**, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ  
 Координаты для связи: тел.8-915-251-68-54  
 email: mamontov\_serg@bk.ru



**Павленко Ирина Викторовна**, Вице-президент Ассоциации «Стоматологическая Индустрия», Член координационного совета Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по развитию малого и среднего предпринимательства.  
 Координаты для связи: тел. (495)781-00-36; 781-00-76  
 Email: info@dent.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



**Пономаренко Виктор Викторович**, психолог, консультант компаний ТНК ВР, «Лукойл», «Газпромбанк» и др.  
 Координаты для связи: 8-903-722-19-20, E-mail: linter@inbox.ru



**Родин Олег Владимирович**, член НП ИЦ "ЮрИнфоЗдрав", адвокат (Московская областная коллегия адвокатов), к.м.н  
 Координаты для связи: 127254, г. Москва, ул.Добролюбова, д.16, к.2, тел.(495) 618-00-81



**Тихомиров Алексей Владимирович**, член НП ИЦ "ЮрИнфоЗдрав", адвокат (Московская областная коллегия адвокатов), доктор медицинских наук, кандидат юридических наук  
 Координаты для связи: 127254, г. Москва, ул.Добролюбова, д.16, к.2, тел.(495) 618-00-81



## 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. Если статья имеет несколько соавторов, то право приоритета в сроках публикации возникает при условии подписки на журнал всех авторов, в противном случае статья публикуется в общей очередности.

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.