

В следующих номерах:

Социально – политические
проблемы здравоохранения

Бюджетная организация здравоохранения

Нерыночные сегменты
здравоохранения

Потребительская ценность
медицинской услуги

Стандарты безопасности
медицинской услуги

ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

Ведомственная организация
здравоохранения

Стратегии медицинских
страховых организаций

Судебное правоприменение
по медицинским делам

Вот и подходит к концу непростой год. Он ознаменовался множеством событий. Пошла массовая «бюджетная оптимизация» с ликвидацией мелких больниц, амбулаторий и ФАПов и с сокращением фактических зарплат медицинских работников. В СМИ продолжалось нагнетание страстей по поводу врачей-убийц. На этом фоне произошел всплеск законотворческой активности отраслевого министерства, и возникла перспектива отмены лицензирования медицинской деятельности, увеличения налогового бремени на нужды здравоохранения и коммерциализации учреждений бюджетной сферы. Здравоохранение, давно противопоставленное обществу, столкнулось с проблемой выживания за счет этого общества, переставая быть альтернативой частной медицине. Пройден этот важный психологический момент.

Другое откровение года – открытое пренебрежение медицинским сообществом со стороны отраслевого министерства. Без участия представителей ведомства прошла сессия РАМН, посвященная 200-летию Н.И.Пирогова, позже – VII Всероссийский Пироговский съезд врачей в Москве, поскольку Минздравсоцразвития в Санкт-Петербурге организовало альтернативный Всероссийский форум «Пироговская хирургическая неделя», а VII Всероссийский съезд судебных медиков отложен тем же министерством на неопределенное время. Досталось и медицинскому научному миру: эпопея с экс-ректором ММА академиком М.А.Пальцевым и Президентом РАМН академиком М.И.Давыдовым продолжилась расформированием Российской академии медицинских наук.

Третья группа событий связана с самим отраслевым министерством и его региональными вассалами. Так, Генпрокуратура России выявила нарушения бюджетного законодательства при распределении Минздравсоцразвития ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на развитие новых высоких медицинских технологий в федеральных специализированных медицинских учреждениях и государственных образовательных учреждениях, на 3 млрд. руб. Оказался масштабным скандал с приказом Минздравсоцразвития о создании Интернет-портала для обмена информацией между врачами, пациентами и главными специалистами министерства. Из-за народных волнений уволена руководитель Калининградского здравоохранения, ее преемник ушел сам, после проверки детского омбудсмена по собственному желанию ушла также руководитель Карельского здравоохранения. Все свидетельствует о том, что в самом ведомстве далеко не все в порядке, чтобы оно было в состоянии упорядочивать дела в отрасли.

В наступающем году предстоит вступление в действие многих законов, так или иначе затрагивающих социальную сферу в целом и здравоохранение в частности. Их взаимовлияние непредсказуемо. Очевидно, мы стоим на пороге непрогнозируемых изменений. А пока постараемся радоваться новогодним праздникам.

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.

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ:

06/2010

ХОЗЯЙСТВО И ПРАВО

СОДЕРЖАНИЕ

ПОЧТИ ОФИЦИАЛЬНО

А.В.Тихомиров
ОБЗОР СОЦИАЛЬНОГО БЛОКА ПРОГРАММ РОССИЙСКИХ ПАРТИЙ

2

ОБЗОР

А.В.Тихомиров
ВЕДОМСТВЕННАЯ (АДМИНИСТРАТИВНАЯ)
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

8

В.В.Назарова, О.В.Леонтьев
ФОРМИРОВАНИЕ СТРАТЕГИИ КОМПАНИИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

19

А.В.Тихомиров
ПРЕДЕЛЫ ДОГОВОРНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПРИ ОКАЗАНИИ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

29

А.В.Тихомиров
ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОГО ПРАВОПРИМЕНЕНИЯ В СПОРАХ О
ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

36

ИТОГИ ГОДА

Перечень материалов журнала за 2010 год

52

Изучены программы Коммунистической партии Российской Федерации (КПРФ), Либерально-демократической партии России (ЛДПР), партии «Правое дело», партии «Справедливая Россия», недавно созданной партии «Родина: здоровый смысл» (РЗС) и Российской объединенной демократической партии «Яблоко» в части, касающейся здравоохранения.

1. КПРФ ограничилась единственной строчкой о здравоохранении в Программе партии¹:

- обеспечить общедоступность и высокое качество здравоохранения.

2. Выдержки из Программы ЛДПР - Социальная политика: от бедности к достатку²:

ЛДПР за восстановление государственной системы бесплатного здравоохранения при допустимости коммерческого здравоохранения только как дополнения к государственному. Предлагаем принять закон о частных, коммерческих и прочих негосударственных лечебных учреждениях. За счет высоких налогов с этих медицинских учреждений нужно резко повысить зарплату врачам и другим работникам в бесплатных лечебных заведениях. Необходима последовательная и радикальная модернизация системы здравоохранения с упором на точную диагностику, усиление внимания медико-социальных органов к здоровью матери и ребенка, повышение профилактических мероприятий в этой области, развитие сети дошкольных учреждений, бесплатное обеспечение детей медикаментами, детским питанием.

3. Выдержки из Программы партии «Правое дело» - «КАПИТАЛИЗМ ДЛЯ ВСЕХ»³:

Мы считаем, что социальная система «Капитализма для всех» должна базироваться на развитии рынка, вовлечении российских граждан в активную экономическую деятельность, создании новых рабо-

1 <http://kprf.ru/party/program/>

2 <http://www.ldpr.ru/partiya/prog/966/>

3 <http://democrats.ru/wps/Программа>

ОБЗОР СОЦИАЛЬНОГО БЛОКА ПРОГРАММ РОССИЙСКИХ ПАРТИЙ

Показано, что партийные программы нуждаются в соответствии существующим в стране реалиям

Ключевые слова: социальная сфера, социальная политика государства, социальный блок партийных программ

чих мест в частном секторе... Только создание такой качественно новой экономической и институциональной основы гарантирует развитие на конкурентной основе пенсионной системы, систем социального страхования, образования и здравоохранения, обеспечения жильём, развитие независимых профсоюзов, что в совокупности создаст надёжную основу для достойной жизни, в том числе экономически неактивного населения, позволит окончательно победить бедность в России.

Мы выступаем за то, чтобы:

- На всей территории России должны быть гарантированы единые минимальные, достойные, социальные стандарты бесплатного доступа к услугам образования, здравоохранения и культуры. Финансирование этих стандартов должно быть обе-

спечено, прежде всего, из местных бюджетов, а в необходимых случаях – за счет публично контролируемых субвенций из федерального бюджета.

- Пересмотреть систему разграничения полномочий в социальной сфере между центральной властью и местным самоуправлением. Именно на муниципальном уровне, под пристальным контролем избирателей должны решаться основные вопросы жизнедеятельности человека, его семьи и домохозяйства: дошкольное и школьное образование, медицинская помощь, жилищно-коммунальная сфера, организация общественного транспорта, пользование услугами библиотек, музеев и других учреждений культуры. Налоговая система и межбюджетные отношения долж-

ны быть пересмотрены с тем, чтобы органы местного самоуправления могли иметь собственные устойчивые источники финансирования для полноценного исполнения своих обязательств перед гражданами на уровне, не ниже предусмотренных общенациональными – едиными – стандартами...

- Нам нужна реформа системы здравоохранения на базе широкого развития добровольного медицинского страхования, при обеспечении государством качественного бесплатного медицинского обслуживания для социально-незащищенных групп населения. В самые ближайшие годы бюджетные расходы на здравоохранение в России должны вырасти не менее чем до 5-7% ВВП.

4. Выдержки из Программы партии «Справедливая Россия»⁴:

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Здоровье нации является главной ответственностью социального государства. «Бедная» медицина – одна из основных причин бедности населения.

Реформа здравоохранения не дала видимых результатов. Состояние здоровья населения России ухудшается, о чем свидетельствуют показатели заболеваемости, смертности, ожидаемой продолжительности жизни.

Ежегодные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, в которых прописаны различные квоты на медицинские услуги, – неэффективны. Высокотехнологичная медицина по-прежнему недоступна широким слоям населения. Продолжается неконтролируемый рост платности медицинских услуг. Усиливается имущественное расслоение кадрового состава медицинского персонала.

Введенная система обязательного медицинского страхования (ОМС) оказалась несправедливой и ненадежной. Денежные средства, собранные по линии ОМС, передаются в управление частным страховым компаниям, которые не отвечают за результаты лечения.

Государство плохо контролирует соотношение стоимости медикаментов и платежеспособности насе-

ления, оборот и качество лекарственных средств.

Партия требует принятия федерального закона «О государственных гарантиях медицинской помощи». Закон должен установить гарантируемые государством современные медицинские стандарты и объемы бесплатной медицинской помощи, включая профилактику и высокотехнологичные медицинские услуги.

Наша цель – обеспечить доступность качественного медицинского обслуживания для всех граждан России независимо от дохода, социального положения и места жительства.

Партия добьется того, чтобы государственные расходы на медицину соответствовали рекомендациям Всемирной организации здравоохранения и составляли не менее 5% ВВП. Будут привлечены дополнительные источники финансирования здравоохранения, в том числе из средств фонда социального развития, части акцизов от продажи табака и алкогольной продукции, отчислений от доходов игорного бизнеса.

Для всех уровней государственного управления должны быть поставлены конкретные цели и ориентиры эффективной деятельности: снижение смертности, повышение рождаемости, сокращение заболеваемости, повышение продол-

здравоохранение качественными, безопасными и эффективными лекарствами.

Партия считает необходимым:

- Четко определить пропорции бесплатной, страховой и платной медицины в отечественном здравоохранении. Исходя из реальных доходов населения, оптимально распределить финансовую нагрузку по охране здоровья между работающими по найму, работодателями и государством.

- Устранить устаревшие и неэффективные структуры отечественного здравоохранения. Его стержнем и стратегической задачей должны стать профилактика и оздоровление. Законодательно закрепить проведение социально-гигиенического мониторинга здоровья населения, обеспечивающего раннее выявление заболеваний и их эффективное лечение, ввести всеобщую бесплатную диспансеризацию населения.

- Внедрить в практику эффективные формы и методы государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

- Повысить доступность медицинской помощи для сельского населения. Активно внедрять телемедицину, обеспечивающую информационную поддержку практикующих на селе врачей.

- Установить жесткий государственный контроль над соотношением стоимости медикаментов и

Здоровье нации является главной ответственностью социального государства. «Бедная» медицина – одна из основных причин бедности населения.

жительности жизни, достижение определенных показателей уровня и качества жизни, улучшение состояния окружающей среды, устранение негативных тенденций в образе жизни.

Целью нашей политики в области производства лекарственных средств является создание конкурентоспособного отечественного промышленного комплекса, соответствующего международным требованиям, обеспечивающего

платежеспособности населения, оборотом и качеством лекарственных средств.

- Утвердить предельные цены на лекарственные средства, распределяемые по линии дополнительного лекарственного обеспечения, создать систему государственных социальных аптек.

- Добиться полного реального бесплатного лечения детей за счет средств федерального бюджета.

- Законодательно закрепить за

⁴ http://www.spravedlivo.ru/information/section_11/section_99/p_26

врачами, работающими в системе государственной медицины, статус госслужащих с соответствующим повышением оплаты труда и социальными гарантиями, установить льготы для сельских врачей (целевые субсидии на приобретение жилья).

- Создать Министерство здравоохранения.
- Полностью запретить рекламу лекарственных средств на телевидении и радио.

гражданин России пожизненно и без права наследования получает свою долю (пай) всей государственной (общенародной) собственности страны, включая ее природные богатства.

Ежегодно при составлении бюджета государство должно определять, какую часть доходов от государственной (общенародной) собственности следует инвестировать в развитие страны, а какую часть передавать непосредственно граж-

дательно отделить «медицину комфорта», являющуюся специфическим видом предпринимательства, от «медицины жизнеобеспечения», сохраняющей жизнь и здоровье и являющейся общедоступной и качественной для всех граждан вне зависимости от их уровня доходов.

13. Ликвидировать как категорию бизнес, паразитирующий на расходах бюджета, в первую очередь социальных...

Ежегодно при составлении бюджета государство должно определять, какую часть доходов от государственной (общенародной) собственности следует инвестировать в развитие страны, а какую часть передавать непосредственно гражданам (каждому гражданину России – равную долю).

6. Выдержки из Программы Российской объединённой демократической партии «Яблоко»⁶ - «Демократический манифест» (XIII Съезд РДП «ЯБЛОКО», 11 июня 2006 года):

Наш ориентир – общество равных возможностей, основанное на принципах социальной справедливости и социальной солидарности сильных и слабых. Это означает, что важнейшим условием существования свободного общества в России является не только раскрепощение частной инициативы, но и развитая система социальной поддержки.

Свободное общество может быть построено только в рамках стабильной политической системы, которая исключает любой произвол и предполагает активную роль государства в создании экономического порядка, имеющего целью благосостояние для всех. Рынок – не самоцель, а средство достижения свободы и достатка всех граждан России. Задача государства в том, чтобы ориентировать свободный рынок на достижение социальных целей, а не в том, чтобы его к этому принуждать.

... Социальный рынок – это организованная экономика, в которой правовое регулирование свободных рыночных сил имеет своими целями социальные результаты:

- благосостояние всех граждан России через их максимально возможный доступ к благам, распределяемым рыночным путем, а также
- гарантии достойного существования – в случае невозможности такого доступа.

Социальный рынок – это система, при которой государство создает институты, регулирующие игру рыночных сил, не диктуя им свою волю.

Из действующей модели обязательного медицинского страхования надо исключить частные страховые компании, заменив их некоммерческими страховыми организациями – больничными кассами. Пациент должен иметь свободу выбора больничной кассы, лечебного учреждения и врача.

Мы будем расширять хозяйственную самостоятельность руководителей учреждений здравоохранения с сохранением этих учреждений в государственной и муниципальной собственности.

Большое значение мы придаем научному сопровождению здравоохранения, финансированию медицинской науки на основе государственного заказа.

Мы будем отстаивать права пациентов и врачей, добиваться обеспечения им надежной юридической защиты, улучшения доступа к медицинской информации, поддерживать развитие общественных организаций, способствующих распространению современных норм медицинской этики.

5. Выдержки из Расширенных тезисов программы партии «Родина: здравый смысл (РЗС)»⁵ (Михаил Делягин) - Раздел II. Социальные гарантии:

...10. Реализовать проект «Социальный пай», по которому каждый

данам (каждому гражданину России – равную долю).

При этом каждый гражданин России ежегодно должен получать отчет об управлении государственной (общенародной) собственностью, включающий указание на ее доходность, и свою долю от доходов, которые она приносит.

В случае заинтересованности гражданин России должен иметь право получать (через Интернет) исчерпывающе полную информацию во всем связанном с этим вопросам, высказывать предложения и требования.

В рамках этого проекта добыча и переработка природных ресурсов страны должна осуществляться исключительно под народно-государственным контролем.

11. Ввести жесткий контроль качества всех продаваемых в России товаров (особенно продовольствия и лекарств) и оказываемых россиянам услуг по стандартам, действующим в Белоруссии и Евросоюзе (из двух групп стандартов применять более жесткие).

12. Обеспечить доступность здравоохранения и образования, а также контроль качества за их услугами. Ввести обязательную диспансеризацию всего населения. Приравнять полностью занятых работников бюджетных предприятий здравоохранения и образования к госслужащим.

⁵ <http://delyagin.ru/position/12183.html>

⁶ <http://www.yabloko.ru/Union/programma.html>

Цель - сделать Россию страной, удобной и безопасной для жизни.

...

Семь шагов к равенству возможностей. Предложено Г. Явлинским для выборов «Яблока» в 2007-08 годах⁷.

...Шаг седьмой: инвестиции в образование, экологию и медицину. Обеспечиваются единые стандарты доступа к услугам образования и здравоохранения.

Здравоохранение. Медицинская помощь разделяется на социальную и коммерческую. Первая финансируется из бюджета по нормативам, постепенно приближающимся к мировым стандартам, вторая – через фонды страхования. Поборы в учреждениях социальной медицины запрещаются.

Таким образом, во всех шести изученных партийных программах социальный блок затрагивается, но по-разному, с неодинаковой степенью детализации цели, средств и инструментов ее достижения, предлагаемых каждой партией, методов инсталляции в среду общества и государства, прогнозируемых результатов.

Общее для всех шести изученных партийных программ – это то, что все декларируют желаемое, т.е. ЧТО, но ни одна не демонстрирует путей, т.е. КАК к этому прийти. Наиболее лаконичной является программа КПРФ: всего лишь «обеспечить общедоступность и высокое качество здравоохранения», наиболее многословной – программа партии «Справедливая Россия».

Различий – не так много. ЛДПР ратует за восстановление прежнего здравоохранения (понятно, без предложения путей, как этого добиться), а налоговое бремя в пользу него перенести на частную медицину. Партия «Правое дело» предлагает тотальный рынок, в том числе и в социальной сфере, видя выход в перераспределении полномочий между публичными институтами, а для здравоохранения – в развитии добровольного медицинского страхования. Партия «Справедливая Россия» предлагает, с одной стороны, сохранение учреждений здравоохранения в прежней публичной

собственности, с другой – поиск пропорции бесплатной, страховой и платной медицины в отечественном здравоохранении. Совсем уж экзотическую модель «социального пая» предлагает новорожденная партия РЗС Михаила Делягина с тем, чтобы одновременно «закрутить гайки» - запретить многое, «ввести жесткий контроль качества» товаров, стандартизировать оставшееся и извести «бизнес, паразитирующий на расходах бюджета, в первую очередь социальных» (вероятно, имеется в виду частная медицина). С «гарантируемыми государством современными медицинскими стандартами и объемами бесплатной медицинской помощи, включая профилактику и высокотехнологичные медицинские услуги» к этому примыкает программа партии «Справедливая Россия». Напротив, партии «Правое дело» и «Яблоко» ратуют не за медицинские стандарты, а за «стандарты доступа» или за «социальные стандарты бесплатного доступа» к услугам здравоохранения. За увеличение доли здравоохранения в ВВП выступают партии «Правое дело» и «Справедливая Россия», не упоминая о путях повышения эффективности вложений в социальной среде. Программа партии «Яблоко» различает медицину «социальную, финансируемую из бюджета по нормативам, постепенно приближающимся к мировым стандартам, и коммерче-

– выглядит программа РОДП «Яблоко»: она, по крайней мере, выделяет понятие социального рынка как организованной экономики, в которой правовое регулирование свободных рыночных сил имеет своими целями социальные результаты, притом что рынок – не самоцель, а средство достижения свободы и достатка всех граждан России, а задача государства – в том, чтобы ориентировать свободный рынок на достижение социальных целей, а не в том, чтобы его к этому принуждать. Про рынок в социальной сфере, его организацию и отличия от рынка в реальном секторе экономики, однако, не сказано.

В целом, изученные программы российских партий в части социального блока демонстрируют, что они лишены понимания реального устройства социальной сферы в современных условиях, чтобы быть пригодными для его изменения. Суть такого непонимания в общем виде состоит в следующем:

1. Непонимание роли экономики в социальной сфере. Социальный результат есть следствие экономической деятельности в социальной сфере, а не деятельности бюрократии или государственного финансирования. Те, кто производит товары, выполняет работы, оказывает услуги в социальной сфере, создают продукт, реализуемый за плату, вне зависимости от того, кто его

Социальный результат есть следствие экономической деятельности в социальной сфере, а не деятельности бюрократии или государственного финансирования.

скую, финансируемую через фонды страхования», в то время так партия РЗС Михаила Делягина отделяет «медицину комфорта», являющуюся специфическим видом предпринимательства, от «медицины жизнеобеспечения», сохраняющей жизнь и здоровье и являющейся общедоступной и качественной для всех граждан вне зависимости от их уровня доходов.

Наиболее взвешенной – хотя и не конкретной, наравне с прочими

оплачивает. Тем самым социальная сфера складывается в гражданском обороте, в отношениях товарообмена.

2. Неразличение бюджетной и социальной сферы. Социальная сфера не тождественна сфере социальной. Социальная сфера существует в обществе, а не в государстве, как сфера бюджетная. Именно приведение социальной сферы к правилам сферы бюджетной делает ее неработоспособной, поскольку

⁷ <http://www.yavlinsky.ru/said/documents/index.html?id=3342>

бюджетная сфера не предназначена для товарообмена. Товарообмен возможен только за пределами бюджетной сферы, в гражданском обороте, в обществе.

3. Неразличение публичных и частных институтов в социальной сфере. Бюджетная сфера охватывает публичные институты (государственной власти и местного самоуправления), которые функционируют по правилам предписаний, в то время как социальная сфера функционирует по правилам свободы в гражданском обороте, по которым действуют составляющие ее институты, включая государство, участвующего в товарообмене в пользу граждан.

4. Неразличение финансовых и товаропроизводящих институтов, рынков товаров, работ, и услуг, рынков B2B и B2C и обслуживающей их инфраструктуры в социальной сфере. Интерес производителя

продукта (товаров, работ, услуг) состоит в том, чтобы получить их денежный эквивалент, цену, в том время как интерес приобретателя – чтобы получить продукт. Противоположность интересов и формирует товарообмен, в том числе в социальной сфере. И интересы того, кто оказывает услуги, не оцениваются мерой интересов заказчика, как и наоборот. Продукты товарообмена – разные, и к материализованным товарам неприменима мера оценки услуг, и наоборот. Нужды тех, кто оказывает услуги гражданам, в товарах, работах, услугах для их производства, иные, чем нужды самих граждан. Все это приводит к необходимости делать соответствующие различия, в том числе и для целей формирования партийных программ.

5. Непонимание роли государства в социальной сфере. Государство осуществляет социальную политику

в гражданском обороте социальной сферы посредством размещения финансовых средств в интересах общества. Предметом социальной политики государства является управление денежными средствами, обращаемыми на финансирование экономической деятельности в социальной сфере с социальным результатом. Экономический, а не административный характер управления соответствует условиям гражданского оборота в социальной сфере.

Таким образом, в существующем виде изученные партийные программы в части социального блока являются в значительной мере популистскими, не соответствующими действительному устройству социальной сферы в стране в условиях капитализма и потому – невыполнимыми. Чтобы стать реальными, они должны быть построены на существующих в стране реалиях.

А знаете ли Вы, что...

...по так называемым «медицинским делам» для участников уголовного или гражданского процесса необходимы специальные знания. Поэтому важную роль играют Заключение экспертов и специалистов. Они важны, но не должны возводиться в ранг абсолютизированных доказательств. Для субъектов доказывания огромную роль играет способность оценки Заключений судебно-медицинских экспертов или специалистов с точки зрения их допустимости, относимости и достоверности.

А знаете ли Вы, что...

...судебная экспертиза – процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла и которые поставлены перед экспертом участниками процесса.

А знаете ли Вы, что...

...достоверность – это такой уровень знания об обстоятельствах дела, который отличается однозначностью, т.е. позволяет сделать единственно правильный вывод о существовании и значимости для дела содержания самих обстоятельств. Достоверность выступает юридическим выражением истинности. Истинность характеризует знание в плане его соответствия объективной реальности по содержанию, достоверность – по форме, с позиции надежности и проверяемости соответствия знания объективной реальности.

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 2011 год:

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 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

1. НОМЕНКЛАТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

В России с 1773 года начала действовать Медицинская коллегия (подобно тому, как подобная была образована курфюрстом Бранденбургским в 1685 году), преобразованная из Медицинской канцелярии Петровской поры, происходящей в свою очередь из Аптекарского приказа (прежде – Аптекарской палаты) боярского периода, ведущего начало от Царевой или Придворной аптеки (1581 г.). Находившиеся в ведении Приказов общественного призрения богоугодные, медицинские и иные городские учреждения с 1797 года перешли к врачебным управам. С 1836 года центральное управление медицинским делом осуществлял Медицинский департамент Министерства внутренних дел (как во Франции с 1822 года). Земская реформа 1864 года создала медицинскую службу на селе. В тот же период оформилась фабрично-заводская медицина.

Жертвенно-благотворительный уклад земской медицины, приютско-попечительское устройство медицины в городах Российской империи сочетались с гонорарной системой оказания врачебной помощи. Возмездность ее оказания повсеместно в мире была и остается общим правилом. Если такая помощь оказывалась бесплатно для неимущих, то – за счет того, кто ее оплачивал. Вопрос, следовательно, всюду состоял лишь в том, кто является плательщиком.

Чтобы преодолеть разницу между бременем оплаты медицинской помощи самим ее получателем и бременем оплаты медицинской помощи иным плательщиком в пользу получателя медицинской помощи, была применена схема касс взаимопомощи – первая больничная касса появилась в России в 1858 году. Поскольку стоимость медицинского пособия повсеместно и всегда была высокой, понадобилось компенсационное участие государства в его оплате – в 1912 году вошел в действие специальный правительственный акт по социальному страхованию, включивший

ВЕДОМСТВЕННАЯ (АДМИНИСТРАТИВНАЯ) ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Показано, что ведомственная организация отечественного здравоохранения в настоящее время сохраняет энтропию модели Семашко, непригодную для современных условий

Ключевые слова: административная организация здравоохранения, модель Семашко, правовые проблемы здравоохранения

установления по медицинскому страхованию.

Положение-декрет ВЦИК от 22 декабря 1917 года «О страховании на случай болезни» передал все медицинские учреждения разных ведомств больничным кассам, которые обязывались обеспечивать застрахованным – рабочим, служащим и членам их семей – бесплатную медицинскую помощь. Так сформировались две организации здравоохранения – Наркомздравовская государственная и более финансово-крепкая страховая, существовавшая от отчислений предпринимателей, пока 18 февраля 1919 года СНК РСФСР не принял декрет о передаче всей лечебной части больничных касс Наркомздраву РСФСР. Возникла монополия Наркомздрова

в отечественном здравоохранении и произошел постепенный переход к финансированию здравоохранения из государственного бюджета. Рамками Наркомздрова оказались объединены и структуры практического здравоохранения, и структуры его финансирования.

Запросы здравоохранения в советский период исчислялись в расчете на соответствие идеалам – целям и принципам его организации, в то время как в действительности оно могло осуществить только доступное для реализации. Деятельность по нормативам, вложения в некупаемые проекты, выход в планах за пределы доступного медицине приводили к неоправданному рассеиванию бюджетных ассигнований. Находясь к тому же на финанси-

ровании по остаточному принципу, здравоохранение на протяжении всего советского периода испытывало нехватку средств.

Войны, в которых участвовало Советское государство, скрытая милитаризация экономики страны оказали существенное влияние на организацию отечественного здравоохранения. Здравоохранение переняло построение военных схем медицинской эвакуации и приобрело по-военному четкую структуру соподчиненности, став не менее регулярным, чем вооруженные силы.

Административное построение системы санитарно-эпидемиологического надзора, состоящей в ведении Министерства здравоохранения наряду с системой органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений, также оказывало определяющее влияние на субординационное построение последней.

Если согласно Манифесту императора Александра I от 8 сентября 1802 г. «министерства установлены на тот конец, чтобы непрерывным действием их и надзором доставить законам и учреждениям скорое и точное исполнение»[1], а в последующем общий надзор за всеми гражданскими лечебными заведениями принадлежал (за небольшими изъятиями) министерству внутренних дел[2], то в советский период поднадзорность медицинских учреждений государственному органу отраслевого управления преобразовалась в их подведомственность Наркомздраву РСФСР и далее – Министерству здравоохранения СССР[3].

В советском государстве институт управления объединял соответствующую отрасль, представленную предприятиями, учреждениями, организациями. Институт управления составлял государственный аппарат. «Государственный аппарат состоит из различных по значению, структуре и т.п. органов и учреждений»[4], когда «в соответствии со своей компетенцией орган издает обязательные к исполнению правовые акты». Органом признавалось не любое, а лишь политическое учреждение. «Орган Советского государства – это политическое учрежде-

ние, звено государственного аппарата, участвующее в осуществлении функций государства и наделенное для этого государственно-властной компетенцией». При этом орган как «политическое учреждение» обособлялся от иных учреждений в системе государственного управления.

Произошло разделение на учреждения-органы и учреждения-организации. Учреждения-органы при этом получили политическое, а не правовое значение (юридического лица публичного права). Вместе с учреждениями-организациями (а в производственной сфере – с предприятиями) учреждения-органы составляли отрасль как цепь административного соподчинения.

В позднее советское время развитие получила номенклатурная организация здравоохранения[5]. В здравоохранении понятие номенклатуры использовалось часто: номенклатура мероприятий по охране труда[6], номенклатура наркотических средств[7], номенклатура производимых лекарственных средств[8], номенклатура специальностей[9], номенклатура должностей[10] (несмотря на то, что соответствующее Положение этого не предусматривало[11]), и, наконец, неизвестная никаким другим российским ведомствам номенклатура учреждений здравоохранения[12].

Министерство здравоохранения Российской Федерации утверждало единую номенклатуру и типовые категории учреждений здравоохранения (п/п. 15 п.7 Положения); определяло номенклатуру специальностей в системе здравоохранения (п/п. 59 п.7 Положения).

Если для других ведомств понятие номенклатуры является одним из средств обособления по каким-либо признакам от общей совокупности и структурирования материальных, кадровых и документально-информационных ресурсов, то номенклатура учреждений здравоохранения и номенклатура должностей органов управления здравоохранением служили целям тотального охвата подчинением и распределения по подчиненности субъектов практического здравоохранения.

Номенклатура учреждений здравоохранения перечисляла существующие виды больниц (госпита-

лей), поликлиник (амбулаторий), их вариантов и сочетаний (медико-санитарных частей, центров, диспансеров, лечебниц, клиник), а также малых структур медицинской помощи (фельдшерско-акушерских пунктов), наряду с целым рядом учреждений нелечебного или парамедицинского профиля: социального призрения (дома ребенка), хранения (медицинский склад), переработки биопродукции (станции переливания крови, молочная кухня), информационных услуг (медицинский информационно-аналитический центр, Центр гигиенического образования населения), вспомогательных услуг (дезинфекционная станция), помимо тех, которые не относятся к числу осуществляющих здравоохранительную деятельность (бюро медицинской статистики и судебно-медицинской экспертизы, контрольно-аналитическая лаборатория) или осуществляют функции наделенных властными полномочиями органов (Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств, Центр сертификации).

Номенклатура должностей федерального, региональных и муниципальных органов управления здравоохранением предусматривала не только ранжирование должностных лиц, но и отнесение к их числу руководителей учреждений здравоохранения – своего рода «командный резерв», из-за чего оставалось непонятно, представляют они учреждение здравоохранения в органе управления здравоохранением или орган управления здравоохранением в учреждении здравоохранения.

После создания в результате административной реформы Министерства здравоохранения и социального развития (Минздравсоцразвития) РФ номенклатурная организация отрасли осталась неизменной в определении единой номенклатуры учреждений здравоохранения[13] и номенклатуры специальностей в сфере здравоохранения[14] (в связи с изменениями в законодательстве, с действием законов о государственной и муниципальной службе, с появлением Общероссийских классификаторов номенклатуры должностей трансформировалась в Единый квалифи-

кационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих в сфере здравоохранения[15], притом что прежняя номенклатура должностей[16] сохранена в качестве приложения к приказу). Иными словами, в полной мере оставлено подчинение учреждений здравоохранения по подведомственности органам управления здравоохранением, а главные врачи продолжают рассматриваться как кадры должностных лиц.

организации оказались в положении производящих товар (услуги), хотя бы и реализующих его в ограниченном и обособленном ведомственном обороте. При этом, оставшись в административном подчинении органам управления здравоохранением, учреждения здравоохранения не приобрели и положение хозяйствующих субъектов, основанного на экономической свободе. Выделив учреждения, законодатель отграничил их от остальных форм

за счет средств казны в порядке осуществления государством политики в социальной сфере. Здравоохранение, в советское время традиционно относившееся к числу отраслей непроизводственной сферы, в изменившихся условиях столкнулось с необходимостью измерения и соразмерности финансовых в него вложений и отдачи в виде социального результата.

Но, во-первых, не государственная политика, а финансовые вложения в здравоохранение обуславливают наступление социального результата. Государственная политика, не подкрепленная соответствующими финансовыми вложениями, не обеспечит наступление такого результата. Действительно, без адекватных потребностям граждан затрат на охрану их здоровья политические решения государственной власти не способны привести к тому, чтобы их лечили хорошо и бесплатно.

Во-вторых, не вложения средств напрямую создают социальный результат, а практическая деятельность, которая финансируется за счет этих средств. Само финансирование здравоохранения является лишь эквивалентом того, что можно сделать за эти деньги, а социальный результат получается от того, что делается взамен денежного эквивалента. Действительно, на вложения определенного размера можно затратить соответствующие ресурсы того же размера, а невосполняемое истощение ресурсов сделает невозможным их использование в будущем: если учреждения здравоохранения не финансировать или финансировать недостаточно, то персонал уволится, оборудование и медицинская техника износится и испортится, не на что станет приобретать расходные и прочие материалы – лечить нуждающихся будет некому и нечем. И, напротив, вложения, обеспечивающие предоставление гражданам необходимой помощи, неизбежно сберегают их здоровье.

В-третьих, отдача от вложений средств, проявляющаяся социальным результатом, не находится в прямо пропорциональной связи с их размером. Эквивалентом того, что оплачивается, является встречное

Таким образом, в советское время надзор был заменен подведомственностью в здравоохранении, и с разделением на учреждения–органы и учреждения–организации первые получили политическое – а не правовое – значение, и вместе со вторыми составляли отрасль как цепь административного соподчинения.

Таким образом, в советское время надзор был заменен подведомственностью в здравоохранении, и с разделением на учреждения–органы и учреждения–организации первые получили политическое – а не правовое – значение, и вместе со вторыми составляли отрасль как цепь административного соподчинения. В изменившихся постсоветских реалиях номенклатурная организация отрасли осталась прежней.

2. ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДОМСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

За переменой социально-экономического уклада в стране не последовало изменения существа организации здравоохранения. Отрасль осталась социалистическим анклавом в капиталистическом окружении.

Учреждением стала называться разновидность организационно-правовых форм юридического лица (ст.120 ГК РФ). Однако эта форма, как и прежде, оказалась применима равно к учреждениям–органам и учреждениям–организациям. Разделение юридических лиц публичного права и юридических лиц частного права, как за рубежом, с этим не произошло. Но если учреждениям–органам положение юридического лица нужно лишь для того, чтобы в гражданском обороте приобретать товар (снабжение), то учреждениям–

юридических лиц, осуществляющих деятельность в гражданском обороте, формально – привязанностью к несобственному имуществу, на котором они основаны, фактически – неэкономическим характером деятельности (этим они отличны даже от унитарных, в том числе казенных, предприятий).

Сохранившаяся ведомственная организация отрасли, основанная на субординации, номенклатурной иерархии подчинения вышестоящим (учреждениям–органам) нижестоящим (учреждениям–организациям) структур, при различии в правовом положении, по сути, выстраивает деятельность вторых по модели деятельности первых: учреждения здравоохранения не могут заниматься экономической деятельностью, если им вменяют публичные социально-политические приоритеты. В номенклатурной иерархии отраслевого ведомства учреждения здравоохранения являются не более чем исполнительным продолжением органов управления здравоохранением.

Правовые проблемы ведомственной организации здравоохранения происходят от того, что в сфере охраны здоровья не разграничены политика и экономика, публичное и частное, отрасль и ведомство.

2.1. ПОЛИТИКА И ЭКОНОМИКА В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ.

Здравоохранение финансируется

предоставление – то, что делается. То, что делается взамен денежного эквивалента, обуславливает наступление социального результата, размер которого линейному прогнозированию недоступен, будучи зависим от многофакторного влияния. Действительно, лечить можно случайно и легко заболевшего или страдающего давним хроническим или неизлечимым заболеванием либо инвалида: если вложения требуются в первом случае небольшие и недлительные, то во втором – заведомо крупные и долговременные, но в первом случае обычно наступает выздоровление, а во втором неблагоприятный исход значительно более вероятен.

Отсюда финансирование здравоохранения – это инструмент социальной политики государства в отрасли, посредством которого оно оперирует в среде производства предоставлений гражданам взамен оплаты, т.е. в экономике социальной сферы. Социальная политика государства выражается в размещении средств казны в экономике социальной сферы для достижения социального результата.

Таким образом, во-первых, социальная сфера перестала быть непродуцирующей, если через производство предоставлений гражданам достигается социальный результат; во-вторых, в существующих реалиях производство предоставлений гражданам создало экономику социальной сферы, через финансирование которой государство осуществляет социальную политику; в-третьих, финансируемая государством экономика социальной сферы опосредует его социальную политику, нацеленную на достижение социального результата.

2.2. ПУБЛИЧНОЕ И ЧАСТНОЕ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ.

В сфере охраны здоровья взаимодействуют государство и общество. Однако если в обществе, в гражданском обороте, действует максима «Разрешено все, что прямо не запрещено», то в механизме публичной власти (государства) и местного самоуправления действует максима «Разрешено только то, что предписано». Правила организации публичного механизма неприменимы к организации гражданского

оборота, и наоборот.

Государство в сфере охраны здоровья выступает в своей публичной роли при осуществлении социальной политики. При этом государство действует не в свою пользу (публичного механизма), а в пользу общества: здоровье – это ценность общества, а не собственно государства; для государства это ценность вторичная, производная – будет здоровее общество, будет сильнее государство (ресурсами, возможностями, потенциалом и пр.).

Действуя в пользу общества, государство не понуждает и не обязывает его к охране здоровья – каждый волен относиться к своему здоровью так, как считает нужным, не нарушая при этом права других. Государство лишь способствует тому, чтобы нуждающийся мог получить то необходимое, что объективно нужно ему для сохранения своего здоровья. Именно в этих целях государство поступает своим имуществом, созданным от налоговых и неналоговых поступлений, на цели охраны здоровья граждан. Поступаясь своим имуществом в пользу общества, государство не организует охрану здоровья граждан в механизме власти или местного самоуправления, где и действуют правила понуждения, предписания: и публичный механизм для этого не предназначен, и общество не подчиняется его правилам.

Несмотря на разнообразие отношений, в сфере охраны здоровья они складываются по поводу единственной ценности (нематериального блага) – здоровья, находящейся в правообладании граждан, членов общества. По поводу этой ценности отношения складываются между теми, кто осуществляет воздействие на объект этой ценности, и теми, кто такое воздействие оплачивает. В этих отношениях встречными ценностями являются действия в дозированном масштабе и их денежный эквивалент.

В этих отношениях каждый участник обладает своими интересами: правообладатель – немущественным (сохранение здоровья); тот, кто осуществляет воздействие на объект ценности – имущественным (получить денежный эквивалент этого воздействия); тот, кто оплачивает воздействие – также имущественным – (получить от оплаченного воздействия пользу, хотя бы и нематериальной природы – свою или выгодоприобретателя).

Чтобы оплатить пользу такого воздействия, используется имущество (финансовые средства) – частное или публичное (при этом публичная принадлежность имущества никак не меняет ни интерес правообладателя, ни характер отношений по поводу оплачиваемого воздействия на объект принадлежащей ему ценности).

Действуя в пользу общества, государство не понуждает и не обязывает его к охране здоровья – каждый волен относиться к своему здоровью так, как считает нужным, не нарушая при этом права других.

Государство не состоит в отношениях с членами общества тех же, что и с составляющими публичный механизм элементами – органами и должностными лицами. Отношения членов общества между собой также иные, чем с властными или муниципальными органами и их должностными лицами. И отношения членов общества между собой иные, чем отношения между властными или муниципальными органами и их должностными лицами.

Имущественные интересы того, кто осуществляет воздействие на объект ценности правообладателя, также никак не детерминируются публичной принадлежностью того имущества, которое служит объектом оплаты такого воздействия. Равным образом, эти имущественные интересы не детерминируются и публичными, социально-политическими целями и интересами государства, в том числе, если оно является тем, кто такое воздей-

ствии оплачивает.

Именно это обуславливает различия в характере деятельности того, кто осуществляет оплачиваемое воздействие на объект ценности правообладателя, и государством в его публичном качестве: результат деятельности первого имеет форму товара, а результат деятельности государства – включая составляющих его механизм органов и должностных лиц – нет. И с обществом, с гражданами государство

дикции ведомства, то со снятием запрета на предпринимательство, с появлением частной медицины отрасль стала шире границ ведомства. За этими границами появился гражданский оборот, неподведомственный органам управления здравоохранения, а регулируемый в соответствии с действующим законодательством, равно применимым к гражданскому обороту во всех остальных отраслях экономики страны.

лица – частнопрактикующие врачи. Иными словами, то обстоятельство, основаны субъекты медицинской деятельности на несобственном или собственном имуществе, полярно развело публичное здравоохранение и частную медицину.

Отсюда вытекает ряд значимых последствий.

Во-первых, цели охраны здоровья не тождественны целям ведомства. Если охрана здоровья как категория социальной потребности ориентирована на существование социального механизма удовлетворения нужд общества в оказании медицинской помощи, то ведомство заинтересовано не более чем в бюджетных ассигнованиях на деятельность подведомственных структур. Интересы в эффективности этой деятельности ведомство не имеет, и механизма, создающего такой интерес, не существует.

Во-вторых, цели охраны здоровья не тождественны нуждам здравоохранения. Вместо удовлетворения нужд общества в оказании медицинской помощи публичное здравоохранение ориентировано на освоение полученных из казны средств – неважно, как, с каким результатом и насколько оправданно. Если – исходя из официальной статистики – в финансирование здравоохранения государство вкладывает миллиарды рублей, то до практического звена (учреждения здравоохранения) доходят в виде платы за медицинские услуги из внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования сотни миллионов рублей – остальные осваиваются иным образом самим ведомством. Интересы в эффективности отдачи от вложений ведомство не имеет, и механизма, создающего такой интерес, не существует.

В-третьих, нужды отрасли не тождественны нуждам ведомства. Нужды здравоохранения как отрасли экономики социальной сферы состоят в эффективном для потребителей товарообмене вне зависимости от того, оплачивают предоставления они сами или в их пользу – другие плательщики (государство, работодатели, страховщики и пр.), а потому – в развитии отраслевого оборота. Нужды ведомства – при существующей организации здра-

Отрасль распалась на две части: сферу экономики, регулируемую по правилам гражданского оборота, и сферу юрисдикции ведомства, администрируемую по правилам публичного механизма.

также не состоит в товарных отношениях – они платят налоги, т.е. обязательные, индивидуально безвозмездные платежи, взимаемые в форме отчуждения принадлежащих им денежных средств в целях финансового обеспечения деятельности государства и (или) муниципальных образований, или сборы, т.е. обязательные взносы, уплата которого является одним из условий совершения в отношении них государственными органами, органами местного самоуправления, иными уполномоченными органами и должностными лицами юридически значимых действий, включая предоставление определенных прав или выдачу разрешений (лицензий) (ст.8 НК РФ).

Таким образом, в сфере охраны здоровья различаются публичные и частные, объективные и субъективные, имущественные и неимущественные ценности и интересы, принадлежность имущества, деятельность и ее результат. Тем, как – вне зависимости от принадлежности имущества – позиционированы имущественные интересы в отношениях по поводу неимущественных[17], нематериальных ценностей, определяется возможность эффективности этих отношений.

2.3. ОТРАСЛЬ И ВЕДОМСТВО В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ.

Если в советское время отрасль была тождественной сфере юрис-

Тем самым отрасль распалась на две части: сферу экономики, регулируемую по правилам гражданского оборота, и сферу юрисдикции ведомства, администрируемую по правилам публичного механизма. Несмотря на то, что в той и другой сфере происходит производство и реализация взамен ее оплаты одной и той же продукции (медицинских услуг) в одном и том же обществе, осуществляется это по разным правилам и в разных пространствах.

Изменилось поэтому и соотношение понятий «охрана здоровья» и «здравоохранение»: первое расширилось до масштаба отрасли в целом, второе сузилось до пределов ведомства. Этому не помешало установленное ст.ст.12, 13, 14 Основ законодательства об охране здоровья граждан (1993) системное образование здравоохранения, разделившее его на три системы: государственную, муниципальную и частную. В значительной мере это произошло в силу различий организационно-правовых форм: в государственном и муниципальном здравоохранении – это учреждения здравоохранения, подведомственные государственным и муниципальным органам управления здравоохранения, в частной медицине – коммерческие и некоммерческие медицинские организации, отличные от учреждений, и предприниматели без образования юридического

Федеральное министерство осуществляет:	
функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в установленной актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации сфере деятельности	
правовое регулирование в установленной сфере деятельности	
координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении федеральных служб и федеральных агентств	
в установленной сфере деятельности не вправе осуществлять функции по контролю и надзору, правоприменительные функции, а также функции по управлению государственным имуществом, кроме случаев, устанавливаемых указами Президента Российской Федерации	
Федеральная служба осуществляет:	Федеральное агентство осуществляет:
функции по контролю и надзору в установленной сфере деятельности	1) функции по оказанию государственных услуг; 2) функции по управлению государственным имуществом; 3) правоприменительные функции

Рисунок 1.

воохранения – заключаются в том, чтобы вернуть былое распространение на всю отрасль. Иного, собственно, и не может быть: основанная на иерархии субординации учреждений здравоохранения и органов управления здравоохранением «регулярная» модель Семашко состоятельна только в условиях унифицированного публичного администрирования и несостоятельна в тех условиях, когда субъективные директивы заменяют требования закона. Частная медицина, неподчиненная директивам, притом что она регулируется законом, общим для всех отраслей, является вызовом ведомству и опровержением действующей модели организации здравоохранения. В этом смысле это – директивная организация здравоохранения.

Отсюда, в целом, правовые проблемы ведомственной организации здравоохранения заключаются в устранении всего того, что препятствует развитию отраслевого гражданского оборота и определению места ведомства в отрасли – отличного от сугубо административного.

И главным препятствием в этом является существование института государственных и муниципальных учреждений здравоохранения как организаций, основанных на имуществе публичной принадлежности. По гражданско-правовой принадлежности имущества они подвергаются традиционному административному управлению, осуществляя деятельность тоже гражданско-правового характера – с резуль-

татом, имеющим форму товара. В итоге и деятельность их не становится хозяйственной, и ведомственное подчинение не ориентирует их на достижение хозяйственного результата. А в отношении собственности в ведомственной части отрасли продолжает осуществляться управление подчиненными лицами (субъектами), а не имуществом (объектами).

3. АДМИНИСТРАТИВНАЯ РЕФОРМА В ВЕДОМСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. N 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти», положившим начало административной реформе в стране, в 2004 году было образовано Министерство здравоохранения и социального развития (Минздравсоцразвития) РФ [18], как и Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор) [19], Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) [20], Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию (Росздрав) [21]; вскоре вместо Федерального управления медико-биологических и экстремальных проблем при Министерстве здравоохранения Российской Федерации было создано Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА) [22], позднее, в 2006 году – также Федеральное агентство по

высокотехнологичной медицинской помощи [23].

В результате административной реформы [24] в структуре исполнительной власти в стране произошло, во-первых, отделение функций политических органов от надзорно-контрольных Служб и имущественно-распорядительных Агентств; во-вторых, разделение функций надзорно-контрольных Служб и имущественно-распорядительных Агентств – см. Рисунок 1.

Подобное устройство исполнительной власти уже существует в большинстве развитых стран. Действительно, политическое руководство осуществляет Министерства, функцию государственного надзора – контрольно-надзорные Службы, функцию размещения средств казны среди товаропроизводителей – имущественно-распорядительные Агентства. Это логичная и вполне обоснованная структура ведомства в любой отрасли.

Однако в отечественных реалиях организации здравоохранения по модели Семашко проблему представляет, во-первых, подчиненность ведомственных структур Министерству; во-вторых, предмет деятельности надзорно-контрольных Служб; в-третьих, предмет деятельности имущественно-распорядительных Агентств.

3.1. Подчиненность Федеральных служб и Федеральных агентств Министерству здравоохранения и социального развития.

По замыслу административной реформы прямая субординация Служб и Агентств Министерству не предусмотрена – по общему правилу, назначение и смещение с должности руководителей Служб и Агентств является прерогативой Правительства РФ по представлению отраслевого Министра.

Но такое отклонение от административной иерархии вертикали власти не является жизнеспособным. Кроме того, в рамках единого ведомства оказались разделены политические и финансовые структуры. Тем самым политическая структура (Министерство) оказалась не в состоянии осуществлять политику в отрасли в отсутствие финансовых инструментов, а финансовые

структуры (Агентства) оказались без направляющего политического начала. Кроме того, в здравоохранении Агентства оказались в противостоянии с внебюджетными фондами обязательного медицинского страхования, интегрированными в структуру Министерства. Из числа Агентств относительно жизнеспособным оказалось только ФМБА (осуществляющее функции Третьего главного управления Минздрава СССР[25], т.е. обслужи-

похожему поводу[29].

В целом, история административной реформы в здравоохранении свидетельствует, что в условиях сохранения прежнего ведомственного уклада новая административная иерархия не является жизнеспособной. Потребности административного управления требуют сосредоточения ресурсов и жесткой субординации нижестоящих звеньев вышестоящим. Появление в ведомственной структуре вер-

3. механизм надзора не допускает товарных отношений и участия государственных организаций (учреждений), их опосредующих.

В сфере охраны здоровья образовано две Федеральные службы: Росздравнадзор и Роспотребнадзор.

В соответствии с п.2 «б» Указа Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. N 314 под функциями по контролю и надзору понимаются:

- осуществление действий по контролю и надзору за исполнением органами государственной власти, органами местного самоуправления, их должностными лицами, юридическими лицами и гражданами установленных Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами и другими нормативными правовыми актами общеобязательных правил поведения;

- выдача органами государственной власти, органами местного самоуправления, их должностными лицами разрешений (лицензий) на осуществление определенного вида деятельности и (или) конкретных действий юридическим лицам и гражданам;

- регистрация актов, документов, прав, объектов, а также издание индивидуальных правовых актов.

При существовании в здравоохранении двух надзорно-контрольных Служб в настоящее время для осуществления деятельности по оказанию единственной медицинской услуги порой необходимо получение до семи лицензий[31].

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[32] рассматривается возможность нанесения вреда, ущерба здоровью при оказании медицинской помощи. Обязательным усло-

Федеральные службы оказались более устойчивыми, хотя в ходе бюджетной оптимизации в 2010 году вопрос о слиянии Росздравнадзора и Роспотребнадзора вставал.

вающее безопасность государства и традиционно дистанцированное от обслуживания общества).

Поэтому еще через два года, в 2008 году, Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию и Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи были упразднены с передачей их функций Минздравсоцразвития РФ и ФМБА[26].

Федеральные службы оказались более устойчивыми, хотя в ходе бюджетной оптимизации в 2010 году вопрос о слиянии Росздравнадзора и Роспотребнадзора вставал[27].

Кроме того, Министерство, оберегая свои прерогативы политической структуры, предпринимает интервенцию в прерогативы других структур ведомства (Служб) и своих структурных – прежде всего финансовых – подразделений, хотя чаще это – вопрос персоналий их руководителей. Так, впервые с запретом на перспективу освобожден от занимаемой должности глава Росздравнадзора Николай Юргель в связи с нарушением закона о государственной гражданской службе[28]. Незадолго до Юргеля был снят со своего поста глава Федерального фонда соцстрахования Сергей Калашников. Он довольно часто оппонировал Министерству, пусть и непублично. Калашникову не нравилось, что фонду сокращают полномочия. Юргель волновался по

тикали власти звеньев, подчиненных ей частично или подчиненных надведомственным вышестоящим звеньям, создают ситуацию конкуренции там, где она невозможна. Реконструктивные процессы, восстанавливающие административную стабильность, в этом случае неизбежны.

3.2. Предмет деятельности Федеральных служб в сфере охраны здоровья.

Государственному надзору присущи следующие свойства[30]:

1. надзор (включая лицензирование) – это функция государства, которую от его имени осуществляют уполномоченные государственные органы;

2. надзор подзаконен:

2.1. надзор может осуществляться только на соответствующих правовых основаниях – все, что осуществляется в порядке надзора, основывается (должно основываться) на норме права, положении закона;

2.2. надзор не создает норм права, подменяя положения закона – он следует (должен следовать) положениям федерального законодательства;

2.3. надзор осуществляется не ради надзора и не в интересах государства, а в интересах общества: он обладает (должен обладать) идеологией, которая служит отправной точкой и мериллом надзорных действий;

вию отнесения видов деятельности к числу лицензируемых является невозможность регулирования данных видов иными методами, кроме лицензирования [33]. 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 [34].

В настоящее время надзор в здравоохранении сосредоточен на соблюдении лицензионных требований и условий [35], в том числе (п/п «з» п.5 Положения) на обеспечении лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских 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 [36]. 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.

Проблемная область государ-

ственного надзора в целом обусловлена следующими обстоятельствами:

1. Проблема надзора в здравоохранении создается неразработанностью политики, отсутствием формальной определенности оснований и усугубляющейся порочностью сложившейся практики государственного надзора.

2. Политика правового государства в сфере надзора в гражданском обществе вкратце должна сводиться к следующему:

2.1. актом надзора государство ручается перед обществом за лицензиата в том, что при соблюдении им требований безопасности неправомерные неблагоприятные последствия его деятельности не наступят;

2.2. за отклонение от этих требований безопасности лицензиат несет самостоятельную ответственность;

2.3. за наступление неблагоприятных последствий деятельности при соблюдении лицензиатом требований безопасности государство несет солидарную с ним ответственность перед пострадавшим.

3. Основания государственного надзора должны соответствовать политике государства в области надзора, основываться на положениях Конституции и иных законов и быть исчерпывающе определенными, чтобы подзаконное нормотворчество не смогло их иначе истол-

Государственный надзор в сфере здравоохранения и социального развития в настоящее время носит репрессивный характер, которому подчинена политика расширительной интерпретации Росздравнадзором недостаточно определенных и пробельных оснований его деятельности. В рамках формальной дозволенности Росздравнадзор самодетельно создает новую реальность своей компетенции на основе собственного усмотрения [37].

Нуждаются в формальной определенности и взаимной разграниченности, во-первых, понятия надзора и контроля; во-вторых, предмет надзора и контроля; в-третьих, объекты надзора и контроля в здравоохранении и социальной сфере.

Требует одинаковых подходов общность предмета и объекта надзора и контроля и неодинаковых – их различие.

Предмет надзора или контроля должен, во-первых, соответствовать характеру деятельности, являющейся их объектом; во-вторых, быть ограниченным пределами такого соответствия; в-третьих, быть ограниченным пределами соответствия своему назначению.

В целом, надзорно-контрольные Службы в здравоохранении, призванные обеспечивать безопасность медицинской деятельности для потребителей (пациентов), занимаются в настоящее время норматив-

В настоящее время надзор в здравоохранении сосредоточен на соблюдении лицензионных требований и условий, в том числе (п/п «з» п.5 Положения) на обеспечении лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам).

ковывать, расширять и восполнять содержащиеся в них пробелы.

4. Осуществление не являющимися государственными органами, но состоящими в инфраструктуре государственных органов и причастными к осуществлению ими публичных функций государственными учреждениями товарной деятельности (оказание консультационных услуг бизнесу), в том числе в сфере государственного надзора, противозаконно.

ной самодетельностью, подменяющей требования закона и создающей административные барьеры для хозяйствующих субъектов, не принимая никакой ответственности государства перед обществом за плоды своей деятельности.

3. Предмет деятельности Федеральных агентств в здравоохранении.

В соответствии с п.5 Указа Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. N 314 Федеральное

агентство:

а) является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим в установленной сфере деятельности функции по оказанию государственных услуг, по управлению государственным имуществом и правоприменительные функции, за исключением функций по контролю и надзору. Федеральное агентство возглавляет руководитель (директор) федерального агентства. Федеральное агентство

2) посреднические функции агентство осуществляет в договорных отношениях.

Агентство в здравоохранении выполняет посреднические функции агента между публичным субъектом (государством) и исполнителями соответствующих услуг (субъектами медицинской деятельности).

Между государством как плательщиком и субъектами медицинской деятельности устанавливаются договорные отношения в пользу

разовано в федеральную службу с подчинением Министерству финансов Российской Федерации [38]. В соответствии с этими преобразованиями правоприменительные функции по обеспечению исполнения федерального бюджета перешли от Министерства финансов Российской Федерации к Федеральному казначейству. На деле Казначейство стало фактически финансово-разрешительной структурой, без которой функции внебюджетных фондов и Агентств оказались неисполнимы.

Таким образом, на пути движения финансовых средств из казны к субъектам медицинской деятельности встал целый ряд публичных финансовых структур.

Если бы такое усложнение механизма финансирования касалось собственно бюджетного процесса, т.е. прохождения средств казны от одного публичного органа к другому, это сказалось бы на эффективности самого государства.

Если бы подобное усложнение механизма финансирования касалось государственного заказа, т.е. прохождения средств казны от публичного органа к продавцу товара (исполнителю работ или услуг), приобретаемого государством в свою пользу, это сказалось бы также на интересах самого государства, его безопасности и обороноспособности страны.

Однако если подобное усложнение механизма финансирования касается заказа государства в пользу общества, т.е. прохождения средств казны от публичного органа к продавцу товара (исполнителю работ или услуг), приобретаемого государством в пользу граждан, это сказывается социальными последствиями. Иными словами, именно там, где – по характеру отношений и последствий – требуется максимально простой и эффективный платежный (а не бюджетно-распределительный) механизм, он сделан наиболее громоздким и не рациональным, не приспособленным для достижения эффективности.

Целесообразность существования Казначейства для целей бюджетного процесса сомнению не подвергается (хотя такие вопросы

На пути движения финансовых средств из казны к субъектам медицинской деятельности встал целый ряд публичных финансовых структур.

может иметь статус коллегиального органа;

б) в пределах своей компетенции издает индивидуальные правовые акты на основании и во исполнение Конституции Российской Федерации, федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов и поручений Президента Российской Федерации, Председателя Правительства Российской Федерации и федерального министерства, осуществляющего координацию и контроль деятельности федерального агентства. Федеральное агентство может быть подведомственно Президенту Российской Федерации;

в) ведет реестры, регистры и кадастры;

г) не вправе осуществлять нормативно-правовое регулирование в установленной сфере деятельности и функции по контролю и надзору, кроме случаев, устанавливаемых указами Президента Российской Федерации.

Агентства призваны выполнять частноправовые функции агента. Агентом является посредник, совершающий по поручению другой стороны (принципала) юридические и иные действия от своего имени, но за счет принципала либо от имени и за счет принципала (п.1 ст.1005 ГК).

Отсюда следует, что:

1) агентство призвано выполнять функции посредника;

граждан как получателей этих услуг (ст.430 ГК), а Федеральное агентство в здравоохранении опосредует эти отношения.

Отсюда следует, что:

1) Федеральное агентство в здравоохранении не является исполнителем медицинских услуг;

2) Федеральное агентство в здравоохранении действует не в порядке административного управления деятельностью исполнителей медицинских услуг, а в качестве стороны договора;

3) Федеральное агентство в здравоохранении от имени государства осуществляет функции плательщика за медицинские услуги, предоставляемые гражданам субъектами медицинской деятельности.

Таким образом, возлагаемые на агентства функции по оказанию государственных услуг являются функциями по оплате государством услуг, оказываемых их исполнителями.

Однако наряду с Агентствами в структуре Минздравсоцразвития РФ сохранились внебюджетные фонды (обязательного медицинского страхования, социального страхования и др.), осуществляющие те же платежные функции.

Кроме того, в результате административной реформы из состава Министерства финансов РФ с 1 января 2005 года было выделено Федеральное казначейство и преоб-

и ставит наличие Счетной палаты). Целесообразность существования внебюджетных фондов в качестве субъектов под сомнение поставлено уже давно[39]: достаточно их существование в качестве объектов и нет необходимости тратить средства казны на содержание большого бюрократического аппарата. Агентство же – это наиболее целесообразный публичный орган, опосредующий размещение средств казны в гражданском обороте. Ликвидация таких Агентств свидетельствует лишь о нежелании государства в интересах общества формировать в здравоохранении гражданский оборот.

При восстановлении Агентств, уроки их предшествующего существования таковы, что они должны быть:

- во-первых, исполнительной структурой, инструментом социальной политики государства в здравоохранении;

- во-вторых, единственной финансовой структурой ведомства, средоточием публичных средств казны в здравоохранении;

- в-третьих, выступающей в лице бюджетного процесса структурой, а потому в отношениях с контрагентами действующей по правилам гражданского оборота. Именно в этом Агентствам может быть альтернатива – как частнопредпринимательская инициатива публичного субъекта (государства).

Таким образом, ведомственная организация отечественного здравоохранения в настоящее время сохраняет энтропию модели Семашко, непригодную для современных условий. Административная реформа в стране, правильная по замыслу, не достигла и не могла достигнуть изменений в отрасли без изменения самой парадигмы ее организации. Парадигма организации сферы охраны здоровья в существующих реалиях основана на различии публичных и частных, объективных и субъективных, имущественных и неимущественных ценностей и интересов, принадлежности имущества, деятельности и ее результата, что не учтено идеей административной реформы. Отказ государства от номенклатурно-директивного администрирования практического здравоохранения и

создание гражданского оборота в отрасли – это то, что может изменить ситуацию.

Использованные источники:

1. Развитие русского права в первой половине XIX века. – М.: Наука, 1993. – 316 с. – С.99

2. Энциклопедический словарь. Ф.А.Брокгауз и И.А.Ефрон. В 86 т. – Лейпциг-СПб, 1890-1907. - ст. Лечебные заведения

3. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Учреждение: pro et contra // Главный врач: хозяйство и право. – 2003. - №1. – С.24-41.

4. Теория государства и права. / Под ред. С.С.Алексеева. - М.: Юрид. лит., 1985. – 480 с.; С.213.

5. Тихомиров А.В. Управление учреждениями здравоохранения в отношениях собственности: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 154 с. – Глава 3. – С.29-50.

6. Приказ Министерства здравоохранения РСФСР от 7 июня 1980 года № 410 «О номенклатуре мероприятий по охране труда»

7. Постановление Правительства Российской Федерации от 3 августа 1996 года № 930 «Об утверждении номенклатуры наркотических средств, сильнодействующих и ядовитых веществ, на которые распространяется порядок ввоза в Российскую Федерацию и вывоза из Российской Федерации, утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 16 марта 1996 года № 278, а также квот на ввоз (вывоз) наркотических средств»

8. Федеральный закон от 22 июня 1998 года № 86-ФЗ «О лекарственных средствах», п.7 ст.15

9. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 14 июня 1995 года № 163 «О внесении дополнения в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 августа 1999 года № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»

10. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 22 июня 1983

года № 755 «О типовой номенклатуре должностей, подлежащих замещению специалистами с высшим и средним специальным образованием в учреждениях, предприятиях и организациях системы Министерства здравоохранения СССР (без медицинского и фармацевтического персонала); Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 июля 1997 года № 209 «О номенклатуре должностей Министерства здравоохранения Российской Федерации»

11. Постановление Правительства Российской Федерации от 3 июня 1997 года № 659 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 11.12.1997 № 1551, от 12.11.1999 № 1246, от 01.06.2000 № 426).

12. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 23 октября 1978 года № 1000 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения»; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 1998 года № 110 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения»; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 ноября 1999 года № 395 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения»

13. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 октября 2005 г. N 627 «Об утверждении Единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» (с изменениями от 19 февраля 2007 г., 19 ноября 2008 г.)

14. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2009 г. N 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»

15. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 ноября 2009 г. N 869 «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные

характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (с изменениями от 3 марта 2010 г.); Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 августа 2007 г. N 526 «Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей медицинских и фармацевтических работников» (с изменениями от 20 ноября 2008 г.)

16. Учетная номенклатура должностей Министерства здравоохранения Российской Федерации (утв. приказом Минздрава РФ от 16 июля 1997 г. N 209)

17. Пассек Е.В. Неимущественный интерес и непреодолимая сила в гражданском праве. – М., Статут, 2003. – 399 с.

18. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

19. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития»

20. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека»

21. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 325 «Об утверждении Положения о Федеральном агентстве по здравоохранению и социальному развитию»

22. Указ Президента РФ от 11.10.2004 N 1304 «О Федеральном медико-биологическом агентстве»

23. Указ Президента Российской Федерации № 658 от 30 июня 2006 года «О Федеральном агентстве по высокотехнологичной медицинской помощи»; Постановление Правительства Российской Федерации от 30 октября 2006 г. № 653 «Об утверждении положения о Федеральном агентстве по высокотехнологичной медицинской помощи»

24. Тихомиров А.В. Комментарий к Указу Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. N

314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти» //Главный врач: хозяйство и право. – 2004. - № 2. - С.2-5.

25. 21 августа 1947 года постановлением Совета Министров СССР было создано 3-е Медицинское управление при Минздраве СССР, на которое было возложено руководство медицинским обслуживанием предприятий и научных учреждений, работающих в системе 1-го Главного управления при Совете Министров СССР, предприятий 2-го Главного управления Министерства цветной металлургии СССР и других министерств. В феврале 1954 года распоряжением Совета Министров СССР 3-е Медицинское управление при Минздраве СССР реорганизовано в 3-е Главное управление при Министерстве здравоохранения СССР.

26. Указ Президента РФ от 12.05.2008 N 724 «Вопросы системы и структуры федеральных органов исполнительной власти»

27. Нетреба П., Сапожков О. Правительство ставит на естественный отбор. Роспотребнадзор и Росздравнадзор поглощают друг друга /Газета «Коммерсантъ» № 36 (4336) от 03.03.2010 - <http://www.kommersant.ru/doc.aspx?DocsID=1330686&NodesID=2>

28. Отклонения от позиции по обращению лекарств будут пресекаться – Путин // РИА Новости - <http://www.rian.ru/society/20100205/207871951.html>; <http://rian.ru/economy/20100206/207983664.html>; Барсуков Ю. Глава правительства Владимир Путин уволил руководителя Росздравнадзора Николая Юргеля за публичное несогласие с законопроектом об обращении лекарств - http://infox.ru/authority/mans/2010/02/06/Putin_uvolid_glavu_R.phtml

29. Иваницкая Н. Стратегическая таблетка // <http://www.runewsweek.ru/country/32620/?referrer1=rss&referrer2=news>

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

31. Лазарев С.В. Состояние существующей в здравоохранении раз-

решительной практики для поднадзорных хозяйствующих субъектов //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. - № 2. – С.36-44.

32. ст.4 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 8 августа 2001 года N 128-ФЗ

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

34. Лазарев С.В., Тихомиров А.В. Перспектива совершенствования государственного надзора в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 4. - С.25-29.

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

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

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

38. Постановление Правительства Российской Федерации от 01 декабря 2004 года № 703 «О Федеральном казначействе».

39. Тихомиров А.В. Фондирование государственных средств финансирования практического здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2006. - № 5. – С.11-17.

В.В.Назарова, преподаватель кафедры «Финансовые рынки. Финансовый менеджмент» ГУ Высшая Школа Экономики (СПб филиал), к.э.н.

О.В.Леонтьев, профессор кафедры педагогики, философии и права «Медицинской академии последипломного образования», д.м.н.

Развитие добровольного медицинского страхования как сферы рынка медицинских услуг направлено на решение вопроса о дополнительном финансировании здравоохранения и обеспечения устойчивой динамики развития рынка медицинских услуг. Изменение условий и характера функционирования рынка ставит задачу разработки стратегии его развития на основе формирования концепции стратегического менеджмента и маркетинга. Закономерная и объективная эволюция отношений субъектов системы добровольного медицинского страхования в сторону расширения и модернизации требует, с одной стороны, понимания изменившейся сущности самой системы медицинского обеспечения и отношений ее субъектов, с другой - адаптации классических и поиску новых методов и форм управления. Адекватность применения методов управления в зависимости от схемы отношений участников системы заключается в определении таких факторов (параметров) системы, воздействие на которые приведет к требуемым результатам.

В последнее время российский рынок добровольного медицинского страхования (ДМС) показывал стабильный рост. Вследствие экономического спада в 2009- 2010 годах данная тенденция нарушилась.

Ухудшение экономической ситуации неблагоприятно сказывается на развитии рынка добровольного медицинского страхования. В условиях экономического спада прогнозируемое снижение числа застрахованных на 15%. В настоящее время основная деятельность страховых компаний направлена на сохранение имеющегося портфеля и динамики финансовых показателей на уровне 2007 – 2008 годов. Основные усилия направлены на пролонгацию договоров с уже существующими клиентами. Эта задача осложняется необходимостью индексации тарифов на страховые программы, невозможностью предоставления скидок при безубыточности прошлых договоров.

С другой стороны, добровольное

ФОРМИРОВАНИЕ СТРАТЕГИИ КОМПАНИИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Показано, что потребности конкуренции стимулируют оптимизацию управления организациями добровольного медицинского страхования

Ключевые слова: стратегии медицинских страховых организаций; кризис в здравоохранении; конкуренция на рынке медицинского страхования

медицинское страхование является частью социального пакета, и в настоящее время для многих компаний это является показателем надежности и устойчивости. Для сохранения сложившихся условий компании могут прибегнуть к следующим вариантам: корректировка программ в сторону уменьшения пакета рисков и стоимости, сохранение контрактации с выбранным страховщиком без проведения тендеров, предложения всем сотрудникам одинаковых программ без деления по уровням персонала. Снижения затрат может быть обеспечено за счет полной минимизации программ – например, уже сейчас на рынке существуют программы, включающие только экстренную помощь и госпитализацию; или весь перечень услуг может предоставляться в собственном медицинском центре. Самым негативным вариантом решения проблемы «удешевления программ» может стать сокращение комплекса предоставляемых услуг – по страховому полису будет предоставляться только ограниченный перечень самых дешевых услуг, а остальное будет оплачиваться пациентом.

Если страховая компания выбирает только предложение предель-

но низких цен, то это становится невыгодно как страхователю, так и страховой компании. Основной целью страховой компании является получение прибыли, следовательно, демпинг ухудшает финансовый результат страховой компании, и не способствует получению полного комплекса услуг для застрахованных. Как результат, сложившиеся экономические условия будут способствовать разделению рынка между экономически рациональными страховыми компаниями.

Существуют различные прогнозы специалистов страхового рынка относительно динамики роста рынка. Так основные участники рынка предполагают положительную динамику роста, но с более низкими темпами, нежели существовавшие ранее.

Снижение темпов развития ДМС будет происходить на фоне роста его убыточности. Так медицинские учреждения для сохранения предыдущих норм прибыли вынуждены повышать тарифы. Вследствие безальтернативности поставщиков услуг, страховые компании будут платить, что приведет к убыточности страховой деятельности.

Сохранение и увеличение числа застрахованных позволит компании удерживать прежние позиции на рынке. Для этого необходимо четко позиционировать себя на рынке, уточнить стратегию и тактику проведения операций. Правильно выбранная стратегия включает в себя варианты управления как компанией в целом, так и отдельными бизнес-единицами.

Конкуренция является одним из основных факторов, который определяет дальнейшее развитие компании, то есть прибыльность и успешность ее деятельности. Конкурентная стратегия направлена на достижение устойчивой и выгодной позиции компании на рынке. Под конкурентной стратегией понимается развитие инноваций, способность обеспечивать потребителям реальную ценность, поиск новых и уникальных дифференцирующих факторов для развития бизнеса. Эти факторы способствуют получению конкурентных преимуществ, которые определяют положение компании на рынке и основные

приоритеты ее деятельности. Деятельность каждого участника влияет на развитие отрасли в целом и на уровень конкуренции, следовательно, выбор конкурентной стратегии является одновременно сложной и актуальной проблемой. Грамотно выбранная стратегия может сделать компанию лидером отрасли, тем самым укрепить ее положение. Таким образом, выбор дальнейшего плана развития не только определяется условиями сферы деятельности, но также является попыткой повлиять на эти условия в пользу компании.

В силу специфики добровольного медицинского страхования, не только грамотная ценовая и инвестиционная политика определяет прибыльность операций. Удовлетворение потребностей покупателей, повышение полезности дополнительного страхования для них, грамотно выбранная конкурентная стратегия могут гарантировать получение страховой компанией долгосрочного дохода.

Вторым важным фактором в выборе конкурентной стратегии является позиционирование компании в рамках отрасли, то есть, какую оценку со стороны участников рынка компания хотела бы получить. Основой эффективной деятельности компании в долгосрочной перспективе является устойчивое конкурентное преимущество. Общая стратегия конкуренции, определяя фундаментальный подход к деятельности в целом, состоит из стратегий отдельных бизнес-единиц. Стратегия бизнес-единицы – это способ получения определенных конкурентных преимуществ, из которых сложится эффективная работа всей компании. Разработка общих рекомендаций, то есть схема управления поведением компании в конкурентной среде, будет способствовать увеличению эффективности действующей системы и соблюдению принципов социальной справедливости в данной сфере. Также существует необходимость в проведении эмпирического анализа модели страховой медицины и определение возможных способов повышения эффективности управления деятельностью медицинских учреждений и страховых компа-

ний путем развития конкуренции в отрасли.

Выбор стратегии и ее реализация составляют основополагающую часть содержания деятельности по стратегическому управлению. Стратегия может рассматриваться как определенный свод правил и принципов, дающих организации конкурентные преимущества. Иным значением стратегии выступает долгосрочное качественно определенное направление развития организации, касающееся сферы, средств и форм ее деятельности. Можно рассматривать стратегию как систему взаимоотношений внутри организации. В отличие от стратегического менеджмента, стратегия определяет способы, набор действий, с помощью которых организация сможет достичь стоящих перед ней задач в условиях внешней среды и конкурентного окружения. Стратегия, помогая продвигаться в сторону конечного состояния, оставляет свободу выбора в изменяющейся ситуации.

Определение стратегии для фирмы принципиально зависит от конкретной ситуации, в которой она находится. В то же время существуют некоторые подходы к формированию стратегии и общие рамки, в которые она должна вписываться.

В настоящее время существует множество определений стратегии, но всех их объединяет понятие стратегии как совокупности норм и правил, лежащих в основе выработки и принятия стратегических решений, влияющих на будущее состояние компании и связи фирмы с внешней средой.

Обобщая вышеизложенное, можно сформулировать определение стратегии, которое будет использовано при разработке плана управления деятельностью страховой компании, работающей на рынке добровольного медицинского страхования. Стратегия – инструмент управления, представляющий собой унифицированный, комплексный план, учитывающий как внутренние преимущества и недостатки деятельности компании, так и возможную ответную реакцию на внешние угрозы, в котором определены координаты деятельности компании и функциональные подходы к

достижению заданных показателей. Стратегия представляет собой:

1) инструмент управления, который используется для выполнения стратегических, финансовых задач. Для разработки стратегии важно определить внешние факторы (особенности рынка, общеэкономическую ситуацию, приоритеты развития экономики, общественные ценности и задачи) и внутренние (состояние фирмы – финансовое положение компании, систему контракции, особенности продукции, специфику деятельности). Это позволит повлиять на финансовую устойчивость компании;

2) действия и функциональные подходы к достижению заданных показателей. Иными словами, стратегия должна включать два блока: целенаправленные действия (проактивная составляющая) и необходимые корректировки, поправки вследствие изменений во внешней среде (составляющая адаптации). Это комбинация продуманных и спланированных действий и быстрой реакции по их корректировке к изменениям на рынке;

3) определение координат деятельности: определение методов работы, поведения в конкурентной среде; определение места и поля функционирования; определение цели функционирования; определение участников процесса и акцентов деятельности. В рамках стратегического управления стратегия понимается как долгосрочное направление деятельности и развития организации, относящееся к таким сторонам ее деятельности как сфера, средства и форма;

4) унифицированный комплексный план, который сопоставляет стратегические преимущества компании с угрозами и возможностями внешней среды, как средство приобретения конкурентных преимуществ.

Таким образом, стратегия является связующим звеном между миссией и конкретным планом. Она вырабатывается исходя из поставленных для компании целей с учетом результатов анализа внешней и внутренней среды. От миссии стратегия отличается тем, что ориентирована на достижение конкретных целей. Построение плана осуществ-

ляется на базе сформулированных стратегий.

Добровольное медицинское страхование в Петербурге развивалось в условиях практически полного отсутствия страховой культуры, дефицита свободных средств у населения и неразвитого медицинского рынка. В совокупности эти факторы определяли скептическое отношение к добровольному страхованию не только страхователей, но и лечебных учреждений. В период 1995-2008 годов отношение к добровольному медицинскому страхованию изменилось. Полис добровольного медицинского страхования становится дополнением к государственно гарантированным медицинским услугам и частью социального пакета.

В Санкт-Петербурге добровольное медицинское страхование справедливо относится к одному из наиболее динамично развивающихся видов страховой деятельности. Расширение рынка ДМС происходит со своими сложностями и особенностями. По оценке специалистов, рынок ДМС в Санкт-Петербурге ежегодно расширялся на 10-15%, и даже в условиях кризиса прогнозируется его стабильное развитие, хотя и более низкими темпами.

Одновременно с формированием системы добровольного медицинского страхования в Санкт-Петербурге происходила реорганизация управления деятельностью страховых компаний. Осуществился переход от управления потоками денежных средств с целью минимизации расходов к более сложной системе управления, учитывающей как качественные (увеличение списка медицинских учреждений, расширение списка услуг по программам, предоставление льготных программ обслуживания в лечебных учреждениях), так и количественные факторы (скидки по программам, дифференциация страховой суммы, упрощение набора услуг для обеспечения низкой стоимости программы). В этих условиях происходит расширение сфер управления деятельностью: от контроля за минимизацией расходов и перераспределения обязанностей предоставления медицинских услуг к усилению значения добровольного медицин-

ского страхования, как гарантии медицинской помощи при использовании рискованного механизма. Также можно проследить гибкость и адаптивность системы управления в соответствии с условиями рынка. Как инструмент конкурентной борьбы используется ценовой демпинг и качественное изменение программ – расширение перечня медицинских учреждений, включенных в страховую программу. Страховые компании, считающие качественный сервис своим конкурентным преимуществом, увеличивают число медицинских баз, как общего, так и узкоспециализированного профиля (например, оказывающих реабилитационные, физиотерапевтические услуги, а также применяющие методики нетрадиционной медицины).

По ряду услуг список поставщиков имеет ограниченный характер, и в результате прослеживается отсутствие здоровой конкуренции и монополизм поставщиков подобных услуг. Не смотря на ряд отрицательных моментов, связанных с лечебными учреждениями, существует и положительная динамика в этой области. Государственные и ведомственные лечебные учреждения дифференцируют услуги по разным ценовым категориям, открываются специализированные отделения, с целью разделения потоков пациентов по ОМС и ДМС. На этом фоне частные клиники вынуждены проводить более сдержанную тарифную политику. Таким образом, происходит совершенствование технологии работы, как страховыми компаниями, так и лечебными учреждениями. Система управления становится ориентированной на организационное развитие. Страховые компании строят стратегические планы, с использованием различных инструментов управления.

На протяжении последних шести лет на рынке Санкт-Петербурга прослеживается устойчивый рост корпоративных клиентов. Так вслед за компаниями с иностранным капиталом в сферу добровольного медицинского страхования были привлечены крупные российские холдинги. В настоящее время в страховании вовлекаются средние и малые предприятия.

Особенностью рынка Петербур-

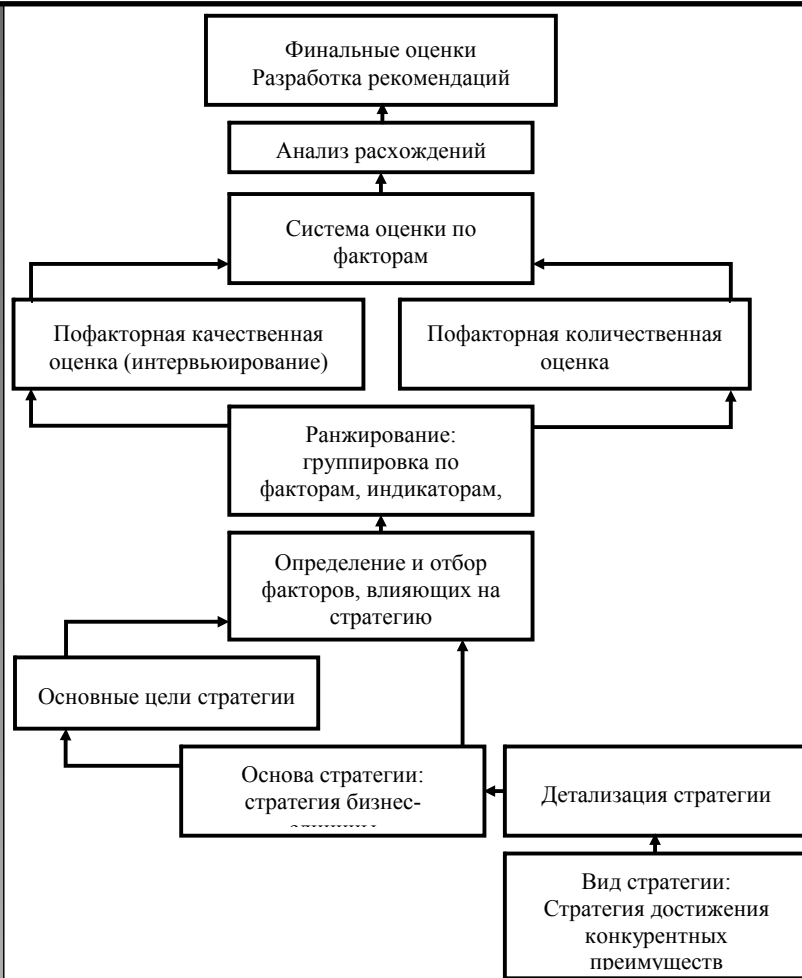


Рисунок 1. Основные этапы построения стратегии.

га является и развитие медицинских центров страховых компаний, целью создания которых является предложение программ и обслуживание застрахованных в среднем ценовом сегменте.

Специфичностью рынка Санкт-Петербурга является низкая рентабельность ДМС в сравнении с другими видами добровольного страхования. Связано это с нормативами, по которым предприятия считают бюджеты на страхование, и неизбежностью наступления страховых случаев. Негативные последствия для развития добровольного медицинского страхования имеет отсутствие единых стандартов качества оказываемых медицинских и сервисных услуг, принципов формирования цен на эти услуги, аттестации медицинских учреждений и медработников.

В целом все страховые компании предлагают идентичные по перечню услуг программы. Разница в

предлагаемых программам состоит в перечне нестраховых событий, в объеме предоставляемых услуг (ограниченное или неограниченное количество предоставляемых услуг), в дополнительном сервисе (например, время работы диспетчерской службы, предоставление медицинской помощи в регионах, менеджерское сопровождение договоров, контроль со стороны врача-эксперта). Иными словами, при выборе страховщика оценивается весь комплекс предоставляемых услуг, а не только наполняемость программы.

После рассмотрения возможных методов построения стратегии и изучения механизма конкуренции на рынке медицинских услуг, в работе была предложена модель стратегии для страховой медицинской организации.

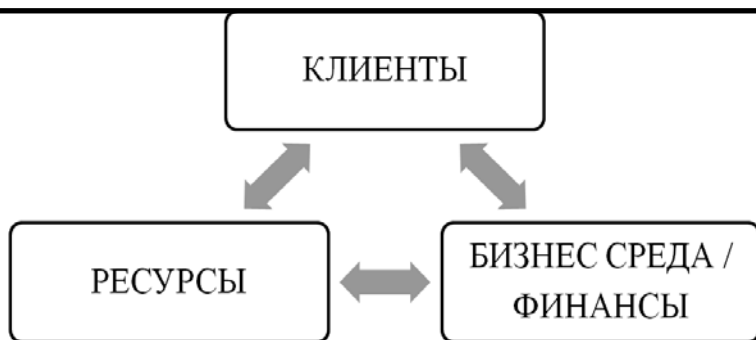
В общем виде построение стратегии показано на рисунке 1.

Для реальной компании на пер-

вом этапе построения стратегии необходимо определить ее вид. Исходя из основных задач, стоящих перед страховой компанией, а именно – освоение рынка, увеличение дохода от операций, удовлетворение потребностей клиентов в получении качественной медицинской помощи, выбирается стратегия достижения конкурентных преимуществ. Такая стратегия позволяет задействовать все активы фирмы, продемонстрировать ее компетентность в жестких условиях рынка. На рынке добровольного медицинского страхования конкурентные преимущества смещаются в сферу маркетинга и обслуживания клиентов, что определяется социальной направленностью этого вида деятельности. Среди основных стратегий достижения конкурентных преимуществ можно назвать стратегию дифференциации и стратегию фокусирования, в меньшей степени стратегию оперативного реагирования и оптимизации издержек.

Среди вариантов сохранения конкурентных преимуществ дифференциация позволяет придать услуге отличительные свойства, которые важны для покупателя и отличают данную услугу как более качественную от предложения конкурентов. Стратегия фокусирования, то есть нацеленность на удовлетворение потребностей целевых групп, позволяет удовлетворить потребности выбранного целевого сегмента (крупных, средних компаний, компаний малого бизнеса).

Третьей конкурентной стратегией является стратегия оперативного реагирования на запросы рынка. В связи с появлением новых потребителей услуг (например, предприятия с государственной формой собственности, представители малого бизнеса), страховщик должен оперативно дополнять и модернизировать предлагаемые программы. Таким образом, учитывая все возникающие запросы на рынке, страховой организации в короткие сроки следует осуществлять адаптацию страхового продукта. В качестве четвертой стратегии выбирается стратегия оптимальных издержек. Ее использование позволит предложить страховой продукт, отвечающий ожиданиям потребите-



Клиенты	Ресурсы	Бизнес среда \ финансы:
<ul style="list-style-type: none"> - Равный доступ к выбору поставщиков медицинских услуг - Обеспечение свободного доступа пациентов в медицинские учреждения - Юридическая защита прав пациентов; - Получение оценка качества предоставляемых услуг - Альтернативные варианты получения помощи - Доступность информации для страхователей и застрахованных 	<ul style="list-style-type: none"> - Общее число заключенных договоров (с частными клиниками и коммерческими отделениями) - Профессиональные этические нормы - Медицинские стандарты - Политика ценообразования - Равновесная цена – баланс качественных и количественных характеристик - Способы ведения конкуренции - Статистика обращений застрахованных (в каких клиниках предоставлялось лечение). - Мнение медицинских учреждений о страховой компании. - Число отказов в выплатах со стороны страховщика - Деятельность экспертной службы компании. - Репутация 	<ul style="list-style-type: none"> - Эффект масштаба - Контрактация - Связь с рынком - Экономические ограничения - Несостоятельность рынка в медицинском страховании. - Адаптация к условиям рынка - Позиции групп интересов (ЛПУ, страховые компании) - Гармонизация интересов групп влияния - Финансовая прозрачность - Социальная ответственность - Интенсивность конкуренции - Угроза со стороны субститутлов

Рисунок 2. Схема взаимодействия факторов стратегии

лей по основным потребительским свойствам, по цене, сопоставимой с конкурентными. Страховая компания должна обладать достаточным потенциалом для того, чтобы предложить программы высокого качества при издержках, сопоставимых со среднерыночными.

Для грамотного поведения в конкурентной среде деятельность компании должна опираться на политическую стратегию. Она не должна быть основной, но ее следует учитывать в блоке «бизнес-среда». Деятельность компании может изменяться в зависимости от политических и социальных характеристик среды, в которой она существует. Собственная политическая стратегия даст возможность компании влиять на внешнюю среду, в рамках которой она занимается своим бизнесом.

Основной целью стратегии

добровольного медицинского страхования является предоставление качественной медицинской помощи в пределах реальных цен. Масштаб деятельности бизнес-единицы определяется тремя координатами: координата потребительского сегмента, географическая координата и координата товаров и услуг. Относительно координат потребительского сегмента – наиболее перспективным является рынок корпоративных клиентов – это и крупные компании, холдинги, и предприятия среднего и малого бизнеса. Доля корпоративных программ в портфеле страховых компаний, занимающихся ДМС, составляет до 90%. Расширение сектора частных лиц должно производиться крайне аккуратно, так как сопряжено с высокими рисками и убыточностью для страховой компании. В качестве географических координат, а точнее

целевых рынков, в работе рассматривается рынок Санкт-Петербурга, что связано с относительно высоким уровнем страховой культуры и платежеспособным спросом (по сравнению с другими регионами). Целесообразность работы на рынке Петербурга обусловлена влиянием четырех координат: размер рынка и темпы роста, степень проявления конкурентного преимущества, ценность с точки зрения дальнейшего роста и стоимость выхода на рынок. Координата товаров и услуг должна учитывать возможную гибкость программ относительно конкурентов, что обеспечивается как за счет аутсорсинга, так и за счет собственных мощностей.

На третьем этапе построения стратегии происходит установление целей. Конечной целью добровольного медицинского страхования, как вида коммерческой деятельности, является получение прибыли при соблюдении интересов застрахованных, то есть обеспечение максимизации как экономической, так и общественной полезности. При этом максимизация прибыли осуществляется не в краткосрочной перспективе (например, увеличение страхового портфеля с применением демпинга), а с учетом перспективной деятельности – путем предоставления качественной помощи застрахованным, и увеличения прибыли за счет пролонгации текущих договоров, заключения новых. Оценка деятельности бизнес-единицы включает в себя не только ожидаемые доходы, но и социальную ценность. Понятие «социальная ценность» с одной стороны, категория финансовая, связанная с экономией средств, вызванной уменьшением количества обращений и госпитализаций. С другой стороны, это социальный эффект, выражающийся в улучшении показателей здоровья.

После изучения возможных способов построения стратегии следует перейти к рассмотрению факторов, влияющих на ее жизнеспособность. По всем факторам необходимо провести ранжирование и разделить их на основные и второстепенные, то есть те которые кардинально влияют на поставленную цель или влияние которых незначительно. По результатам определения наиболее значи-

Экономические особенности медицинского обеспечения	Элемент стратегии
1	2
Наличие положительных внешних эффектов	Проведение профилактических мероприятий (например, вакцинация от гриппа, проведение флюорографических исследований и др.) снижает риск заболеваемости в коллективе – сокращаются расходы по обслуживанию договора.
Информационная асимметрия	Создание единой информационной базы о застрахованных в пределах пулов страховщиков. Открытость этих сведений для страховых компаний. На базе собственных медицинских центров проведение экспресс диагностики состояния здоровья застрахованных, что будет полезно как страховщику, так и застрахованному. Разъяснение политики страховой компании для застрахованных в части наполняемости программ, нестраховых событий, поведения в конфликтных ситуациях. Для оптимизации убыточности по договору четкое отслеживание событий, имевших место до момента заключения договора
Нерегулярность и непредсказуемость возникновения спроса	Имея данные предварительной диагностики, можно более рационально делать предложения для клиентов, исключая риски, по которым могут быть большие расходы.
Неблагоприятный отбор	Данный критерий соответствует основному принципу страхования – распределение риска среди застрахованных. Вероятность возникновения страхового события учитывается при расчете страхового тарифа. Обязательное введение лимитов по программам и повышающих коэффициентов для представителей групп риска (по возрасту, по хроническим заболеваниям).
Оппортунистическое поведение	Тщательная экспертиза счетов и предоставляемых услуг, возможность обращения застрахованных только через медицинскую диспетчерскую или в соответствии со списком разрешенных страховой компанией мероприятий.

Рисунок 3. Рекомендации по построению стратегии с учетом экономических особенностей страхования

мых расхождений между существующими и плановыми показателями предлагаются рекомендации.

Стратегия бизнес-единицы основывается на трех составляющих: клиенты – потребители медицинских услуг; ресурсная база – медицинские учреждения, внутренняя инфраструктура страховой компании, позволяющие обеспечивать обязательства по договору; общеэкономические условия – бизнес-среда. В приведенном ниже рис. 2. обобщены все базовые показатели и параметры их оценки. Каждый блок характеризуется набором индикаторов, подбор которых применим к страховой компании, работающей на рынке ДМС.

Для успешной адаптации к условиям рынка стратегия должна учитывать экономические особенности рынка медицинских услуг. Экономические особенности здравоохранения влияют как на качество оказываемых услуг, так и на рентабельность страховых операций. На

рисунке 3 приведены возможные элементы стратегии, которые следует учитывать при разработке комплекса мероприятий.

Элементы стратегии с учетом региональных особенностей представлены на рисунке 4. Некоторые из них имеют положительное, а некоторые отрицательное воздействие на развитие рынка.

По результатам проведенного интервьюирования представителей страховых компаний и анкетирования независимых респондентов, углубленного изучения и анализа способов и условий реализации стратегии, следует перейти к ее практической реализации.

Можно проследить пять основных направлений внедрения стратегии.

На первом этапе необходимо наладить длительные партнерские отношения с лечебно-профилактическими учреждениями. Страховая компания должна заключить контракты с медицинскими учреждениями разного уровня

– от недорогих (с хорошими специалистами, но со стандартными условиями пребывания пациента) до элитных медицинских центров. Для обслуживания по базовым программам и предложения первичной помощи страховой компании целесообразно либо открыть свой медицинский центр, либо иметь собственных специалистов на базе ведущих центров города. В то же время должна предусматриваться возможность, в случае необходимости, консультировать пациентов в иных коммерческих центрах требуемого профиля. Для решения проблемы недостатка мест в стационарах целесообразно открытие собственного стационарного отделения на базе лечебных учреждений. Даже небольшое количество таких мест позволит гарантировать размещение застрахованных в экстренных случаях. Налаживание партнерских отношений должно строиться на четком соблюдении принятых обязательств. С одной стороны, это означает оказание услуг по согласованному перечню и прейскуранту. С другой стороны, это система предоплаты и своевременная оплата по выставленным счетам.

На втором этапе необходимо создание и развитие службы собственного медицинского сервиса. Начать следует с экспертной службы. На врачей-экспертов ложится вся нагрузка по проверке счетов и качества лечения. При этом должна быть налажена контрактация с медицинскими центрами, так как именно врачи экспертной службы заключают договоры с ЛПУ и производят их оплату. В обязанности экспертов входит регулирование дисбаланса цен между программами страхования и стоимостью услуг, так как они не находятся в прямой зависимости. В задачи экспертной службы входит изучение рынка и выбор качественных поставщиков. Объединение медицинских учреждений по качественной и сервисной составляющим позволит сократить издержки медицинского обеспечения.

Помимо службы экспертов, требуется создать собственную диспетчерскую службу. Диспетчерская служба должна оперативно реагировать на обращение клиентов, то

Отличительная характеристика рынка	Элемент стратегии
1	2
Свободный выбор медицинских баз	Взаимодействие с учреждениями, хорошо зарекомендовавшими себя в сфере обслуживания, позволяющими проводить экспертизу качества и оплат. Оптимизация перечня медицинских центров при условии обеспечения полного спектра услуг по региональному принципу.
Наличие собственных медицинских центров	Обеспечение первичной диагностики на базе собственного медицинского центра с возможностью продолжения обслуживания в специализированных центрах. Разработка базовых (недорогих) программ, рассчитанных на обслуживание в подобных центрах.
Создание пулов ЛПУ по программам	Объединения обеспечивают комплексное лечение по всем возможным страховым событиям. Пулы должны подразделяться по ценовой и сервисной составляющим, но не по качеству и комплексу услуг. Целеобразно включение медицинских учреждений по разным профилям и расположенных в разных частях города.
Страховым компаниям по результатам работы медицинские учреждения предоставляют скидки.	Направление основных потоков клиентов в зарекомендовавшие себя наилучшим образом лечебные учреждения. Инвестирование в развитие материальной базы лечебных учреждений, что подразумевает открытие палат повышенной комфортности, отделений, высокий уровень подготовки персонала.
Лечебные учреждения заинтересованы в сотрудничестве со страховыми компаниями, так как это дополнительная реклама	Страховые компании обеспечивают дополнительный поток клиентов, контролируют объем и качество услуг клиник, формируют потребности клиентов, продвигают услуги клиник через своих агентов. Поощрение лечебными учреждениями постоянных клиентов. Предоставление дополнительных бонусов страховым компаниям за привлечение клиентов.
Все обращения через диспетчерскую службу	Предоставление в лечебные учреждения базового списка услуг, которые не требуют подтверждения. Возможность ознакомиться со списком застрахованному. Присутствие координатора от страховой компании в наиболее крупных медицинских центрах.
Гибкость программ страхования	Дополнение программ наиболее востребованными на рынке услугами (мануальная терапия, иглорефлексотерапия, лабораторные анализы и др.). По нестраховым событиям возможность проведения первичных обследований, анализов.
Тенденция слияния страховых компаний	Дееспособные компании остаются на рынке, более слабые исчезают. Усиление их влияние на страховую культуру населения и рынок медицинских услуг.
Менеджерское сопровождение договоров	Закрепление за договором конкретного менеджера. Постоянная связь с клиентом, помощь в получении необходимых медицинских услуг.
Грамотная ценовая политика	Отказ ведущими компаниями от политики демпинга для сохранения репутации на рынке.
Тенденция создания собственных медицинских центров	Использование мощностей собственных центров для обслуживания по программам средней ценовой категории, предоставление первичной помощи.
Появление практики заключения фьючерсных контрактов	Развитие практики заключения фьючерсных и форвардных договоров на услуги элитных медицинских учреждений. Это способствует фиксации цены на услуги дорогих медицинских центров для страховой компании, следовательно, для застрахованного, и гарантию занятости для лечебного центра в будущем.
Дисбаланс в изменении цен между лечебными учреждениями и страховыми компаниями.	Урегулирование ценовой политики лечебных учреждений путем переговоров. Сокращение контрактов или потоков застрахованных в лечебные учреждения, занимающихся необоснованным завышением цен.
Большое число медицинских учреждений и сложность выбора	Объединение ЛПУ, с которыми заключены договора в пулы по ценовой и сервисной составляющим. Активизация консультационной деятельности диспетчеров и менеджеров страховых компаний.
Отсутствие стандартов качества	взаимодействие представителей страховых компаний и медицинских учреждений по выработке единых стандартов качества. Заимствование иностранного опыта по стандартизации услуг.
Низкая рентабельность	Отслеживание предполагаемой убыточности по договорам. Проведение жесткой политики в отношении нерентабельных договоров.

Рисунок 4. Рекомендации по построению стратегии с учетом региональных особенностей

есть в ней должны работать опытные врачи. Важнейшим условием является создание службы личных врачей. При принятии решений о необходимом лечении введение во все программы услуг личного или офисного врача будет способствовать оптимизации стоимости услуг. Это позволит минимизировать количество обращений в специализированные центры.

На третьем этапе особое внимание надо уделить формированию программ, пользующихся спросом на рынке (от самых простых до полного комплекса медицинских услуг). Так самая простая программа должна включать экстренную помощь – это могут быть, как услуги скорой помощи и экстренного стационара, так и первичная помощь на базе собственного медицинского центра. Программы должны быть гибкими, то есть базовый элемент может быть дополнен различными дополнительными услугами. В целях снижения транзакционных издержек следует перейти к унификации стоимости услуг – то есть от начисления оплаты за каждый элемент процедуры к ее комплексной стоимости. Между страховой компанией и медицинским учреждением должны быть установлены фиксированные стандарты и перечень услуг, входящих в ту или иную медицинскую манипуляцию. Вариации возможны, но только в виде исключения.

Разработка программ должна включать в себя определение перечня нестраховых событий и лимита страховой суммы либо его отсутствия. К нестраховым событиям следует отнести мероприятия, финансируемые из средств федерального бюджета, то есть те заболевания, затратность лечения которых значительно влияет на прибыль страховой компании. Страховая сумма по программам должна быть без ограничения, что позволит снизить расходы компании по отслеживанию перерасхода средств.

При разработке программ надо учитывать ценовые факторы, как то стоимость программ и возможность предоставления скидок при пролонгации договора. Стоимость программ должна быть адекватна качеству предоставляемых услуг и наполняемости программы.

Перерасход средств относительно стоимости программы при обращении в базовые лечебные учреждения (в собственные медицинские части предприятий, в ЛПУ, отнесенные к самой дешевой категории)	Отказ от свободного выбора медицинских баз по программам низкой ценовой категории. Прикрепление застрахованных к подобным базам. Разделение убыточности между страховой компанией и медицинским учреждением – обслуживание по дешевым программам осуществляется путем прикрепления, за это страховая компания гарантирует направление потока клиентов по программам со свободным выбором.
Недостаточно развито страхование малых коллективов и семейное страхование.	Изучение возможной убыточности по этим видам, разработка специальных программ. Использование опыта иностранных страховщиков для увеличения собираемых страховых премий и снижения возможной убыточности.

Рисунок 4. Рекомендации по построению стратегии с учетом региональных особенностей (продолжение)

Четвертый этап предполагает продвижение бренда компании на рынке. Это включает в себя распространение положительной информации и мнений клиентов о деятельности страховой компании, наличие рекламы в специализированных медицинских центрах и средствах массовой информации, осуществление спонсорской деятельности в рамках рекламных акций. Информация о положительной деятельности страховой компании должна быть доступной как для специалистов рынка, так и для потенциальных клиентов. Вследствие жесткой конкуренции на рынке услуг именно информированность пациентов и общественный рейтинг компании

являются определяющими.

Пятый этап подразумевает развитие системы продаж и текущее обслуживание договоров. Продажи могут осуществляться через агентскую сеть и собственные отделы продаж страховой компании. Привлечение клиентов происходит через агентскую сеть, так как она обеспечивает непосредственное общение и доверительные отношения с клиентом. Специфика работы агента обусловлена сложностью продукта, отсутствием сформированных потребностей в ДМС, тем, что ДМС не воспринимается как продукт первой необходимости. Далее подключаются специализированные службы страховой компа-

нии, которые смогут объяснить клиенту все детали программы. Менеджерское сопровождение обязательно по всем договорам – помимо медицинских вопросов, могут возникать вопросы по обслуживанию, по изменениям в программах, по целесообразности обращения в медицинское учреждение.

К второстепенным факторам следует отнести: качество обслуживания при заключении договора, то есть вежливость персонала страховой компании, компетентность, ответственность, желание помочь в выборе необходимой услуги; наличие в медицинских учреждениях рекламных буклетов с полной и достоверной информацией о видах страхования и о компании; получение юридической консультации у специалистов компании.

Основные этапы внедрения стратегии представлены на рисунке 5.

Каждое из этих направлений подразумевает выполнение комплекса мероприятий (см. рис.6).

В ситуации финансового кризиса деятельность страховой компании может подвергаться дополнительным рискам. В связи со снижением собираемых премий можно прогнозировать рост убыточности по договорам. При снижении доходности

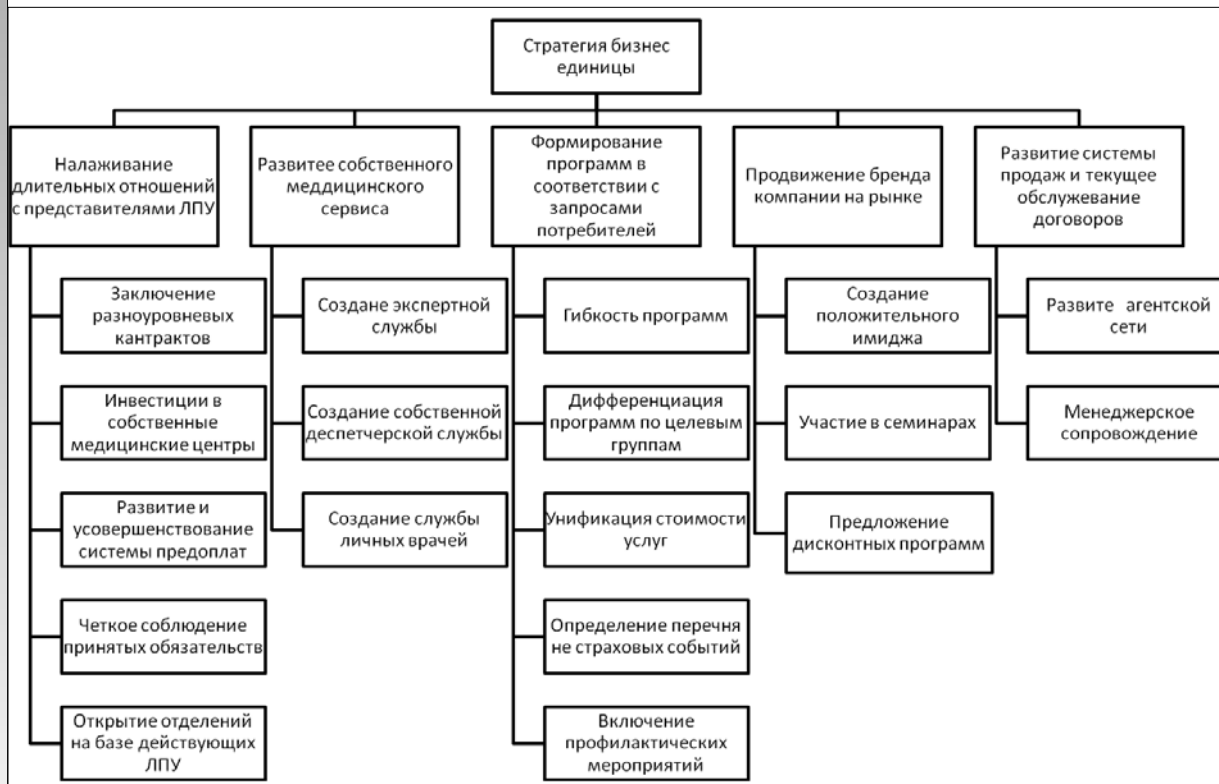


Рисунок 5. Основные этапы реализации стратегии



Рисунок 5. Мероприятия, направленные на осуществление конкурентной стратегии

на рынке ценных бумаг, снижается прибыль от инвестиций страховой компании. Большая часть резервов вложена в банковские вклады, а при снижении доходности по этим инструментам, страховые компании несут убытки. Деятельность страховых компаний зависит от функционирования западных перестраховщиков.

По результатам проведенных интервью с представителями ведущих страховых компаний и опроса независимых респондентов предложен комплекс мероприятий, который должен учитываться при разработке стратегии в условиях финансового спада:

- жесткий контроль над расходами с целью оптимизации резервов для своевременного выполнения обязательств по договорам;
- банкротство мелких компаний и приток клиентов к крупным страховщикам. Крупные страховщики должны проводить мониторинг клиентской базы и разъяснительные и рекламные акции для ее расширения;
- составление гибкого бюджета, допускающего скользящие планы и лимиты оплаты медицинских услуг;
- использование атакующей стратегии по завоеванию рынка;
- сокращение административных

расходов путем оптимизации структур отделов;

- создание бюджета развития для привлечения перспективных агентов, работающих с крупными компаниями;
- размещение финансовых активов в перспективные инструменты путем анализа фондового рынка (например, валютные депозиты и долгосрочные активы);
- вывод активов из коммерческих банков и перевод их в банки с государственным или иностранным участием;
- развитие собственной агентской сети, чтобы минимизировать зависимость от страховых брокеров;
- удержание клиентов путем пролонгации договоров наряду с заключением новых. Надо учитывать необходимость «индексации» стоимости программ в зависимости от инфляции.

Инструментами решения этих проблем в структуре ДМС могут служить:

- упрощение или понижение программ (снижение уровня, категории программы; сокращение перечня услуг и ЛПУ). Как вариант упрощения программы может рассматриваться отказ от плановой госпитализации или стоматологии. Возможно включение в программу определен-

ного числа обезличенных госпитализаций на коллектив.

- возможность пропорционального финансирования программ страхователем и застрахованным. Активная загрузка мощностей собственных медицинских центров (возможно прикрепление к медицинским центрам);
- мероприятия по замедлению темпов роста цен со стороны медицинских учреждений. С одной стороны, медицинские учреждения-монополисты могут отказаться от сохранения тарифов. С другой стороны, страховые компании могут воздействовать через регулирование потоков пациентов и своевременность оплаты. Вариантом решения являются сложившиеся и налаженные отношения с медицинскими учреждениями;
- мониторинг причин, по которым клиенты отказываются продолжать сотрудничество с компанией. Своевременное разрешение конфликтных ситуаций с целью удержания старых клиентов и привлечения новых;
- взаимодействие с представителями финансовых структур с целью расширения клиентской базы;
- введение гибкой системы оплаты – разделение платежей на квартальные, полугодовые без индексации (увеличения общей стоимости

договора).

Таким образом, предлагаемые пути решения проблем в системе добровольного медицинского страхования основываются на всестороннем анализе рынка медицинских услуг, устранения псевдоконфликтных ситуаций в работе с клиентами, стимулирование в привлечении новых клиентов, введение более гибких схем оплаты услуг, активная адресная рекламная и имиджевая политика компании, предоставление пакета страховых услуг с учетом кризисных тенденций в состоянии современной экономики.

Использованные источники:

1. Ансофф И. Новая корпоративная стратегия / Пер.с англ. СПб.: Наука, 1991. 239 с.
2. Баранов И.Н. Поведение населения на рынке медицинских услуг и перспективы развития страховой медицины в Санкт-Петербурге // Вестник СПбГУ. Серия 8 «Менеджмент». 2004. № 1. С. 65-86.
3. Виханский О.С. , Наумов А.И. Менеджмент. М.: Экономистъ, 2008. 669 с.
4. Виханский О.С. Стратегическое управление. М.: Гардарики, 1998. 296 с.
5. Гупта А. Стратегия бизнес-

единицы: стремление к достижению конкурентного преимущества. В кн.: Курс MBA по стратегическому менеджменту / Под ред. Фэй Л. , Рэнделл Р. М.: Альпина Бизнес Букс , 2006. С.106-139.

6. Дафт Р.Л. Менеджмент. СПб.: Питер, 2003. 832 с.

7. Друкер П.Ф. Практика менеджмента / Пер. с англ. М.: Вильямс, 2001. 398 с.

8. Ле-Гран Дж. Конкуренция и регулирование в системе здравоохранения. В кн.: Материалы международной конференции, Ярославль, 7-8 декабря 2000г. ред. Л.Н. Шолпо. М.: Фотаки. стр.57-70

9. Портер М. Конкуренция / Пер. с англ. М.: Вильямс, 2006. 602 с.

10. Портер М. Конкурентное преимущество: Как достичь высокого результата и обеспечить его устойчивость. М.: Альпина Бизнес Букс , 2008. 715 с.

11. Скляр Т.М. Экономика и управление здравоохранением. СПб: Издательский дом СПбГУ, 2004. 180 с.

12. Karami A. CEOs and Development of the Meaningful Mission Statement // International Journal of Corporate Governance. 2002. Vol.2, N 3. P. 13-20.

13. Mintzberg H. et al. The Strategy

Process: Concepts Contexts Cases. UK.: Prentice Hall, 2002. 1000 p.

14. Porter M. E. Competitive Strategy: Techniques Analyzing Industries and Competition. N.Y.: Free Press, 1980 . 396 p.

15. Porter M. E. How Competition Forces Shape Strategy // Harvard Business Review. 1979. Vol. 57. № 2. 86 p.

16. Porter M.E., Teisberg E. Redefining Health Care. Boston: Harvard business school press, 2006. 506 p.

17. Schendel D., Hofer C W. Strategy Formulation: Analytical Concept. N.Y.: West Publishing Company, 1978. 630 p.

18. Segal-Horn S. The Strategy Reader. Oxford: Blackwell Publishers Ltd, 1998. 544 p.

19. Zwanziger J., Melnick G. A. et al. Costs and Price Competition in California Hospitals, 1980-1990 // Health Affairs. 1994. N 4. P. 118-126.

20. Zweifel, P. Bonus systems in health insurance: a microeconomic analysis // Health Policy.1987. N 7. P. 273-288.

А знаете ли Вы, что...

...обоснованно различают понятия «проведение экспертизы» и «производство экспертизы», включая в проведение экспертизы ее назначение и производство.

А знаете ли Вы, что...

...под относимостью доказательства понимают его связь с предметом доказывания. Относимость характеризует доказательство с точки зрения его содержания.

А знаете ли Вы, что...

...под относимостью доказательства понимают его связь с предметом доказывания. Относимость характеризует доказательство с точки зрения его содержания. Требование к содержанию сводится к тому, что оно должно нести характеристики (быть информационным эквивалентом) объекта познания. Относящимися к делу признается лишь то доказательство, которое прямо или косвенно подтверждает какие-либо из обстоятельств, подлежащих доказыванию по делу.

Договор – если это возмездные отношения – ограничивается только рамками взаимных (встречных) обязательств, о которых стороны условились при его заключении. Именно пределами этих обязательств определяются отношения между сторонами.

Иное дело в медицине. С одной стороны, последовательность, этапность оказания медицинской помощи не ограничивается отдельной медицинской услугой – это процесс со своими, определяемыми медицинской профессией, правилами под действием многофакторных влияний. Лечебно-диагностический процесс не укладывается в рамки единой медицинской услуги – в ходе его осуществления могут оказываться многочисленные и многообразные медицинские услуги. Но могут и не оказываться, не будучи оплачены. Как экономическая категория медицинские услуги подлежат оплате независимо от того, кто ее производит – сам пациент или третье лицо в его пользу. Как категория профессиональной деятельности медицинская помощь представляет собой обусловленную потребностями здоровья пациента совокупность действий, которые в соответствии с правилами медицины не могут не быть совершены, поскольку в противном случае их неполнота оборачивается вредом для здоровья пациента. И, конечно, экономические потребности и потребности здоровья не находятся в зависимости: нельзя себе представить, что поскольку оплата медицинской услуги произведена не в соответствующем размере, хирург, например, оставит не ушитым разрез после полостной операции.

С другой стороны, пациент нередко руководствуется завышенными ожиданиями от той медицинской услуги, которая их удовлетворить не в состоянии. Например, женщина перенесла выскабливание матки по поводу предполагаемой маточной беременности, а оказалось, что вскоре прервалась трубная беременность – и пациентка выдвигает требования не в связи с оплаченной и оказанной медицинской услугой

ПРЕДЕЛЫ ДОГОВОРНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Показано, что специфика медицинских услуг влияет на границу договорных и деликтных обязательств

Ключевые слова: медицинская услуга, договорные обязательства, деликтные обязательства

(в объеме выскабливания матки), а в связи с неудовлетворенными ожиданиями (устранения беременности вообще).

Заблуждение пациента в объекте предоставления может быть добросовестным и недобросовестным. Однако если возникнет спор, недобросовестность заблуждения пациента медицинской организации в суде придется доказывать: в случаях, когда закон ставит защиту гражданских прав в зависимость от того, осуществлялись ли эти права разумно и добросовестно, разумность действий и добросовестность участников гражданских правоотношений предполагаются (п.3 ст.10 ГК РФ). Голословные же обвинения

пациента со стороны медицинских организаций в недобросовестности – на практике встречающиеся почти всегда – являются попыткой выхода за пределы осуществления гражданских прав: уже медицинская организация проявляет недобросовестность по отношению к пациенту в стремлении его опорочить.

Но, как известно, право одного заканчивается там, где начинается право другого – осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц (п.3 ст.17 Конституции РФ). Каждый может добросовестно заблуждаться насчет границ своего права и права другого, от чего, однако, эти границы не меняются,

и неведение не освобождает от ответственности за их нарушение. Поэтому добросовестность распространяется на осуществление прав в их пределах, но не на нарушение прав за их границами.

Добросовестность означает субъективное состояние лица при совершении юридических актов, его неосведомленность об обстоятельствах, опорочивающих внешнюю или внутреннюю правомерность акта и могущих заставить честного в

допустимых правом¹. Разумность – это, в конечном счете, осведомленная рациональность и целесообразная информированность в существе фактических обстоятельств в рамках, предусмотренных законом.

В медицине, однако, в силу асимметрии информации получатель медицинских услуг всегда находится в положении более слабым, чем их исполнитель: никогда не бывает так, что первый сведущ в медицине настолько же, как и второй.

В медицине, однако, в силу асимметрии информации получатель медицинских услуг всегда находится в положении более слабым, чем их исполнитель: никогда не бывает так, что первый сведущ в медицине настолько же, как и второй.

юридическом смысле человека отказаться от его совершения, несмотря на отсутствие формальных к тому препятствий.

Что касается разумности действий при осуществлении своих прав, то это – вопрос отсутствия заблуждения относительно прав других лиц и обязанностей – своих и чужих. Нельзя признать разумным нарушение абсолютного (законодательного) или относительного (например, договорного) запрета. Нельзя признать разумным распространение своих требований (притязаний) за пределы абсолютных (законодательных) и относительных (договорных) дозволений, да и просто здравого смысла.

Разумность – это присущая каждому человеку познавательная способность систематизировать имеющиеся знания о вещах и явлениях, обнаруживать связь последних и действовать целесообразно этой связи. Будучи закрепленной в тексте закона, разумность обретает правовую специфику. Действовать разумно – значит действовать правомерно. Критерием разумности является целесообразность. Разумным является такое поведение субъекта, которое не просто расценивается им самим как разумное – как соответствующее его личной цели, но объективно является разумным, т. е. направлено на достижение целей,

Соответственно, добросовестное заблуждение в медицине для пациента является естественным. Логичнее предположить, что пациент превосходит медицинскую сторону в знании права, чем медицины.

Если же между ними возникают споры, то разрешаются они не на поле медицинских познаний, а на поле юридических установлений. Обязательность юридических познаний для медицинской стороны, казалось бы, очевидна. На практике вместо этого наблюдаются тщетные попытки медицинских организаций в суде действовать на медицинском поле с безразличием к праву и с полнейшей юридической неосведомленностью. Они и предпринимают попытки обвиновать пациента на медицинском поле вместо того, чтобы продемонстрировать юридическую состоятельность своей позиции.

Возможны варианты, когда медицинская организация в качестве ответчика в такой попытке ущемить интересы пациента в качестве истца пользуется своим правом и действует в его пределах, либо действует, не имея на то право, или выходя за пределы своего права. В первом случае речь идет о т.н. шикане²,

1 Виниченко Ю.В. Разумность в гражданском праве Российской Федерации: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - Иркутск, 2003.

2 Во Франции признается недопустимой диффамация, под которой понимается распространение сведений, порочащих честь, достоинство или деловую репутацию физического или юри-

которая запрещена – не допускаются действия, осуществляемые исключительно с намерением причинить вред другому лицу, а также злоупотребление правом в иных формах (п.1 ст.10 ГК РФ); во втором случае шиканы нет, несмотря на то, что медицинской организацией преследуется цель ущемления интересов пациента – это правонарушение, состав которого определяется конкретикой характера и размера посягательства и последствий. Пациент может вчинить дополнительный иск и требовать привлечения медицинской организации как управомоченного лица к ответственности (на истце лежит бремя доказывания, что у ответчика не было иного интереса, кроме как причинения ему вреда). Действуя в пределах или вне пределов своего права в ущерб интересам пациента, медицинская организация рискует наступлением неблагоприятных для себя последствий больше, чем приобретает сомнительные от этого бенефиции.

Если медицинская неосведомленность не препятствует пациенту отстаивать свои права, то медицинским организациям юридическая неосведомленность существенно мешает. В правовой процедуре возникает значимый дисбаланс позиций сторон: неосведомленный в медицине истец оказывается сильнее юридически неосведомленного ответчика.

Если добросовестность – это неосведомленность об обстоятельствах, опорочивающих правомерность акта поведения, то разумность – это целесообразная осведомленность в существе фактических обстоятельств в рамках, допущенных правом. Осведомленность в медицине не заменяет осведомленность в праве. Неосведомленность медицинских организаций в пороках правомерности своего поведения в отношении пациента не заменяет

дического лица, причем как ложных, так и соответствующих действительности. Таким образом, можно привлечь к гражданско-правовой ответственности лицо, использующее свое право говорить правду только для того, чтобы навредить другому. Французской судебной практикой признается недопустимой и т.н. процессуальная шикана. В Великобритании шикана не только запрещается, но и является основанием для привлечения лица к ответственности. Яценко Т.С. Шикана как правовая категория в гражданском праве: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – Ростов-на-Дону, 2001, С-16-17.

обвинение его в пороках разумности поведения в силу медицинской неосведомленности. Осведомленность в медицине вне рамок, допущенных правом, не позволяет признать поведение медицинских организаций разумным, в то время как неосведомленность пациента в медицине в рамках, допущенных правом, не позволяет признать его поведение неразумным.

Для того и существуют пределы осуществления гражданских прав, что в них укладываются любые варианты добросовестного и разумного поведения правообладателей, и любые фактические девиации вовне этих пределов получают квалификацию правонарушений. Можно заблуждаться в пределах своих прав, не посягая на права других. Можно заблуждаться в пороках правомерности своего поведения, не подвергая деятельному сомнению правомерность поведения других. Выход же за пределы своих прав всегда обязывает к ответственности за нарушение прав других.

Обязательства сторон договора складываются в пределах осуществления ими гражданских прав. Имея каждая совокупность своих прав и обязанностей независимо от договора, стороны договором устанавливают отношения и определяют свои права и обязанности, необходимые для осуществления именно этих отношений. Эту дополнительную совокупность прав и обязанностей для договора соответствующего вида в модельном варианте предусматривает закон, обычно в качестве существенных условий договора.

Существенными являются условия: о предмете договора; прямо указанные в законе или иных правовых актах как существенные или необходимые для договоров данного вида; относительно которых по заявлению одной из сторон должно быть достигнуто соглашение (п.1 ст.432 ГК РФ). Иными словами, модельную законодательную совокупность прав и обязанностей по договору расширяет инициатива сторон. Подобная инициатива также может выходить за пределы осуществления гражданских прав – например, более сильная сторона договора (медицинская организа-

ция) вносит в договор условия, явно обременительные для более слабой стороны (пациента).

Это тем более возможно, что медицинские организации обычно не затрудняют себя раскрытием предмета договора на оказание конкретной медицинской услуги и прочих существенных для конкретных правоотношений условий, зато свободно устанавливают обременительные для пациента обязанности, круг которых весьма широк и императивен.

Поскольку права и обязанности в договоре являются корреспондирующими, каждому своему праву одной стороны соответствует обязанность другой стороны, и каждому своему праву соответствует своя обязанность. Возникновению соответствующего права или обязанности должны быть правовые основания, а нарушение того и/или другого должно влечь предусмотренные законом санкции.

Если пациент в чем-то обязывается в договоре перед медицинской организацией, то этому должно корреспондировать ее право на это, имеющее соответствующие основания, а нарушение пациентом обязанности – и корреспондирующего права медицинской организации – должно иметь для него предусмотренные законом неблагоприятные последствия на соответствующем договорном основании.

ном последствиями и пр.

Кроме того, договор между медицинской организацией и пациентом заключается обычно не в согласительной процедуре, а в процедуре присоединения. Договором присоединения признается договор, условия которого определены одной из сторон в формулярах или иных стандартных формах и могли быть приняты другой стороной не иначе как путем присоединения к предложенному договору в целом (п.1 ст.428 ГК РФ).

Формуляр договора составляется медицинской организацией, обычно не на оказание конкретной медицинской услуги, и даже не на оказание требующейся конкретному пациенту их совокупности, а на некую отвлеченную абстракцию, именуемую медицинскими услугами, с обещанием их конкретизации в будущем, по ходу исполнения обязательств по договору. Такой договор представляет собой не сделку, а общую схему медико-технологического процесса будущего времени: сначала диагностика, потом лечение, но чего и как, какая роль самого пациента и какие последствия для здоровья все это влечет – неизвестно. Иными словами, заключается договор, предмет и остальные существенные для пациента условия которого обозначены с медицинской, но не определены с юридической точки зрения.

Обязательства сторон договора складываются в пределах осуществления ими гражданских прав.

В этом, однако, на практике не преуспевает ни один договор медицинской организации с пациентом. Например, устанавливается условие запрета нарушения лечебно-охранительного режима (или его соблюдения, либо в иной формулировке), однако не раскрывается, в чем состоит нарушение, какого предусмотренного законом права медицинской организации, какие санкции это влечет, в какой процедуре, с какими допустимыми зако-

Практически у любого пациента, поэтому, появляется возможность воспользоваться средствами, предоставляемыми действующим законодательством. Присоединившаяся к договору сторона (пациент) вправе потребовать расторжения или изменения договора, если договор присоединения хотя и не противоречит закону и иным правовым актам, но лишает эту сторону прав, обычно предоставляемых по договорам такого вида, исключая

ет или ограничивает ответственность другой стороны за нарушение обязательств либо содержит другие явно обременительные для присоединившейся стороны условия, которые она исходя из своих разумно понимаемых интересов не приняла бы при наличии у нее возможности участвовать в определении условий договора (п.2 ст.428 ГК РФ). Законодательство о защите прав потребителей содержит еще больший круг таких возможностей.

работу, уплатить деньги и т.п.) либо воздержаться от определенного действия, а кредитор имеет право требовать от должника исполнения его обязанности (п.1 ст.307 ГК РФ). Содержание обязательства обычно выражается в праве одного лица на действия другого. При этом и права и обязанности облекаются в строго определенную форму: первые выступают в виде требований, вторые – в виде долга.

Обязательства возникают из

закрепленных Конституцией РФ обязанностей, возлагаемых или на всех лиц, пребывающих на территории Федерации, или только на граждан РФ. Конституционные обязанности являются элементом правового статуса человека и гражданина, носят всеобщий характер, их осуществление необходимо для поддержания конституционного правопорядка и надлежащего режима конституционной законности.

Обязанности – это, в конечном счете, ограничения свобод. Чтобы обладатель права мог его реализовать, определенный или неопределенный круг других лиц должен воздерживаться от нарушения этого права. Круг таких обязанных ограничивается в свободе осуществлять свое поведение по своему усмотрению, чтобы не нарушать права их обладателей.

Конституция РФ установила, что свободы (т.е. возможность проявления субъектом своей воли, его способность действовать в соответствии со своими интересами и целями, опираясь на познание объективной необходимости), как и права, человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства⁴ (п.3 ст.55), притом что в Российской Федерации не должны издаваться законы, отменяющие или умаляющие свободы (и права) человека и гражданина (п.2 ст.55), а перечисление в Конституции РФ основных свобод (и прав) не должно толковаться как отрицание или умаление других общепризнанных прав и свобод человека и гражда-

Пределы договорных обязательств исполнителя и заказчика медицинских услуг формируются в пределах осуществления их гражданских прав.

Иными словами, пациенту достаточно заключить договор, после чего требовать последовательных его изменений, отказ во внесении которых обжаловать в суде, и на этом основании формулировать иск уже о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг вследствие недостатка информации (ст.1095 ГК РФ), поскольку любая медицинская помощь, оказываемая за пределами его волеизъявления, является противоправным посягательством с вредообразующими последствиями.

Таким образом, пределы договорных обязательств исполнителя и заказчика медицинских услуг формируются в пределах осуществления их гражданских прав.

Пределы договорных обязательств сторон в связи с оказанием медицинских услуг в наиболее общем виде требуют установления границ гражданских обязательств и обязанностей, обычных и рискованных договорных обязательств, договорных и внедоговорных обязательств.

1. Граница гражданских обязательств и обязанностей при оказании медицинских услуг.

Как известно, обязательство – это правоотношение, в силу которого одно лицо (должник) обязано совершить в пользу другого лица (кредитора) определенное действие (передать имущество, выполнить

договора, вследствие причинения вреда и из иных оснований, указанных в Гражданском кодексе (п.2 ст.307 ГК РФ), в том числе, из актов государственных органов и органов местного самоуправления, которые предусмотрены законом в качестве основания возникновения гражданских прав и обязанностей; из судебного решения, установившего гражданские права и обязанности, и др. оснований возникновения гражданских прав и обязанностей (п.1 ст.8 ГК РФ).

Иными словами, обязательства складываются не только в относительных и не только в гражданских правоотношениях, но возникают и из публично-правовых оснований – как обязанность.

Обязанность – это все, что кто-либо исполнять и соблюдать должен; это установленная законом норма, мера поведения участников правовых отношений, это правовое требование социально ожидаемого поведения, предъявляемое индивиду или группе.

Основные (конституционные) обязанности³ – это совокупность

³ Важнейшая конституционная обязанность – соблюдение Конституции и законов Российской Федерации (ч. 2 ст. 15). Она распространяется на всех граждан и лиц без гражданства, иностранных граждан, должностных лиц государства, на все органы государственной власти и органы местного самоуправления. Конституцией закреплены обязанности каждого платить законно установленные налоги и сборы (ст. 57), сохранять природу и окружающую среду, бережно относиться к природным богатствам (ст. 58), беречь памятники истории и культуры

(ч. 3 ст. 44). Конституция устанавливает обязанность родителей заботиться о детях, их воспитании (ч. 2 ст. 38), получении ими основного общего образования (ч. 4 ст. 43) и обязанность трудоспособных совершеннолетних детей заботиться о нетрудоспособных родителях (ч. 3 ст. 38). Конституция РФ объявляет защиту Отечества долгом и обязанностью гражданина РФ (ст. 59).

⁴ Гражданский кодекс сузил это определение до гражданских прав, которые могут быть ограничены на основании федерального закона и только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства (п.2 ст.1 ГК РФ).

нина (п.1 ст.55), т.е. перечень таких свобод не ограничен Конституцией РФ. Иными словами, свободы простираются до пределов установленных федеральным законом ограничений в виде обязанностей не нарушать права.

Содержание понятия обязанности шире содержания понятия обязательства. Обязательство – это частная разновидность обязанности. Обязательства складываются в гражданском обороте, обязанности исходят из сферы публичного права, в том числе, и в качестве обязательств.

Обязанности, исходящие из сферы публичного права, имеют понуждающий характер – их неисполнение влечет карательные санкции со стороны государства. Обязательства, складывающиеся в гражданском обороте, имеют долговой характер – их неисполнение влечет неблагоприятные имущественные последствия для должника, в том числе, в судебном порядке понуждения со стороны государства, если они не исполнены должником добровольно.

При оказании медицинских услуг обязательства возникают из договора и в связи с причинением вреда здоровью, в том числе, по решению суда.

Но, чтобы осуществлять медицинскую деятельность, государство установило ряд требований (регистрационных, лицензионно-разрешительных и пр.), порождающих гражданские обязанности.

Вопрос гражданских обязательств и обязанностей – это, в конечном счете, вопрос ответственности и определения обязанного.

Во взаимных договорных обязательствах исполнителя медицинских услуг и заказчика (плательщика и потребителя) субъект публичного права в своем публичном качестве не участвует. Соответственно, ценностные характеристики товара и ее оплаты – это вопрос усмотрения сторон договора, и только.

В своем публичном качестве субъект публичного права устанавливает общие требования к товарной продукции (медицинским услугам, в частности), если ее свойства несут в себе угрозу общественным интересам. Иными словами, не приобре-

тательский позитив, а негатив перспективных (и не вероятностных, а заведомых в будущем) потерь от приобретения товара потребителями имеет значение для субъекта публичного права в своем публичном качестве.

Если субъект публичного права выступает в этих отношениях как плательщик в пользу потребителя медицинских услуг, то – не в публичном, а в частноправовом качестве участника гражданских отношений. В этом случае он вправе предъявлять требования по соответствию товарных характеристик предоставления (медицинских услуг) величине оплаты, которую он произвел.

Отсюда вопрос качества и контроля качества медицинских услуг – не вопрос субъекта публичного права в своем публичном качестве. Если уж и вправе субъект публичного права контролировать качество медицинских услуг, то – лишь как плательщик по договору в пользу потребителей, т.е. как участник гражданских отношений. В своем публичном качестве субъекту публичного права надлежит установить общие требования к безопасности медицинских услуг.

Вместо этого на настоящий момент по инициативе отраслевого ведомства государство продвигает контроль качества медицинских услуг, выводом здравоохранения из-под действия законодательства о техни-

ательства перед третьими лицами (в частности, потребителями), то и ответственность по обязательствам субъект публичного права и хозяйствующий субъект должны нести солидарно. Например, если лицензионные требования и условия, соблюдение которых хозяйствующим субъектом-лицензиатом приводит к возникновению деликтных обязательств перед пациентом из причинения вреда здоровью, лицензиар должен привлекаться в суд в качестве соответчика. В этом смысле понятия обязательств и обязанностей сближаются в правовом значении.

Напротив, если лицензиат причинил вред здоровью пациента, отклонившись от предписанных обязанностей, ответственность вследствие возникновения внедоговорных обязательств перед пострадавшим он несет самостоятельно.

Вместе с тем необходимо различать нарушение таких обязанностей от причинения вреда здоровью пациента. Вред здоровью пациента возникает не вследствие нарушения предписанных обязанностей, а наряду с ним – вследствие противоправного посягательства. Из нарушения предписанных обязанностей вытекают последствия (административно-правовые или уголовные, т.е. публично-правовые) иные, чем из противоправного посягательства (гражданские, т.е. част-

При оказании медицинских услуг обязательства возникают из договора и в связи с причинением вреда здоровью, в том числе, по решению суда.

ческом регулировании самоустранившись от установления публичных требований к их безопасности.

Таким образом, вопрос гражданских обязательств и обязанностей в договорных отношениях по поводу медицинских услуг не решен государством для себя, чтобы быть решенным им для общества.

Если субъектом публичного права на хозяйствующий субъект возлагаются обязанности, прямо или косвенно результирующие в обя-

ноправовые).

Таким образом, граница гражданских обязательств и обязанностей при оказании медицинских услуг нуждается в таком понимании (государством и обществом) и формальной определенности, которая соответствует характеру правоотношений и вытекающих из них последствий.

2. Граница обычных и рискованных договорных обязательств при ока-

зании медицинских услуг.

Услуги складываются из соответствующих действий или деятельности (п.1 ст.779 ГК РФ). В отличие от работы (гл.37 ГК РФ) оплате подлежит не результат услуги, а собственно составляющие ее действия.

Применительно к медицинским услугам исполнитель обязуется осуществлять все необходимые и достаточные, нацеленные на пользу для получателя действия в рамках этих услуг (диагностировать, лечить

на патологию и на устраняющую ее интервенцию при медицинском пособии.

В той мере, в какой медицина является искусством возможно и наукой не всеобъемлюще-познанного, полностью управлять биологическими процессами в организме человека, как и делать однозначный прогноз не удается никому.

В этой связи, в-третьих, итог медицинской помощи в соста-

ется завышенных обязательств по обслуживанию (в части сервиса, ресурсов, при заблуждении – и бренда) и/или несоответствия условиям сделки при их исполнении (например, замена конкретного фактического исполнителя и т.д.).

Избыточность договорных обязательств применительно к медицинской помощи в составе медицинской услуги касается как излишка сугубо терминологичной информации о медицинских технологиях (при асимметрии информации это не более чем «информационный шум») в ущерб информации об отражении медицинской помощи на здоровье, подлежащей предоставлению в добровольном информированном согласии, так и завышенных обязательств, не исполнимых в действительности (например, излечения).

Равно недостаточные и избыточные договорные обязательства являются рисковыми для исполнителя медицинских услуг, позволяя заказчику (потребителю или плательщику в его пользу) налагать договорные санкции (например, пени), если они предусмотрены договором, и отказаться от исполнения договора (расторгнуть договор) с требованием возратить избыточно уплаченные средства.

Таким образом, граница обычных и рискованных договорных обязательств при оказании медицинских услуг разделяет те, которые являются необходимыми и достаточными, от тех, которые вместо взаимной пользы для сторон потенцируют для исполнителя потери по его же инициативе.

3. Граница договорных и внедоговорных обязательств при оказании медицинских услуг.

На что и до каких пор распространяются и могут распространяться условия договора о возмездном оказании медицинских услуг, имеет для сторон определяющее значение, поскольку польза и вред деятельности, имеющей своим объектом здоровье, не очевидны.

В той мере, в какой итоги медицинской услуги зависят от характера патологии и реактивности организма получателя в ответ на патологию и на устраняющую ее интервенцию,

Услуги складываются из соответствующих действий или деятельности. В отличие от работы оплате подлежит не результат услуги, а собственно составляющие ее действия.

и т.д.) без обещаний однозначного результата (излечения).

Бинарность медицинской услуги не позволяет рассчитывать на однозначность ее итога по ряду причин.

Во-первых, это – услуга, свойствами которой, наряду с прочими, являются неосязаемость и изменчивость. В силу неосязаемости услуги заказчику непросто удостовериться в той пользе, которая ею принесена, даже если способы и критерии верификации исчерпывающе определены в договоре. А поскольку услуга изменчива и составляющие ее действия в значительной степени зависят от состояния фактического исполнителя, единообразия на выходе ее производства добиться невозможно.

Кроме того, это – медицинская услуга. Ее юридический итог (завершение необходимых и достаточных для пользы здоровью пациента действий), как правило, не совпадает с фактическим итогом (наступлением собственно пользы, т.е. стабилизацией превышения блага над сопутствующими и предотвращенными утратами). Поэтому всегда можно подвергнуть сомнению соответствия как юридического и фактического итога, так и последнего – ожиданиям получателя-пациента.

Во-вторых, итоги медицинской услуги в значительной мере зависят от характера патологии и реактивности организма пациента в ответ

ве медицинских услуг подвержен влиянию многообразных условий, при которых благотворное влияние лечения и улучшение состояния здоровья становятся возможными и которые наличествуют не всегда, или непостоянно, или в зависимости от ряда известных и/или неизвестных факторов.

В таких обстоятельствах договорные обязательства могут как соответствовать, так и не соответствовать реалиям и быть как недостаточными, так и чрезмерными по сравнению с обычными.

Недостаточность договорных обязательств относится, конечно, к потребительской части медицинской услуги (на оказание медицинской помощи, подчиняющейся правилам медицины, недостаточность договорных обязательств едва ли может оказать влияние) и/или проявляется в том, что обслуживание (сервис) при ее оказании и не предусматривается сделкой на том уровне, который является общепринятым в обычной практике, и/или не соблюдается при исполнении обязательств.

Избыточность договорных обязательств обычно распространяется в равной мере на потребительскую часть медицинской услуги и на медицинскую помощь в ее составе.

Избыточность договорных обязательств в потребительской части медицинской услуги обычно каса-

медицинская помощь способна достигнуть лишь того, что доступно медицине на соответствующем этапе ее развития, но не всего того, что ожидает от нее получатель. Если исполнитель сосредоточен на несущей пользе корректности опасных для здоровья получателя действий, то получатель – на соотношении пользы и вреда для своего здоровья от этих действий в итоге оказания медицинской услуги.

Соответственно, объектом договора (двусторонней сделки) о возмездном оказании медицинских услуг являются действия к пользе и упреждающие вред для здоровья получателя, а объектом добровольного информированного согласия (односторонней сделки правообладателя) – само здоровье в меру изменений до и после получения медицинской помощи. Тем самым добровольное информированное согласие служит мерилем дозволенных правообладателем и законом последствий предпринятых по поводу здоровья действий, а являются они или не являются противоправным посягательством как причиной превышающих дозволенную меру последствий – решается в рамках договорных отношений как выход за пределы обязательств по сделке.

Следовательно, вместо перечисления технологий, составляющих медицинскую помощь, в договоре должны быть определены отклонения от этих технологий, позволяющие признать соответствующие действия противоправным посягательством как причину не дозволенных субъективно правообладателем и объективно законом последствий.

Бинарность медицинской услуги сказывается и на определении гра-

ницы договорных и внедоговорных обязательств.

Понятно, что соглашение сторон договора распространяется на все, что относится к товарной (потребительской) составляющей медицинской услуги, корреспондирующей цене договора. Дополнительный комфорт при получении медицинской помощи стоит больше.

Понятно, что технологии медицинской помощи не являются предметом соглашения. Нельзя договориться о переливании несовместимой крови, удалении здорового органа, назначении ненужного или неоправданно опасного препарата и т.д. Корректное оказание медицинской помощи – также не предмет усмотрения сторон договора, будучи детерминировано правилами медицины.

Но в той мере, в какой отличается медицина жизнеобеспечения от медицины комфорта, договориться можно: об элементах косметологического пособия при плановой операции, о разрезах при обеспечении доступа (например, о поперечном, а не нижнесрединном разрезе у женщины, если это технически возможно, оговаривая и вероятность расширения операционного поля при необходимости) и пр.

Нельзя договориться об использовании не применяемых в обычной медицинской практике методов и средств диагностики, лечения, реабилитации, профилактики и пр. Любые инновации должны пройти клинические испытания и быть признаны медицинским сообществом (в отсутствие такового в России эти функции присвоены отраслевым ведомством, что создает немалые трудности в судебной практике). Если же это методы давно извест-

ные медицине, но не применяемые за широким отсутствием у врачей специальных навыков и умений (например, в акушерстве – поворот плода на ножку по Брекстону Гиксу, вытесненный операцией кесарева сечения), то в качестве существующей технологии они не охватываются договором, подчиняясь ситуационной целесообразности при оказании медицинской помощи.

Нельзя договориться о недопустимых (противоречащих правилам медицины) отклонениях при оказании медицинской помощи или о пренебрежении профилактикой и/или устранением осложнений, проявляющихся в ходе врачебного ведения пациента. Ссылка на статистику осложнений обязывает исполнителя (а не получателя) медицинской услуги и не освобождает его от ответственности.

Таким образом, граница договорных и внедоговорных обязательств при оказании медицинских услуг находится между допущенным и не допущенным законом, правилами медицины, усмотрением сторон и волей правообладателя.

В целом, договорные обязательства сторон в связи с оказанием медицинских услуг с различием границ гражданских обязательств и обязанностей, обычных и рискованных договорных обязательств, договорных и внедоговорных обязательств распространяются до предусмотренных законом, правилами медицины, усмотрением сторон и волей правообладателя пределов, которые нуждаются в едином, формально определенном, соответствующем характеру правоотношений и вытекающих из них последствий признания государством и обществом.

А знаете ли Вы, что...

...допустимость характеризует доказательство с точки зрения его формы, признавая доказательственное значение лишь за теми из них, которые получены с соблюдением процессуального закона.

А знаете ли Вы, что...

...цель проверки доказательств – выявить доброкачественность собранного по делу материала.

Проблемы судебного правоприменения в спорах о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг многочисленны и многообразны. Суд по общему правилу пренебрегает договором о возмездном оказании медицинских услуг как сделкой и как актом, оформляющим правоотношения сторон, сосредоточиваясь на значении договора как правоотношения и исследуя не факт исполнения обязательств по договору, а степень соответствия медицинского пособия правилам медицинской профессии, устанавливаемую посредством судебно-медицинской экспертизы.

Договор о возмездном оказании медицинских услуг в судебной процедуре используется лишь в части оценки исполнения платежных обязательств. Исполнение обязательств в отношении здоровья оценке не подвергается.

Это происходит от того, что суд не владеет правовой теорией медицинской услуги и не делает различий между договором о возмездном оказании медицинских и других услуг и иных предоставлений, а также не проводит границу между договорными и внедоговорными обязательствами при оказании медицинской помощи и медицинских услуг.

Проблематика судебного правоприменения в спорах о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг в наиболее общем виде охватывает проблемы квалификации правонарушения, судебно-медицинской экспертизы и правовой оценки выводов такой экспертизы.

1. ПРОБЛЕМЫ КВАЛИФИКАЦИИ ПРАВОНАРУШЕНИЯ В СПОРАХ В СВЯЗИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

Договорные и внедоговорные обязательства в связи с оказанием медицинских услуг[1] достаточно широко исследованы[2], однако проблемы квалификации вытекающих из них правонарушений до настоящего времени решены не в полной мере и не систематизированы.

ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОГО ПРАВОПРИМЕНЕНИЯ В СПОРАХ О ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Показано, что проблемы судебного правоприменения в спорах о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг в общем виде обусловлены недоучетом специфичности посягательства и различий составов деликта, отсутствием инструментов правовой оценки выводов судебно-медицинской экспертизы и недоиспользованием существующих процессуальных механизмов их верификации

Ключевые слова: судебное правоприменение, медицинские споры, судебно-медицинская экспертиза, правосудие

В общем виде с момента возникновения судебной практики по медицинским спорам (середина 90-х) предметом процессуального рассмотрения стала медицинская помощь, хотя правовая категория медицинской услуги уже была введена законодательно. И фактически до настоящего времени при установившемся приятии правоприменителем категории медицинской услуги, т.е. объекта возмездного договора, сохраняется отношение к ней как к медицинской помощи, т.е. как к результату сугубо профессионального усмотрения, без учета воли правообладателя.

Применительно к вредообразующим порокам медицинской помощи справедливо используется конструкция генерального деликта по правилам ст.1064 ГК РФ. Однако безотносительно воли правообладателя она применима только к деликту вследствие медицинской помощи как действий в чужом интересе без поручения (гл.50 ГК РФ), поскольку если такая помощь оказывается на основании договора, то выражение воли правообладателя становится определяющим для правовой квалификации правонарушения – это тот особый случай, когда деликт вытекает из договорных отношений.

В общем виде проблемы квалификации правонарушения в медицинских спорах обусловлены неразличением судом применимых норм права, составов деликта и недостатков предоставления, послужившего основанием спора в связи с оказанием медицинских услуг.

1.1. Неразличение судом применимых норм права в спорах в связи с оказанием медицинских услуг.

Особенностью споров о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг является то, что внедоговорные последствия вытекают из договорных отношений. В отличие от иных услуг, при которых причинение вреда здоровью происходит вне пределов договорных отношений, при оказании медицинских услуг осуществляется прямое целенаправленное воздействие на здоровье в виде медицинской помощи на основании договора. Основанием споров в связи с оказанием медицинских услуг является вопрос о правомерности составляющих их

действий.

По общему правилу, вред, причиненный правомерными действиями, подлежит возмещению в случаях, предусмотренных законом (п.3 ст.1064 ГК РФ). Надлежащим образом оказываемая медицинская помощь составляет объективно правомерные действия, возмещение вреда вследствие которых законом не предусмотрено. Однако составляющие медицинскую помощь действия как целенаправленное воздействие на здоровье должны быть и субъективно правомерными, т.е. соответствовать воле пациента-правообладателя.

В возмещении вреда может быть отказано, если вред причинен по просьбе или с согласия потерпевшего, а действия причинителя вреда не нарушают нравственные принципы общества (п.3 ст.1064 ГК РФ). Поскольку медицинские услуги как действия, не нарушающие нравственные принципы общества, оказываются на основании договора (а медицинская помощь в их составе – на основании добровольного информированного согласия пациента-правообладателя), т.е. с его согласия, постольку формально в возмещении вреда может быть отказано.

Однако к отношениям оказания медицинских услуг эти положения закона применимы с большими ограничениями: пациент-правообладатель – не знаток медицины, чтобы соглашаться на медицинскую помощь нужного объема и содержания, а его согласие на причинение вреда любого объема и содержания при ее оказании объективно не соответствует его субъективным интересам; соглашаться же на причинение при оказании медицинской помощи определяемого врачом объема и содержания вреда – для пациента-правообладателя означает полагаться на него полностью, делегировав ему полномочия в отношении своего непередаваемого права на здоровье.

Указанные положения закона применимы, во-первых, к отношениям свободы воли, как, например, нанесения татуировок (татуажа), шрамов (скарификаций) и пирсинга (отверстий) вне связи с договорными отношениями или в отсутствие

таких отношений (как в случае действий в чужом интересе без поручения при их неодобрении выгодоприобретателем); во-вторых, в отсутствие ограничений специальными правилами оказания медицинской помощи для излечения от патологии; в-третьих, в отсутствие специальных законодательных установлений – равно о защите прав потребителей и об охране здоровья граждан.

Специальные законодательные установления предусмотрены для правовой квалификации вредообразующих посягательств в отношениях товарообмена (ст.1095 ГК РФ), а также действий с источником повышенной опасности (ст.1079 ГК РФ). Иными словами, если вред причинен товарными предоставлениями или техногенными средствами, то для оценки обусловивших его причин имеются специальные нормы права.

Таким образом, общие положения ст.1064 ГК РФ для целей правовой квалификации вредообразующих действий, составляющих медицинскую помощь, применимы как исключение – таковых, осуществляемых в чужом интересе без поручения (гл.50 ГК РФ) в отсутствие их одобрения выгодоприобретателем.

Для целей правовой квалификации вредообразующих действий, составляющих медицинскую помощь в товарной форме услуги, по общему правилу применимы положения ст.1095 ГК РФ о недостатке предоставления или информации о нем, а в случае техногенного происхождения вреда – ст.1079 ГК РФ о действиях с источником повышенной опасности.

1.2. Неразличение судом составов деликта в спорах в связи с оказанием медицинских услуг.

По общему правилу, в настоящее время для оценки вредообразования в связи с оказанием медицинских услуг суд применяет состав генерального деликта (ст.1064 ГК РФ). Причинитель (ответчик) в подобных спорах обычно доказывает невиновность, а пострадавший (истец) – виновность причинения вреда. Для этого стороны используют весь арсенал доказательств и уделяют этому большое внимание при доказывании.

Между тем применимые нормы права прямо устанавливают усеченный состав деликта при правовой квалификации посягательства при товарном предоставлении (ст.1095 ГК РФ) и при деятельности с источником повышенной опасности (ст.1079 ГК РФ): ответственность причинителя наступает независимо от вины. Это означает, что причинителю необходимо доказывать не невиновность, а непричастность к возникновению вреда у потерпев-

процесс.

Таким образом, вытекающая из оснований иска ассоциация посягательства с товарным предоставлением или с деятельностью с источником повышенной опасности должна прямо вести суд к сужению состава генерального деликта до отказа от доказывания вины причинителя с соответствующей верификацией предмета и распределением бремени доказывания между сторонами.

1.3. Неразличение судом недостат-

ство приобретает еще большее значение: возникает ли вред вследствие собственно медицинской помощи или при сопутствующем ей обслуживании, привел ли к его возникновению недостаток медицинской услуги или недостаток безопасности – медицинской услуги или медицинской помощи в ее составе, происходит ли вред из действия при оказании медицинской услуги (медицинской помощи) или из пороков информации – о медицинской услуге (медицинской помощи) или об утратах в личной сфере (в здоровье и в праве на здоровье).

Недостаток безопасности товарного предоставления или информации о нем позволяет квалифицировать его как обуславливающее «вред жизни, здоровью или имуществу гражданина» посягательство по правилам ст.1095 ГК РФ и соответствующих положений Закона о защите прав потребителей. Однако недостатки безопасности такого предоставления для имущества и для личности потерпевшего имеют разные правовые последствия.

Недостаток безопасности медицинской помощи в форме товарного предоставления (медицинской услуги) или информации о нем (касающейся безопасности в личной сфере) порождает споры о причинении вреда личности потребителя. Споры в связи с оказанием медицинских услуг по поводу ущерба имуществу могут касаться исключительно договорных обязательств, недостатка качества товарного предоставления и информации о его свойствах, отличных от безопасности. Недостаток безопасности в связи с оказанием медицинских услуг порождает споры о причинении вреда личности потребителя.

Недостаток соответствующего предоставления в товарных отношениях в связи с оказанием медицинской помощи, во-первых, является собственно посягательством; во-вторых, позволяет квалифицировать деликт в усеченном составе по правилам ст.1095 ГК РФ; в-третьих, образует группу составов такого деликта по объектным различиям посягательства.

Отсюда проблему в общем виде создает необходимость различения недостатков безопасности профес-

Неправильный выбор применимых норм права ведет к неправильному определению предмета доказывания и распределению бремени доказывания между сторонами.

шего, т.е. что вред возник вследствие непреодолимой силы (или умысла потерпевшего).

Неправильный выбор применимых норм права ведет к неправильному определению предмета доказывания и распределению бремени доказывания между сторонами. дезориентированные в объеме и содержании необходимых и достаточных доказательств, стороны, как и суд, полагаются на судебно-медицинскую экспертизу, формулируя перед ней многочисленные и многообразные, нередко не относящиеся к существу спора, вопросы. Разрешение спора вместо правового поля переходит в поле медицинское. Судебно-медицинская экспертная комиссия в заключении излагает – в норме – медицинскую оценку хаотически излагаемых в таких вопросах обстоятельств спора, и он возвращается в правовое поле таким же неупорядоченным и не готовым для разрешения, как и перед назначением экспертизы.

Тем самым правильный выбор применимых норм права ведет не только к правильному определению предмета доказывания и распределению бремени доказывания между сторонами, но и упорядочивает ведение процесса доказывания, когда каждая из сторон, понимая, что ей надлежит доказывать, ограничивается только этим, не засоряя от незнания излишествами этот

ков предоставления в спорах в связи с оказанием медицинских услуг.

Если стороны дезориентированы в том, что положено в основание иска, то это не является проблемой для суда. Однако не всегда и закон раскрывает и содержит необходимую дифференциацию правовых понятий. Если же и суд не делает различий между ними или отождествляет их в недифференцируемом значении, то это влечет правовые последствия для сторон.

Так, Закон о защите прав потребителей различает понятия качества и безопасности товарных предоставлений, но – как и ст.1095 ГК РФ – не соотносит их с понятием недостатка. Понятие недостатка ассоциировано законом с понятием самого товарного предоставления (товара, работы, услуги), а не с его свойствами – такими, как качество и безопасность.

Применительно к деликтным обязательствам это обстоятельство имеет значение: возникает ли вред вследствие пороков качества так же, как безопасности; привел ли к его возникновению недостаток товарного предоставления или недостаток безопасности этого предоставления; происходит ли вред из такого предоставления или из пороков информации о нем и т.д.

Применительно к деликтным обязательствам в связи с оказанием медицинских услуг это обстоятель-

Перечень применимых норм права и составов медицинского деликта

Нормы права	Составы деликта
Ст. 1064 ГК (генеральный)	медицинская помощь в порядке действий в чужом интересе без поручения
Ст. 1079 ГК (усеченный)	техногенная при оказании медицинских услуг (медицинской помощи)
Ст. 1095 ГК (усеченный)	1. недостаток безопасности товарного предоставления; 2. недостаток безопасности профессионального предоставления; 3. недостаток информационного предоставления

Рисунок 1. Перечень применимых норм права и составов деликта в спорах о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг

сионального и товарного и недостатка информационного предоставления в спорах в связи с оказанием медицинских услуг.

1.3.1. Недостаток безопасности профессионального предоставления.

В рамках парадигмы неизбежных, допустимых и недопустимых телесных повреждений при оказании медицинской помощи безусловным недостатком безопасности являются последние – как отклонения от медицинских технологий в нарушение правил профессии.

Допустимые телесные повреждения в случае возможных осложнений при оказании медицинской помощи являются недостатком безопасности при условии пренебрежения причинителем их устранением.

Неизбежные телесные повреждения недостатком безопасности медицинской помощи не являются.

Неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору возможно только в пределах неизбежных и допустимых телесных повреждений (например, доступ к патологическому очагу или устранение заранее прогнозируемых и учтенных договором осложнений) при оказании медицинской помощи. На недопустимые телесные повреждения при оказании медицинской помощи (отклонения от медицинских технологий) правовой режим неисполнения (ненадлежащего исполнения) обязательств по

договору не распространяется – это всегда деликтные обязательства.

1.3.2. Недостаток безопасности товарного предоставления.

В рамках парадигмы составляющих товарную часть медицинской услуги элементов (сервис, ресурсы, бренд) при ее оказании недостаток безопасности может проявиться в сервисе, поскольку этого не позволяет статика остальных элементов – ресурсов и бренда.

Действительно, потребитель может получить удар электрическим током от неисправной розетки, облиться кипятком и т.д., т.е. безотносительно существа оказания медицинской помощи подвергнуться действию случайных вредообразующих факторов.

Вред здоровью в этих случаях обусловлен недостатком безопасности собственно товарного предоставления, отличным от недостатка безопасности предоставления профессионального.

1.3.3. Недостаток информационного предоставления.

Применительно к оказанию медицинских услуг, объектом которых является здоровье, медицинская помощь является деятельностью с объектом права, неразрывно связанным с личностью правообладателя. Любое действие в отношении здоровья, в том числе и при оказании медицинской помощи, приводящее к изменениям в нем, является правомерным, если не противоре-

чит объективному праву (закону) и субъективному праву – воле правообладателя.

В этом смысле профессионально безупречно оказанная медицинская помощь является противоправным посягательством, если предпринята без предварительно выраженного согласия или вопреки воле правообладателя.

И менее всего – в силу асимметрии информации – ему необходимо понимать, в чем заключается медицинская помощь. Если он желает и способен воспринять многообразную медико-терминологичную информацию об этом, он вправе на это, однако ставить получение им медицинской помощи в зависимость от ознакомления и согласия с информацией о технологиях ее оказания никто не вправе.

Правообладателю важно знать, на что он идет и чем поступает в отношении здоровья в результате получения медицинской помощи. Ему необходимо понимать, в чем состоит возможная польза и в чем заключается заведомый и потенциальный вред от правомерных действий, составляющих медицинскую помощь.

Соответственно, противоправным посягательством является непредоставление правообладателю надлежащей информации об умалении в объекте его права перед оказанием медицинских услуг, в том числе и в порядке подмены информацией о существе медицинской помощи.

Наряду с перечисленными недостатками предоставлений в товарных отношениях, вытекающих из действий их участников, вред может происходить из связанных с этими действиями, но не прямо ими обусловленных источников, в частности, источников повышенной опасности, которые представляет собой медицинская техника, вышедшая из-под контроля. Квалифицирующим признаком посягательства в этом случае является неисправность или иной вредообразующий порок используемых технических устройств как техногенный недостаток безопасности при оказании медицинских услуг (медицинской помощи, в том числе и в порядке действий в чужом интересе без поручения).

В целом, различие судом выте-

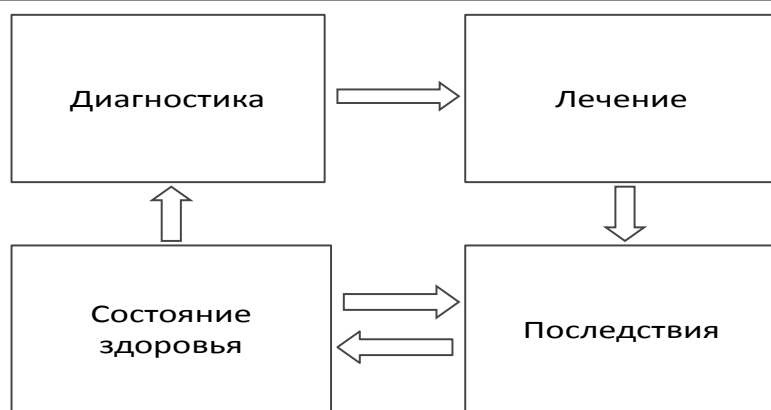


Рисунок 2. Предмет судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг – причинно-следственная связь

кающих из предоставления в спорах в связи с оказанием медицинских услуг посягательств имеет важное значение для правильного выбора применимых норм права и правовой квалификации посягательства (рис. 1).

2. ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО СПОРАМ О ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ[3].

Объектами судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг являются материалы дела, включая письменные (медицинская документация) и вещественные[4] доказательства, и связанные с ними факты (почему-то часто объекты экспертизы смешиваются с ее предметом).

Предметом судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг является установление степени соответствия профессионального медицинского пособия потребностям состояния здоровья пациента.

Схематически предмет судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг может быть представлен последовательностью от состояния здоровья пациента через этапы установления диагноза и лечения к фактическим последствиям, которые определенным образом – как причинно-следственная связь – соразмеряются с исходным состоя-

нием здоровья пациента (рис. 2).

Но причиной неблагоприятных последствий для здоровья пациента может быть не только медицинское пособие, но и непрогнозируемая ответная реакция организма пациента на лечение, а также непредсказуемый ресурс тяжести патологии, по поводу которой предпринимается медицинская помощь («треугольник вредоносности»), поскольку медицина – это искусство возможного, а не всезнающая точная наука. «Треугольник вредоносности» также составляет предмет судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг и схематически представлен на рис. 3.

Наконец, предметом судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг является констатация status quo в отношении собственно состояния здоровья пациента: производится его параметризация до и после медицинского пособия по ряду направлений – для определения характера и степени тяжести телесных повреждений, степени утраты общей и профессиональной трудоспособности, установления состояния здоровья как факта, приобретающего в правовой процедуре юридическое значение (рис. 4).

Таким образом, предмет судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг многомерен и не однозначен. Он охватывает равно

установление источников происхождения, выявление обусловленности и определение меры умаления здоровья.

Предмет судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг в значительной степени определяется предназначением и пределами такой экспертизы, а также пределами компетенции проводящих ее экспертов.

1. Предназначение судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг

Судебно-медицинская экспертиза по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг не сводится к простой констатации фактов, имеющих медицинское значение. Для установления таких фактов существует клиническая экспертиза, в рамках клиничко-экспертных комиссий проводимая не профессиональными судебно-медицинскими экспертами, а специалистами-практиками, осуществляющими медицинскую деятельность.

Судебно-медицинская экспертиза по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг имеет своим предназначением использование ее результатов в правовой процедуре. Выводы такой экспертизы обращены не к носителям медицинской профессии, не к тем, кто занимается медицинской деятельностью и не к тем, кто хотел бы получить медицинские сведения для использования в медицинской же среде, а к носителям юридической профессии, к тем, кто участвует в правовой процедуре по разрешению конкретного спора с результатом, влекущим правовые последствия.

Отсюда следует, что судебно-медицинская экспертиза призвана дать:

1.1. медицинскую характеристику фактов, имеющих юридическое значение. Это означает, что исследуемые в медико-экспертном порядке факты не утрачивают юридическое значение. Они сохраняют свое юридическое значение и в переработанном в ходе медико-экспертной

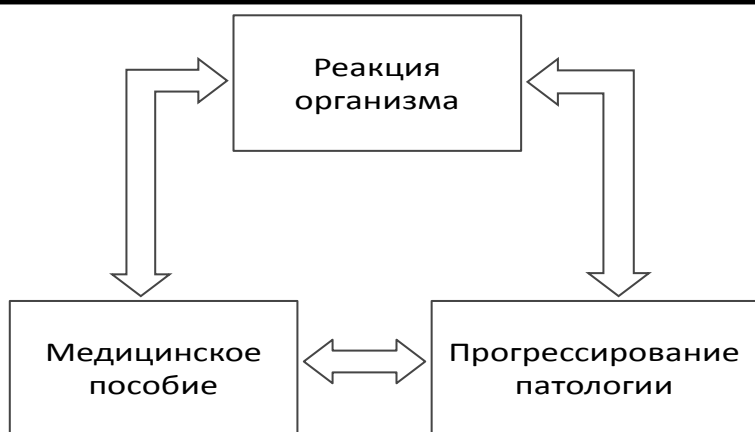


Рисунок 3. Предмет судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг - «треугольник вредоносности»

оценки виде, в качестве новых знаний. Меняется лишь знание о факте, имеющем юридическое значение: вместо бытового их понимания приходит понимание профессионально-медицинское, помноженное на экспертную оценку. От этого зависит правовая оценка фактов, но юридический характер фактов не меняется. Тем самым медико-экспертная характеристика фактов, имеющих юридическое значение, сказывается на их правовой оценке. Это и определяет предназначение судебно-медицинской экспертизы.

1.2. медицинскую характеристику фактов, излагаемую в такой доступной для лиц, не имеющих медицинского образования, форме, которая позволяет юристам эту характеристику уяснить и интерпретировать, переложить на другой, существующий в правовой среде профессиональный язык. Чтобы произвести оценку фактов в соответствующем формате, нужно, чтобы формат другой оценки позволял это сделать. В противном случае возникает непонимание формата этой другой оценки, не позволяющее произвести оценку в новом формате, и теряется ценность неформатируемой оценки. Медико-экспертная оценка, таким образом, должна быть доступна переформатированию – это условие выполнения судебно-медицинской экспертизой своего предназначения.

1.3. медицинскую характеристику фактов, доступную правовой оценке. Не только форма, но и содержание экспертного заключения долж-

но давать возможность воспользоваться им для целей разрешения правового спора. Соответственно, экспертное заключение ради экспертного заключения лишено смысла. Если экспертное заключение, не позволяя произвести правовую оценку, дает возможность использовать его для других целей (расширить знания в медицинской науке и практике, получить справочную информацию, и т.д.), оно не служит целям разрешения правового спора. Экспертное заключение должно своим содержанием удовлетворять потребности разрешения конкретного правового спора, иметь все необходимое и достаточное (если это позволяют материалы дела и иные объекты экспертной оценки) для правовой оценки. Доступность заключения правовой оценке – это также условие выполнения судебно-медицинской экспертизой своего предназначения.

Таким образом, при условии возможности перевода из медицинского в юридический формат и наличия необходимых и достаточных для правовой оценки сведений заключение судебно-медицинской экспертизы позволяет ей выполнять свое предназначение, если влияет на правовую оценку фактов, имеющих юридическое значение.

2. Пределы судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг.

Пределы судебно-медицинской экспертизы определяются ее предназначением. Если им является

выяснение вопросов, требующих специальных медицинских знаний (п.1 ст.79 ГПК РФ), то это – не вопросы, во-первых, объективного права (законодательства) и правоприменения; во-вторых, субъективных прав и их реализации; в-третьих, немедицинского свойства.

2.1. Вопросы объективного права (законодательства) и правоприменения. Это чаще всего правовая интерпретация; справки по законодательству, разъяснение положений закона и даже толкование правовых норм; правовая оценка фактических обстоятельств дела.

2.1.1. Правовая интерпретация не составляет предмет судебно-медицинской экспертизы. Так, обезображение лица является понятием не медицинским, а правовым. Такие вопросы решаются судом по совокупности обстоятельств дела. Эксперты же призваны установить характер причиненных повреждений (включая вопрос об их неизлечимости). Тем самым использование правовых терминов для характеристики медицинских определений в экспертном заключении недопустимо.

2.1.2. Справки по законодательству, разъяснение положений закона и толкование правовых норм не относятся к предмету судебно-медицинской экспертизы. Консультированием по правовым вопросам занимаются юристы, в том числе и представители в процессе. Толкованием установлений объективного (закона) и субъективного (например, договора – ст.431 ГК РФ) права занимается суд. Познания судебно-медицинских экспертов в праве и их материальные и процессуальные правомочия – не тождественны. Даже если судебно-медицинские эксперты ориентированы в правовых вопросах, даже если вопросы правового свойства касаются сферы их деятельности – они вправе заниматься своим и не вправе заниматься не своим делом.

2.1.3. Правовая оценка фактических обстоятельств дела. Такая оценка (правовая квалификация) составляет прерогативу суда и к предмету судебно-медицинской экспертизы не относится. Например, установление вины является функцией суда и не является функ-

	до получения медицинского пособия	после получения медицинского пособия
Телесные повреждения	характер и тяжесть	
Утрата трудоспособности	величина	
Состояние здоровья	параметры	

Рисунок 4. Предмет судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг – status quo

цией судебно-медицинской экспертизы. Это же касается вопросов признания надлежащим или ненадлежащим качества и безопасности, а также установление недостатка качества или безопасности объекта и т.д. Судебно-медицинская экспертиза призвана описать фактические обстоятельства с экспертно-медицинской точки зрения, а дать им правовую квалификацию может только суд.

2.2. Вопросы субъективных прав и их реализации. Судебно-медицинская экспертная комиссия не уполномочена принимать решения за правообладателей – стороны процесса. В этой связи любая выборка со стороны комиссии экспертов – объектов, вопросов и т.д. – не является правомерной, если не находит соответствующих правовых оснований.

2.2.1. Так, если эксперты по своему усмотрению отбирают некоторые из данных, относящихся к предмету экспертизы, оставляя без внимания остальные, они не только присваивают себе судебные функции оценки доказательств, но и нарушают материальные и процессуальные права сторон, не получающих искоемых инструментов доказывания и в силу извращенной доказательственной картины рискующих по этой причине встретиться с необоснованно неблагоприятными для себя послед-

ствиями неправосудного судебного решения.

Представляется, что правильным для целей обеспечения правосудности судебных решений по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг не принимать в таких случаях заключение судебно-медицинской экспертизы к рассмотрению в процессе до тех пор, пока оно не будет приведено в точное соответствие с определением суда о ее назначении.

2.2.2. Если эксперты самостоятельно собирают (или добивают) исходный доказательственный материал для исследования, помимо направленных на исследование объектов и иных материалов дела, они также выходят за рамки предмета экспертизы (ничто не мешает обратиться с соответствующим ходатайством к органу, назначившему экспертизу, тогда, когда возникает необходимость дополнить объекты экспертного исследования новыми доказательствами). Стороны (по крайней мере, одна из них) в этом случае также сталкиваются с опасностью извращения доказательственной картины с присущими этому последствиями.

2.2.3. Если эксперты избирательно отвечают на вопросы, поставленные в определении суда, опуская часть из них либо объединяя ответы так,

что смысл вопросов в их постановке сторонами процесса теряется. Ничто не мешает обратиться с соответствующим ходатайством к органу, назначившему экспертизу, тогда, когда возникает необходимость объединения ответов на поставленные в судебном определении вопросы, чтобы вынести такое ходатайство на рассмотрение в процессе и, возможно, это стимулирует суд потребовать от сторон более корректных формулировок вопросов. В противном случае так же нарушаются материальные и процессуальные права сторон, не получающих искоемых инструментов доказывания и приобретающих взамен такое извращение доказательственной картины, которое может повлечь необоснованно неблагоприятные для них последствия неправосудного судебного решения.

2.3. Вопросы немедицинского свойства. Не входят в предмет судебно-медицинской экспертизы ответы на вопросы, например, об экономической стороне отношений сторон договора о возмездном оказании медицинских услуг, о времени записей в медицинской документации, о технических характеристиках применяемого в лечебно-диагностическом процессе оборудования. Любая иная, кроме профессионально-медицинской, оценка фактических обстоятельств дела не может даваться судебно-медицинской экспертизой – для этого существуют другие виды судебных экспертиз.

Если же это вопрос медицинской специфики, то, очевидно, необходимо дополнить перечень разновидностей судебно-медицинской экспертизы и ввести новые субдисциплины – «судебно-медицинская экономическая экспертиза», например.

В определении пределов судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг, действительно, присутствует дополнительная специфика.

1. Поскольку и сторона ответчика в процессе, и судебно-медицинская экспертная комиссия представлены носителями медицинской профессии, нередко – осознанная или неосознанная – тенденция перене-

сти разрешение спора на медицинское поле и осуществить это медицинскими средствами. Между тем кроме как в правовом поле правовые споры разрешены быть не могут, в связи с чем и сторонам, и судебно-медицинской экспертной комиссии приходится пользоваться исключительно правовым инструментарием.

В этой связи возникает острая необходимость в определении и обособлении правового режима оказания медицинских услуг от правового режима оказания иных услуг, предметом которых не является прямое целенаправленное воздействие на здоровье. На законодательном уровне этого в настоящее время нет.

Специальный правовой режим и облегчил бы правоприменительную оценку, и создал бы прикладной для этой категории дел инструментарий доказывания, а потому – исключил бы возможность и кажущуюся необходимость нахождения участников процесса на медицинском поле.

2. Поскольку в рамках единой последовательности нередко наряду с медицинскими оказываются смежные пара- или немедицинские услуги (особенно в индустрии красоты, оздоровления, реабилитации) либо обеспечительные услуги (общественного питания, бытового обслуживания и пр.), постольку необходимо их различение – и для целей правоприменения, и для целей судебно-медицинской экспертизы – в той мере, в какой им присущи различия правовых последствий.

3. Поскольку различны правовые последствия ненадлежащего исполнения договорных обязательств и возникновения обязательств из причинения вреда вообще и при оказании медицинских услуг особенно, постольку такие различия нуждаются в правовом разграничении.

Свобода усмотрения (ст.421 ГК РФ) сторон договора о возмездном оказании медицинских услуг (ст.779 ГК РФ) и его вариантов (включая договор в пользу третьих лиц – ст.430 ГК РФ) имеет, во-первых, медицинские ограничения, правовой режим которых никак не определен действующим законодательством. На практике это приводит к тому, что договор и договорные

обязательства сторон попросту не учитываются ни судом, ни судебно-медицинской экспертизой, а любое подобное дело рассматривается не иначе как деликт. Между тем правовой режим исполнения договорных обязательств и возникновения деликтных обязательств (деликтогенез) различен: мера договорных обязательств неприменима к деликтным обязательствам, и наоборот. Соответственно, эти различия должны учитываться и судебно-медицинской экспертизой.

Во-вторых, различается правовой режим оказания медицинских услуг и правовой режим их оплаты. Если вторые складываются исключительно на условиях соглашения сторон, то первые в значительной мере ограничены правилами медицины. Мера оплаты медицинских услуг неприменима к отношениям по поводу здоровья, и наоборот. Соответственно, назначение судебно-медицинской экспертизы применимо только к отношениям по поводу здоровья, а не к отношениям по поводу оплаты медицинских услуг по договору. На практике ни суд, ни судебно-медицинская экспертиза не учитывают отличий товарных отношений и отношений по поводу здоровья.

В-третьих, необходимо отличать правовые последствия ненадлежащего исполнения договорных обязательств и возникновения обязательств из причинения вреда от правовых последствий несоблюдения разрешительных (надзорных, лицензионных и пр.) требований. Более того, невнятность, пробельность и противоречивость последних на сегодняшний день не позволяет ими полноценно пользоваться на правовом поле, а не то что на медицинском.

Вред здоровью при оказании медицинских услуг происходит (или не происходит) от медицинского пособия, но не от погрешностей соблюдения разрешительного режима осуществления медицинской деятельности. В связи с этими погрешностями предусмотрен иной порядок наступления ответственности по другим основаниям и в другой процедуре. Подменять основание для наступления частноправовой, гражданской ответственности

основанием для наступления административной и иной публично-правовой ответственности или вменить гражданско-правовую ответственность за административное правонарушение (как и наоборот) неправомерно. Отсюда по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг материалы о публичных правонарушениях не относятся к предмету судебно-медицинской экспертизы.

Если определение суда о назначении судебно-медицинской экспертизы по гражданскому делу о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг содержит перечисленные выше не относящиеся к ее предмету вопросы, они не подлежат ответам экспертов. Основанием оставления членами экспертной комиссии таких вопросов без ответа является именно то, что они выходят за пределы предмета судебно-медицинской экспертизы по этой категории дел и компетенции судебно-медицинских экспертов.

В целом, для того чтобы экспертное заключение по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг не выходило за пределы предмета судебно-медицинской экспертизы, в нем должны быть отражены: а) лишь такие спорные обстоятельства, для выявления которых необходимы именно медико-экспертные специальные познания; б) лишь содержательная сторона спорных обстоятельств без правовой их оценки; в) обстоятельства, которые представлены лишь в материалах дела, относящихся к предмету экспертизы.

Таким образом, за пределами судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг находятся вопросы объективного права (законодательства) и правоприменения, субъективных прав и их реализации, вопросы немедицинского свойства, а для достижения определенности этих пределов необходимо обособление правового режима оказания медицинских услуг от правового режима оказания иных услуг, предметом которых не является пря-

мое целенаправленное воздействие на здоровье, а также от правового режима оказания смежных парали немедицинских услуг, различные правовых последствий ненадлежащего исполнения договорных обязательств и возникновения обязательств из причинения вреда при оказании медицинских услуг

3. Пределы компетенции судебно-медицинского эксперта по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицин-

состав судебно-медицинской экспертной комиссии, осуществляет практическую медицинскую (лечебно-диагностическую и пр.) деятельность. Такой специалист не является ни судебно-медицинским, ни профессиональным экспертом – он осуществляет ту же деятельность, что и специалисты на стороне ответчика по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг.

Профессиональный судебно-

как и смешение процессуальных институтов экспертов и специалистов не является оправданным и не соответствует современным потребностям отечественного правосудия.

Пример обратного, т.е. процессуального использования специалистов в качестве экспертов дает англо-американская судебная практика[5]. Для суда является вопросом, как повел бы себя соответствующий профессионал в обстоятельствах, в которых оказался ответчик (или обвиняемый, подсудимый - defendant). Соответствующим является гражданин средних умственных способностей, познаний и здравого смысла.

Тестом на небрежность (the test for negligence) предполагается выяснить последовательность и характер действий не безрассудного человека, но лица, отдающего себе отчет в возможных опасностях и предпринимающего необходимые предосторожности, чтобы их избежать.

Тест на небрежность (неосторожность) позволяет абстрагироваться от субъективных факторов (довлеющей силы судебных решений, существа познаний и проницательности самого ответчика) и объективировать общий образ действий, предпринимаемый в конкретной ситуации.

И экспертами выступают в таких обстоятельствах не светила науки и не администраторы, а рядовые врачи-практики.

Таким специалистам, привлекаемым в качестве экспертов, задается вопрос, как каждый из них повел бы себя в аналогичной ситуации.

Прежде всего, следует выяснить, в состоянии ли был соответствующий эксперт предвидеть последствия, которые наступили в действительности.

Затем выясняется, какие меры можно было предпринять во избежание таких последствий.

В пределах проводимой экспертизы суды руководствуются, в основном, мнениями соответствующих профессионалов, что позволяет с известной наглядностью установить фактические обстоятельства дела.

На практике проблема возможности предвидеть осложнения возникает там, где их вероятность чрезвычайно непредсказуема (как в случае

В пределах проводимой экспертизы суды руководствуются, в основном, мнениями соответствующих профессионалов, что позволяет с известной наглядностью установить фактические обстоятельства дела.

ских услуг.

Традиционно проблема пределов компетенции судебно-медицинского эксперта рассматривается в рамках его процессуальных полномочий, которые, строго говоря, относятся все же ко всему институту судебной экспертизы.

Между тем, во-первых, это вопрос не только процессуального, но и материально-правового положения судебного эксперта; во-вторых, это вопрос и медицинской специфики положения судебного эксперта; в-третьих, поскольку по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг проводится комиссия судебно-медицинская экспертиза, постольку это и вопрос положения судебного эксперта в составе такой комиссии.

Основополагающим является последний вопрос – его остроту обуславливает существующая в настоящее время неоднородность судебно-медицинской экспертной комиссии: наряду с профессиональными судебно-медицинскими экспертами в ее состав включаются не являющиеся таковыми специалистами-клиницисты (не принимая во внимание традиционную дискуссию о смешении понятий «комиссионная» и «комплексная» экспертиза, выходящую за рамки настоящей работы).

Специалист, привлеченный в

медицинский эксперт осуществляет судебно-медицинскую экспертную деятельность (так же не принимая во внимание традиционную дискуссию о различиях в статусе государственного и негосударственного судебного эксперта, выходящую за рамки настоящей работы), т.е. применительно к практической медицинской деятельности – ее экспертную оценку. Судебная медицина – его профессия и род занятий. Он не занимается практической медицинской деятельностью – это не более чем объект для его профессиональной оценки.

Тем самым состав судебно-медицинской экспертной комиссии в части, представленной судебно-медицинскими экспертами – профессионально-экспертный, а в части, представленной клиницистами – профессионально-врачебный, но не экспертный.

Допуск клиницистов к участию в судебной экспертизе, к тому же – практической деятельности, которую они сами осуществляют, возможно, соответствовал укладу правосудия советского прошлого, когда не существовало «медицинских» дел и процессуальный институт специалистов не мог выполнять ту роль, которую в состоянии выполнять в настоящее время.

Сейчас смешение экспертов и специалистов в рамках процессуального института судебных экспертов,

идиосинкразии или гиперчувствительности к отдельным медикаментам). Ведь лекарство, эффективное и абсолютно безвредное для сотен тысяч людей, у одного из них приводит к фатальным результатам.

Если не существует способа предвзительно удостовериться, что не будет негативных реакций, или если врач после такого тщательного исследования, какое действительно возможно, пришел к заключению, что от пациента не придется ждать подобных реакций, он не может быть обвинен в грубой неосторожности, если такая реакция все же произошла.

Достоин ли порицания действительное поведение ответчика - требует дальнейшей индивидуализации в зависимости от ряда факторов, которые обуславливают большую или меньшую степень осторожности поведения, что сверяется с мнением экспертов. Так, очевидно, при работе с особо опасными веществами, например, с ядами, требуется большая осторожность, тем более, если ответчик обладает специальными познаниями или особыми сведениями об обстоятельствах, усиливающих степень риска.

Однако если возникает состояние крайней необходимости, когда требуется мгновенное принятие решения, судом берется во внимание влияние фактора внезапности в сравнении с решением, принимаемым в спокойной обстановке[6].

В отечественной действительности, возможно, рецепция такой практики целесообразна, однако наряду с судебно-медицинской экспертизой. Возможно два варианта:

- привлечение специалистов для проведения *test for negligence* в рамках процессуального института судебной экспертизы. В этом случае такой тест становится составной частью судебно-медицинской экспертизы и задается специалистам экспертной комиссией;

- привлечение специалистов для проведения *test for negligence* в рамках процессуального института специалистов. В этом случае к участию в таком тесте специалистов привлекает суд вне рамок судебно-медицинской экспертизы.

В любом случае требуется исключить смешение экспертов и специ-

алистов в рамках процессуального института судебных экспертов, как и смешение процессуальных институтов экспертов и специалистов, для чего состав судебно-медицинской экспертной комиссии формировать исключительно из числа профессиональных судебно-медицинских экспертов. Ничто не мешает им приобрести по своему усмотрению необходимую специализацию, чтобы в последующем давать экспертную оценку по соответствующей врачебной специальности. Это обеспечит, во-первых, однородность процессуального института судебно-медицинских экспертов; во-вторых, различение комиссионной и комплексной экспертиз; в-третьих, различение процессуального института судебно-медицинских экспертов от процессуального института специалистов.

Вопрос медицинской специфики положения судебного эксперта, в сущности, это вопрос, во-первых, противопоставления процессуального положения института судебно-медицинской экспертизы материально-правовому положению института специалистов-клиницистов; во-вторых, дифференциации задач судебно-медицинской экспертизы в зависимости от задач доказывания в соответствии с характером правонарушения; в-третьих, дифференциации задач процессуальных институтов судебно-медицинской экспертизы и специалистов по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг.

Противопоставление института судебно-медицинской экспертизы институту специалистов-клиницистов необходимо для того, чтобы исключить корпоративность в силу единства медицинской профессии интересов клиницистов и медицинских экспертов - тогда будут исключены обвинения в этом экспертах и необходимость в выделении «независимой» экспертизы.

Дифференциация задач судебно-медицинской экспертизы в зависимости от задач доказывания в соответствии с характером правонарушения необходима для того, чтобы различающиеся в зависимости от бремени доказывания составы гражданских правонарушений не

получали однородно-непригодную для этих целей экспертную оценку.

Дифференциация задач процессуальных институтов судебно-медицинской экспертизы и специалистов необходима по этой категории дел для того, чтобы оба института использовались с разных полюсов доказательственного процесса.

Все эти задачи решает законодательное установление для судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг противоположного существующему подходу прямого доказательства на случай полного состава деликта подхода доказательства от обратного на случай усеченного состава деликта: если в первом случае (виновной ответственности) необходимо установить причинно-следственную связь между посягательством и наступившим вредом, то во втором (безвиновной ответственности) - исключить происхождение вреда вследствие форс-мажорных обстоятельств и иных факторов (своего рода «презумпция виновности»).

Вопрос материально-правового положения судебного эксперта до настоящего времени не возникал. Между тем уже факт деления судебных экспертов на государственных и не государственных его поднимает.

Так, в соответствии с требованием Федерального закона № 73-ФЗ от 31.05.2001 «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» государственным судебным экспертом является работник, состоящий в штате государственного судебно-экспертного учреждения и замещающий должность, в служебные обязанности которого входит производство судебных экспертиз. Как работник государственного судебно-экспертного учреждения, судебно-медицинский эксперт должен отвечать профессиональным и квалификационным требованиям, предъявляемым к судебному эксперту (ст. 13 Федерального закона № 73-ФЗ), что устанавливается в процессе его аттестации.

Является ли государственный судебный эксперт государственным служащим и, следовательно, отно-

сится ли его должность к Реестру должностей государственной службы?

Являются ли служебные обязанности, профессиональные и квалификационные требования различными для государственных и не государственных судебных экспертов?

Относятся служебные обязанности, профессиональные и квалификационные требования, предъявляемые к судебному эксперту, к числу процессуально- или материально-

ской процедуре тоже оплачивается, хотя бы и не государством, а самими сторонами. Тем самым различается не правовое положение, а источник оплаты деятельности государственных и не государственных судебных экспертов.

С учетом перечисленных и других неопределенностей очевидно, что:

- наряду с процессуальным существует и материально-правовое положение судебного эксперта – по крайней мере, профессионального,

СПОРАМ О ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ[7].

Проблемы правосудности судебных решений по спорам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг[8] происходят из несоответствия правоприменительного вывода потребностям правосудия, которые в наиболее общем виде заключаются в:

- максимально полном установлении фактических отношений, имевших место в действительности;
- наиболее точной юридической оценке этих отношений;
- правильном разрешении существующего правового конфликта.

Потребности правосудия по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг в целом сводятся, во-первых, к выбору применимой нормы права; во-вторых, к оценке доказательств; в-третьих, к контролю и перепроверке законности и обоснованности решения (установлению формальной истины).

Критериями правосудности судебного решения по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг является соответствие судебного решения по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг материально-правовой реальности (существо объективной истины) в пределах иска, существо медицинской профессии и существо права на здоровье.

3.1. Принцип формальной истины не противоречит принципу объективной истины: не потому *res iudicata pro veritate habetur* (судебное решение должно приниматься за истину), что истинным является всякое судебное решение, а потому, что в рамках требований формальной истины с необходимой достаточностью устанавливается объективная истина. Отсюда вопрос формальной истины – это степень соответствия судебного решения основанию и предмету иска. Требования формальной истины относятся к пределам, а требования объективной истины – к содержанию судебного исследования, результаты которого отражаются в судебном решении. Чтобы установить формальную истину в пределах иска, суду нужно

Сказать неправду и не сказать правду – это не одно и то же.

правовых?

Является ли юридически основательным приравнивание положения специалистов-клиницистов, включаемых в состав судебно-медицинской экспертной комиссии, к положению судебно-медицинского эксперта?

Если ответственность судебного эксперта наступает, в частности, за дачу заведомо ложного заключения, то наступает ли, какая и по каким основаниям ответственность эксперта за неполноту, недостоверность, необоснованность и т.д. заключения эксперта? Ведь сказать неправду и не сказать правду – это не одно и то же.

Если бы в качестве судебного эксперта привлекались исключительно специалисты, вовне процесса осуществляющие не судебно-экспертную деятельность, вопрос об их материально-правовом положении, возможно, не возник. Однако в существующих реалиях судебными являются эксперты, профессионально осуществляющие именно судебно-экспертную деятельность – именно эта деятельность составляет их профессию.

Отнесение судебных экспертов к числу государственных означает лишь то, что их деятельность оплачивается из государственной казны (по крайней мере, участие в публично-правовых процедурах). Оплата деятельности судебных экспертов в частноправовой, граждан-

не выделенное в действующем законодательстве;

- наряду с процессуальной должна быть и материально-правовая ответственность судебного эксперта, в настоящее время не существующая;

- деление судебных экспертов на государственных и не государственных не является оправданным, поскольку означает лишь различия в источнике оплаты их деятельности, но не правового положения.

Таким образом, предмет судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг охватывает равно установление источников происхождения, выявление обусловленности и определение меры умаления здоровья и в значительной степени определяется предназначением и пределами такой экспертизы, а также пределами компетенции проводящих ее экспертов. Это требует различения, дифференциации и взаимного обособления целого ряда понятий, категорий, институтов и подходов, используемых в нынешней судебно-медицинской экспертной практике, как и устранения необоснованных различий между ними.

3. ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОЙ ОЦЕНКИ ВЫВОДОВ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО

реконструировать действительность в пределах объективной истины.

Суды по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг не дифференцируют предмет доказывания в зависимости от применимой нормы права в связи с основанием иска, что прямо отражается на содержании и качестве заключения судебно-медицинской экспертизы. Это обуславливает необходимость формулирования вопросов для судебно-медицинской экспертизы как единое экспертное задание в зависимости от применимой нормы права и вытекающего из нее предмета доказывания.

В делах о нарушении прав потребителя, тем более о причинении вреда здоровью, тем более при оказании медицинских услуг презумпция вины причинителя имеет особое значение. Презумпция вины причинителя по такого рода делам должна стать принципом судебно-медицинской экспертизы. Это означает, что судебно-медицинской экспертизе по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг следует исходить из его обусловленности действиями причинителя до тех пор, пока ему не доказано иное происхождение вреда.

3.2. Соответствие судебного решения по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг существу медицинской профессии состоит в нахождении согласия во мнениях носителей этой профессии – судебно-медицинских экспертов и клиницистов.

Проблемную область судебно-медицинской экспертизы по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг составляют: отсутствие обоснования экспертных выводов; попытка дать правовую оценку исследуемым фактам; дача ответов на поставленные перед экспертом вопросы при недостаточности представленных на экспертизу материалов; противоречия выводов экспертов материалам дела; краткость экспертных заключений, следствием которой становится широкое использование медицинской терминологии (обобщающих оценочных суждений), что не позволяет оценить обоснованность выводов; использование в выво-

дах некорректных формулировок, допускающих возможность принятия различных правовых решений по делу и др.

Причиной недостатков и малой информативности экспертных заключений по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг является некорректное (без учета специфики характера деятельности, обстоятельств дела, а порой и мнения сторон) формулирование вопросов – обычно крайне избыточных, повторяющихся и малопонятных в целевом назначении – эксперту, что дезориентирует последнего в потребностях конкретной правовой процедуры. Предмет доказывания, который обычно явно не определяется судом в процессе, имеет большое значение для ориентации сторон в формулировании вопросов для судебно-медицинской экспертизы и судебно-медицинских экспертов для формулирования своих выводов в форме, содержания и объеме, необходимых для правоприменения.

Суды по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг не проводят анализ экспертного заключения, его последовательности и согласованности во всех его частях, не проверяют выводы экспертов на предмет достоверности, полноты и объективности. В судебных решениях не указывается, на чем основаны выводы экс-

перта, приняты ли им во внимание все материалы, представленные на судебно-медицинскую экспертизу по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг, и дан ли им соответствующий анализ. В результате суд либо передоверяется экспертным выводам, основывая на них правоприменительный вывод, либо дает им юридическую оценку, не имеющую объективного выражения положенных в ее основу критериев. Тем самым суд

лишь придает форму своему выводу, содержание которого предопределяется экспертами.

Причины невыполнения судебно-медицинской экспертизой своего назначения по гражданским делам, в частности, о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг, в настоящее время в наиболее общем виде таковы[9] – судебно-медицинская экспертиза не обладает надлежащей:

1. объективностью, обоснованностью и достоверностью;
2. полнотой ответов на поставленные и необходимые для каждой из сторон вопросы;
3. пригодностью для использования в качестве процессуального инструмента при доказывании и для подтверждения каждой из сторон своей позиции или опровержения позиции противоположной стороны.

Институт специалистов, который практически не используется судом по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг, целесообразно привлекать для медицинской оценки выводов судебно-медицинской экспертизы перед последующей правовой их оценкой судом на условиях состязательности (с обеих сторон).

В процессуально-правовом значении заключение судебно-медицинской экспертизы по граж-

Суды по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг не дифференцируют предмет доказывания в зависимости от применимой нормы права в связи с основанием иска, что прямо отражается на содержании и качестве заключения судебно-медицинской экспертизы.

данским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг должно позволять признать его доказательством не только по признакам допустимости, относимости, полноты и достоверности, но также и по признаку соответствия, под которым следует понимать непротиворечие экспертных выводов правилам медицинской профессии, поскольку и деятельность, последствия которой лежат в основании иска, и судебно-экспертная

данским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг должно позволять признать его доказательством не только по признакам допустимости, относимости, полноты и достоверности, но также и по признаку соответствия, под которым следует понимать непротиворечие экспертных выводов правилам медицинской профессии, поскольку и деятельность, последствия которой лежат в основании иска, и судебно-экспертная

деятельность имеют единое медицинское происхождение. Это требует от экспертов учета всего многообразия школ медицинской науки и существующих подходов и профессиональных технологий медицинской практики, на обобщенных постулатах которых единственно можно строить обоснование своих выводов.

В материально-правовом значении выводы судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам

цинской оценки профессиональной медицинской деятельности, необходимо привлечение сведущего в медицине профессионального юриста как специалиста медико-юридического профиля.

Таким образом, оценка доказательств как результат их исследования становится двухуровневым: предварительная оценка специалистом и заключительная оценка судом.

В той мере, в какой формируются

информации о личном здоровье и обязательность получения такой информации в связи с получением медицинской помощи.

Строго говоря, неприкосновенность информации о личном здоровье и обязательность получения такой информации укладываются в объем права на личную неприкосновенность как ее информационный режим в связи с получением медицинской помощи.

Правосудность судебного решения по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг требует установления соответствия медицинского пособия как правомерного нарушения личной неприкосновенности (и ее информационного режима) воле и интересам правообладателя.

Разумность действий и добросовестность правообладателя следует считать презумпцией позитивной мотивации – до тех пор, пока не установлено иное, т.е. негативная мотивация в силу ощущения собственной уязвимости, порождающей намерение причинить вред другим, как в случае с заражением трудно- или неизлечимой болезнью, либо в силу необходимости избежания более значимых для себя утрат (материальных или моральных), порождающей намерение причинить вред себе. Намерение пациента причинить вред себе в силу возможности взыскать его возмещение (компенсацию) с медицинской организации, т.е. по существу членовредительство ради призрачной вероятности, представляется не находящим жизненных оснований.

Если пациент согласился с медицинским вмешательством, это означает, что он согласился, во-первых, с его последствиями для здоровья; во-вторых, с любыми его последствиями для здоровья; в-третьих, с его последствиями большими, чем это объективно допустимо.

Объем и содержание волеизъявления правообладателя по поводу здоровья в связи с получением медицинской помощи определяются по следующему алгоритму: дозированное воздействие – дозированное влияние на здоровье – дозированное предотвращение неоправданного вреда – дозированное волеизъявление.

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

о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг должны так соответствовать существу нормы материального права, применимой в конкретном споре, и предмету доказывания, чтобы позволять сделать единственно возможный правоприменительный вывод.

Для целей оценки доказательств насущным является привлечение в процесс по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг специалистов. Более того, обязательным – в силу неоднородности потребностей суда удостовериться в доказательной силе доказательств по делу – является привлечение разных специалистов:

- поскольку это дела о пороках практической профессиональной деятельности, необходимо привлечение практиков-клиницистов как осуществляющих такую деятельность;

- поскольку объектом сомнения является заключение судебно-медицинской экспертизы, необходимо привлечение не участвовавшего в ее производстве судебно-медицинского эксперта как своего рода эксперта в выводах экспертов;

- поскольку предметом сомнения является правовая характеристика доказательной силы заключения судебно-медицинской экспертизы как акта профессиональной меди-

критерии правосудности судебного решения по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг, должен формироваться и судебный институт фактической оценки обстоятельств дела по этим критериям. Это, безусловно, институт судебно-медицинской экспертизы, однако совершенно нового формата. Его задачей является определение круга релевантных фактических обстоятельств, подлежащих исследованию, и их фактическая оценка, на основе которой суд в состоянии дать им правовую оценку. Возможно, интеграция в существующий процессуальный механизм такого института может происходить посредством создания предэкспертной стадии при назначении судебно-медицинской экспертизы.

3.3. Право (обязанность) на оказание медицинской помощи является подчиненным праву на здоровье. Это означает, что воля пациента обладает приоритетом над свободой медицинской помощи. В отсутствие явно выраженной воли правообладателем любая медицинская помощь является противоправным посягательством, а ее последствия – вредом здоровью, если иное впоследствии не будет признано правообладателем.

Право на здоровье в общем виде включает право на личную неприкосновенность, неприкосновенность

Исследование (оценка) совпадения воли получателя и исполнителя медицинских услуг укладывается в выяснение того, насколько информационно основательно и в какой мере пациент был готов поступиться здоровьем, а также в какой мере это совпало с действительностью в процессе и в результате оказания медицинской помощи.

Волеизъявление правообладателя по поводу здоровья имеет приоритет перед изъявлением любой иной воли до тех пор, пока приоритет публичной воли прямо не установлен в федеральном законе с определением масштаба времени и распространения его действия. Волеизъявление правообладателя выполняет по общему правилу роль основания, а также средства различия договорного и внедоговорного режима оценки, границы различия правового режима и условия (предела) оказания медицинской помощи, дифференцируя правомерность учета волеизъявления правообладателя по поводу здоровья.

Таким образом, волеизъявление правообладателя для правосудности судебного решения по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг имеет значение отправного начала и мерила правомерности оказания медицинской помощи надлежащего объема и содержания.

В целом, потребности правовой оценки выводов судебно-медицинской экспертизы по спорам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг приводят к следующему алгоритму судебного правоприменения: анализ основания иска – предварительный выбор применимой нормы права – определение предмета доказывания – формулирование экспертного задания – анализ медицинской обоснованности заключения судебно-медицинской экспертизы по делу – анализ правовой обоснованности заключения судебно-медицинской экспертизы по делу – формулирование правоприменительных выводов.

Медицинские показатели обоснованности выводов судебно-медицинской экспертизы по медицинским спорам:

- непротиворечие правилам меди-

цинской профессии;

- прочность экспертных оснований;

- однозначность в пределах объекта исследования.

Правовые показатели обоснованности выводов судебно-медицинской экспертизы по медицинским спорам:

- соответствие предмету доказывания и применимой норме права;

- доступность экспертных выводов юридической интерпретации;

- внутренняя непротиворечивость экспертной интерпретации фактических обстоятельств спора правовой квалификации.

Таким образом, проблемы судебного правоприменения в спорах о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг в общем виде обусловлены недоучетом специфичности посягательства и различий составов деликта, отсутствием инструментов правовой оценки выводов судебно-медицинской экспертизы и недоиспользованием существующих процессуальных механизмов их верификации.

Использованные источники:

1. Тихомиров А.В.. Медицинская услуга: Правовые аспекты. - М.: Филинъ, 1996 - 352 с.; Тихомиров А.В.. Медицинское право. Практическое пособие. - М.: Статут, 1998 - 418 с.; Чичикалов А.В., Тихомиров А.В. Здоровье как защищаемое законом благо. //Сборник «Медицина и право». Материалы первой Всероссийской конференции. - М.: Институт «Открытое общество». Международная академия предпринимательства. 1999 (февраль), С.39-46; Тихомиров А.В. Медицинская услуга: правовые аспекты //Здравоохранение. - 1999. - № 8. - С.161-178; Тихомиров А.В. Договор о возмездном оказании медицинских услуг //Здравоохранение. - 1999. - № 10. - С.159-174; Тихомиров А.В. Договор о возмездном оказании медицинских услуг как документ: общие положения //Здравоохранение. - 1999. - № 11. - С.147-156; Тихомиров А.В. Правовое значение документации в медицине //Здравоохранение. - 2000. - № 4. - С.167-179; Тихомиров А.В. Договор об оплате медицинских услуг

//Здравоохранение. - 2000. - № 5. - С.155-168; Тихомиров А.В. Разбор практики составления договоров //Здравоохранение, 2000, № 8, С.163-172; Тихомиров А.В. Разбор практики составления договоров //Здравоохранение. - 2000. - № 9. - С.157-164; Тихомиров А.В. Вред от врачебных действий (ятрогенный деликт) //Здравоохранение. - 2000. - № 11. - С.149-164; Тихомиров А.В. Права пациента //Здравоохранение. - 2001. - № 2. - С.159-168; Тихомиров А.В. Правовой режим информации, предоставляемой пациенту //Здравоохранение. - 2001. - № 7. - С.161-171; Тихомиров А.В. К вопросу об обязательствах вследствие причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг //Закон и право. - 2001. - № 8. - С.24-33; Тихомиров А.В. Значение договора при оказании медицинских услуг //Российская юстиция. - 2002. - №8. - С.16-17; Тихомиров А.В. Ятрогенный деликт в правоприменении //Главный врач: хозяйство и право. - 2004. - № 1. - С.44-48; Стародубов В.И., Лозовский А.В., Тихомиров А.В. Предмет оплаты в здравоохранении //Главный врач: хозяйство и право. - 2004. - № 3. - С.13-17; Тихомиров А.В. Значение договора при предоставлении медицинской услуги //Главный врач: хозяйство и право. - 2004. - № 4. - С.3; Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Значение, придаваемое договору об оказании медицинских услуг подзаконными нормативно-правовыми актами //Главный врач: хозяйство и право. - 2004. - № 6. - С.20-25; Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Значение, придаваемое договору об оказании медицинских услуг подзаконными нормативными актами //Главный врач: хозяйство и право. - 2004. - № 6. - С.26-34; Тихомиров А.В. Договор – не мера административного усмотрения //Главный врач: хозяйство и право. - 2004. - № 6. - С.51-53; Тихомиров А.В. Медицинская помощь вне пределов медицинской услуги //Главный врач: хозяйство и право. - 2005. - № 1. - С.39-43; Иванов А.В., Тихомиров А.В. Информация как объект оборота в области охраны здоровья //Главный врач: хозяйство и право. - 2005. - № 2. - С.29-31; Иванов А.В., Сухов Ю.Ю., Тихо-

миров А.В. Юридическое значение договора о возмездном оказании медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право. – 2005. – № 3. – С.20-28; Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Экономическое значение договора о возмездном оказании медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право. – 2005. – № 4. – С.22-30; Тихомиров А.В. Претензия потребителя и правовой анализ спорной ситуации. // Главный врач: хозяйство и право. – 2005. – № 4. – С.49-52; Стародубов В.И., Сухов Ю.Ю., Тихомиров А.В. Организующая роль договора о возмездном оказании медицинских услуг в совершенствовании управления здравоохранением // Главный врач: хозяйство и право. – 2005. – № 5. – С.17-27; Тихомиров А.В. Проблематика деликта при оказании медицинской помощи на основании договора // Главный врач: хозяйство и право. – 2007. – № 4. – С.2-9; Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Практика договорных отношений в связи с оказанием медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право. – 2007. – № 4. – С.48-52; Тихомиров А.В. Обязательства из причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право. – 2007. – № 5. – С.21-27; Тихомиров А.В. Последствия договорной неопределенности медицинской помощи в составе медицинской услуги // Главный врач: хозяйство и право. – 2007. – № 6. – С.17-25; Пузин С.Н., Тихомиров А.В. Валиооценка состояния здоровья граждан // Главный врач: хозяйство и право. – 2007. – № 6. – С.37-39; Тихомиров А.В. Переговоры по претензии потребителя в медицинском бизнесе // Главный врач: хозяйство и право. – 2008. – № 5. – С.48-55; Тихомиров А.В. Обязательства из причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Адвокат. – 2008. – № 5. – С.92-94; Тихомиров А.В. Проблематика деликта при оказании медицинской помощи на основании договора // Современное право. – 2008. – № 6. – С.67; Тихомиров А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – М., 2008; Тихомиров А.В.

Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг: Дисс. ... канд. юрид. наук. – М., 2008, 165 с.; Панов А.В., Тихомиров А.В. Соотношение договорных и деликтных обязательств при оказании медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 3. – С.24-31; Иванов А.В., Тихомиров А.В. Страхование и медицинская деятельность // Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 5. – С.32-40; Тихомиров А.В. Проблемы правовой квалификации вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 2. – С.15-22; Тихомиров А.В. Уязвимости содержания договора при оказании медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 4. – С.35-43; Тихомиров А.В. Заявление - претензия // Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 4. – С.51-53; Родин О.В., Тихомиров А.В. Государственные услуги: проблемы правового смысла и терминологии // Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 5. – С.7-8.

2. Абдуллина В.С. Гражданско-правовая ответственность за нарушения в сфере оказания медицинских услуг: некоторые вопросы теории и практики: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Казань, 2007; Антоненко А.Ф. Конституционное право граждан на медицинскую помощь: содержание и проблемы реализации: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2006; Балашова Г.В. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации: Автореф. дис. канд. юрид. наук. – М., 2000; Бахин С.В. Научно-технический прогресс в области медицины и международно-правовая защита прав человека: Автореф. дис. канд. юрид. наук. – Л., 1990; Бушуева В.П. Конституционное право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации на современном этапе. Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – М., 2006; Васильева Е.Е. Договор возмездного оказания медицинских услуг по законодательству Российской Федерации. Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Томск, 2004; Власенкова В.В. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации: Автореф.

дисс. ... канд. юрид. наук. – Москва, 2007; Горбунова А.В. Гражданско-правовое регулирование оказания медицинских услуг в Российской Федерации. Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – СПб, 2004; Густов Д.А. Правовое регулирование медицинского страхования. Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – СПб, 2005; Долаев Ш.Р. Прогресс в медицине и проблема защиты прав человека: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2004; Егизарова С.В. Компенсация морального вреда, причиненного при оказании медицинских услуг: теоретический и практический аспект: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2007; Егоров К.В. Правомерное и неправомерное причинение вреда в сфере медицинской деятельности: гражданско-правовой аспект: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Казань, 2006; Елина Н.К. Правовые проблемы оказания медицинских услуг: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Волгоград, 2006; Зайцева Н.В. Договор по оказанию медицинских услуг: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Волгоград, 2004; Ильина Е.Р. Проблемы оценки заключения судебно-медицинского эксперта в современном уголовном процессе России. Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – Самара, 2005; Каменева З.В. Проблемы реализации и защиты прав граждан на медицинскую помощь. Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – Белгород, 2004; Капранова С.Ю. Страхование гражданской ответственности исполнителя медицинской услуги. Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – Волгоград, 2007; Литовка А.Б. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации: конституционно-правовое исследование: Дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2005; Ломакина И.Г. Гражданско-правовое регулирование отношений по оказанию медицинских услуг в Российской Федерации: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2006; Маленко Т.В. Правовые проблемы возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью граждан: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – М., 2006; Малышко А.Ю. Правовой статус граждан Российской Федерации при оказании медицинской помощи: Административно-правовой аспект. Автореф. дисс. ... канд. юрид.

наук. – М.: 2004; Машкова С.Ю. Гражданско-правовые проблемы страхования имущественных интересов участников отношений оказания медицинской помощи: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – М., 2005; Мелихов А.В. Гражданско-правовая ответственность за вред, причиненный здоровью или жизни пациента (вопросы теории и практики): Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук – Волгоград, 2006; Мнацаканян А.С. Гражданско-правовая ответственность исполнителя медицинских услуг: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук – Краснодар, 2008; Муравьева Е.В. Гражданско-правовая ответственность в сфере медицинской деятельности: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук – Ростов-на-Дону, 2004; Нагорная С.В. Договор об оказании медицинских услуг: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук – Белгород, 2004; Папеева К.О. Институт медицинской тайны как объект уголовно-правовой охраны: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук – Н.-Новгород, 2006; Рашидханова Д. К. Проблемы правового регулирования отношений при производстве медицинского вмешательства в репродуктивные процессы человека: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук – Махачкала, 2005; Рябинина О.В. Организационно-правовые аспекты внедрения страхования гражданской ответственности за причинение вреда жизни и здоровью в результате медицинского вмешательства: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук – М., 2008; Сагалаева Е.С. Правовое регулирование оказания медицинских услуг несовершеннолетним: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук – М., 2007; Сидорович Ю.С. Гражданско-правовая ответственность за медицинскую ошибку. Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – М., 2005; Сироткина А.А. Договор оказания медицинских услуг: особенности правового регулирования. Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук – М., 2004; Сухарникова Л.В. Особенности расследования неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук – СПб., 2006; Холодова Т.Ю. Конституционно-правовое обеспечение прав граждан на охрану

здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации. Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. – М., 2007; Шевчук С.С. Личные неимущественные права граждан в сфере медицинских услуг по гражданскому законодательству России: Дис. ... докт. юрид. наук – Ростов-на-Дону, 2005. – 419 с.

3. Баринов Е.Х., О.В.Родин, А.В.Тихомиров. Предметная область судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. – 2010. – № 3. – С.8-15.

4. В криминалистической литературе (Вандер М. Б., Майорова Г. В., 1997 и др.) считается не совсем точным отнесение к объектам экспертизы вещественных доказательств. Действительно, зачастую предметы или вещества приобретают соответствующий процессуальный статус и приобщаются к делу в качестве вещественных доказательств только после проведения специальных исследований и получения заключения эксперта, т. е. когда установлено их юридическое значение. На экспертизу же обычно направляются объекты, являющиеся потенциальными вещественными доказательствами, на которые распространяется статус приложений к протоколам следственных и судебных действий, в ходе которых они были изъяты (конкретные предметы, вещества, материалы и др.).

5. Strauss S.A. Legal Handbook for Nurses and Health Personnel. 4-th ed. Cape Town, King Edward VII Trust, 1981. – 210 p.

6. Тихомиров А.В.. Медицинское право. Практическое пособие. - М.: Статут, 1998 - 418 с. – С. 262-263

7. Пашинян Г.А., Родин О.В., Тихомиров А.В. Проблемы судебно-медицинской экспертизы в условиях рынка // Главный врач: хозяйство и право. – 2008. – № 6. – С.45-52; Родин О.В., Пашинян Г.А., Тихомиров А.В. Потребности правовой процедуры в связи с необходимостью проведения судебно-медицинской экспертизы // Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 2. – С.38-43; Пашинян Г.А., Родин О.В., Тихомиров А.В. Возможности совершенствования нормативно-

правовой базы и механизмов защиты прав пациентов в РФ при текущей социально-экономической и политической ситуации // Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 1. – С.24-26; Пашинян Г.А., Родин О.В., Тихомиров А.В. Пути совершенствования правовой обоснованности выводов судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 2. – С.22-28; Родин О.В., Тихомиров А.В. Организационные пути совершенствования правовой обоснованности судебно-медицинских экспертиз по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. – 2010. – № 2. – С.15-18; Пашинян Г.А., Родин О.В., Тихомиров А.В. Состояние судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. – 2010. – № 2. – С.19-23; Баринов Е.Х., Родин О.В., Тихомиров А.В. Правовая общность и различия медицинской деятельности и судебно-медицинской экспертизы // Медицинская экспертиза и право. – 2010. – № 3. – С.5-7; Родин О.В., Панов А.В., Тихомиров А.В. Проблемные аспекты договора и деликта из оказания медицинских услуг в гражданском процессе // Медицинская экспертиза и право. – 2010. – № 3. – С.16-21.

8. Панов А.В., Тихомиров А.В. Правосудность судебного решения по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 4. – С.35-43 (начало); № 5. – С.41-49 (продолжение); Панов А.В. Проблемы правосудности судебных решений по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. – 2010. – № 1. – С.18-24.

9. Родин О.В. Правовая оценка выводов судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. – 2010. – № 4. – С.4-5.

Перечень публикаций в журнале "Главный врач: хозяйство и право" за 2010 год (указаны номер и страница публикации)

МНЕНИЕ

В.В.Пономаренко ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПАЦИЕНТУ КАК АЛЬТЕРНАТИВА БЕЗУСЛОВНОЙ «КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ»	5-42
И.В.Павленко КТО ГАРАНТИРУЕТ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ?	5-46

ОБЗОР

УСТАВ НЕКОММЕРЧЕСКОГО ПАРТНЕРСТВА «Национальная Медицинская Палата»	1-18
С.В.Лазарев, Д.С.Мирсаяфов, А.В.Тихомиров ПЕРСПЕКТИВА САМОРЕГУЛИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	1-25
С.А.Ануфриев КЛЮЧЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕНЕДЖМЕНТА В МЕДИЦИНСКИХ КЛИНИКАХ	1-33
С.В.Лазарев МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕЙСТВУЮЩЕЙ РАЗРЕШИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ	1-36
С.В.Лазарев, С.А.Мамонтов, А.В.Тихомиров ПРЕПЯТСТВИЯ ДЛЯ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ	1-44
Д.А.Борисов, С.В.Лазарев, С.С.Мисюлин ОГРАНИЧЕНИЯ ПРАВ СУБЪЕКТОВ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	2-9
О.В.Леонтьев, И.Ж.Искаков ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ	2-14
Д.А.Борисов СИСТЕМЫ И СИСТЕМООБРАЗОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	2-16
А.В.Тихомиров НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СПЕЦИАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН	2-27
С.В.Лазарев СОСТОЯНИЕ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РАЗРЕШИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ДЛЯ ПОДНАДЗОРНЫХ ХОЗЯЙСТВУЮЩИХ СУБЪЕКТОВ	2-36
С.В.Лазарев, С.А.Мамонтов, А.В.Тихомиров ПРЕПЯТСТВИЯ ДЛЯ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ (продолжение)	2-45
О.В.Леонтьев, И.Ж.Искаков ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ОТНОСИТЕЛЬНО САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ СФЕРА ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ	3-14
С.В.Лазарев, А.В.Тихомиров ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДЗАКОННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СФЕРЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН	3-16
Г.А. Комаров ХРОНИЧЕСКИЙ ДЕФОЛТ В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ И УРОВЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ	3-23
С.В.Лазарев ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ФУНКЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ И ГОСУДАРСТВЕННОГО НАДЗОРА	3-27
С.А.Мамонтов, А.В.Тихомиров ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ	3-37
Д.А.Борисов ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭКОНОМИКА ПУБЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	3-45
С.Г.Коротаев РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	3-51
С.В.Лазарев, С.С.Мисюлин АДМИНИСТРАТИВНЫЕ БАРЬЕРЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК БЕГ С ПРЕПЯТСТВИЯМИ МАЛОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА В РОССИИ	4-16
С.В.Лазарев, А.В.Тихомиров ПЕРСПЕКТИВА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО НАДЗОРА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	4-25
Д.А.Борисов ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭКОНОМИКА ПУБЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (продолжение)	4-30
А.В.Тихомиров УЯЗВИМОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ДОГОВОРА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	4-35
О.В.Родин, А.В.Тихомиров ГОСУДАРСТВЕННЫЕ УСЛУГИ: ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО СМЫСЛА И ТЕРМИНОЛОГИИ	5-7
С.В.Лазарев МОДЕРНИЗАЦИЯ РАЗРЕШИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В РЕГУЛИРОВАНИИ ГРАЖДАНСКОГО ОБОРОТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	5-9

А.В.Тихомиров	
ОТРАСЛЕВАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	5-17
С.А.Мамонтов, А.В.Тихомиров	
ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОБЛЕМ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ (продолжение)	5-26
А.В.Тихомиров	
ПРОБЛЕМЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ОБОРОТА В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН	5-32
А.В.Тихомиров	
ВЕДОМСТВЕННАЯ (АДМИНИСТРАТИВНАЯ) ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	6-8
В.В.Назарова, О.В.Леонтьев	
ФОРМИРОВАНИЕ СТРАТЕГИИ КОМПАНИИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	6-19
А.В.Тихомиров	
ПРЕДЕЛЫ ДОГОВОРНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	6-29
А.В.Тихомиров	
ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОГО ПРАВОПРИМЕНЕНИЯ В СПОРАХ О ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	6-36

ОПЫТ

А.В.Панов	
ЛОББИРОВАНИЕ ИНТЕРЕСОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В АМЕРИКЕ ДОСТИГАЕТСЯ ЧЕРЕЗ ОБЪЕДИНЕНИЕ В АССОЦИАЦИИ	5-49

ПОЧТИ ОФИЦИАЛЬНО

О.В.Леонтьев	
О ПРОЕКТЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ГАРМОНИЗАЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВ ГОСУДАРСТВ – ЧЛЕНОВ ЕВРАЗЭС В ОБЛАСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ	1-2
А.В.Тихомиров	
ЗАСЕДАНИЕ СОВЕТА РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО ВОПРОСАМ МАЛОГО И СРЕДНЕГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА	1-5
С.С.Мисюлин	
КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ КАК КАТЕГОРИЯ ЧАСТНЫХ (ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ) ПРЕДПОЧТЕНИЙ	1-8
А.В.Тихомиров	
КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ РЫНОЧНОЙ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	1-11
А.В.Тихомиров	
ХРОНИКИ НЕПРОВЕДЕННОЙ РЕФОРМЫ (апрель 2010)	2-5
А.В.Тихомиров	
РЕФОРМА БЮДЖЕТНОЙ СФЕРЫ vs РЕФОРМА СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ	3-5
А.В.Тихомиров	
ОСНОВЫ ПРОЕКТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН	3-10
А.В.Тихомиров	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТНОГО АНАЛИЗА ЗАКОНОПРОЕКТА МЗиСР ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ от 25.05.2010	4-2
А.В.Тихомиров	
АНАЛИЗ ЗАКОНОПРОЕКТА МЗиСР «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»	4-6
А.В.Тихомиров	
ДОКЛАД НА ЗАСЕДАНИИ ОБЩЕСТВЕННОЙ ПАЛАТЫ РФ 22 сентября 2010 г.	5-2
А.В.Тихомиров	
КОММЕНТАРИЙ К ЗАКОНОПРОЕКТУ МЗиСР ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ СТРАХОВАНИИ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПЕРЕД ПАЦИЕНТАМИ от 03.09.2010	5-4
А.В.Тихомиров	
ОБЗОР СОЦИАЛЬНОГО БЛОКА ПРОГРАММ РОССИЙСКИХ ПАРТИЙ	6-2

ПРОЦЕСС

А.В.Панов	
О МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ЭКСТРЕМИЗМА НУЖНО ДУМАТЬ ЗАРАНЕЕ	4-44
А.В.Тихомиров	
ЗАЯВЛЕНИЕ – ПРЕТЕНЗИЯ	4-51



Леонтьев Олег Валентинович, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)
 Координаты для связи:
 тел. 8-904-455-47-41
 E-mail: lov63@inbox.ru



Назарова Варвара Вадимовна, преподаватель кафедры «Финансовые рынки. Финансовый менеджмент» ГУ Высшая Школа Экономики (СПб филиал), к.э.н.
 Координаты для связи:
 тел. 8911 948 99 83;
 E-mail: nvarvara@list.ru



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

Подписка в любом почтовом отделении связи по каталогу "Роспечать"

ф. СП-1

ФГУП "ПОЧТА РОССИИ"
 УФПС г.Москва

АБОНЕМЕНТ на журнал
(индекс издания)

Главный врач: хозяйство и право
(наименование издания)

Количество комплектов:

на 2011 год по месяцам:

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

Куда
(почтовый индекс) (адрес)

Кому
(фамилия, инициалы)

ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА

на журнал
(индекс издания)

Главный врач: хозяйство и право
(наименование издания)

Стоимость	подписки	руб. <input type="text"/>	коп. <input type="text"/>	Количество комплектов: <input type="text"/>
	переадресовки	руб. <input type="text"/>	коп. <input type="text"/>	

на 2011 год по месяцам:

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

Куда
(почтовый индекс) (адрес)

Кому
(фамилия, инициалы)

ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ К ПУБЛИКАЦИИ

1. Общие требования к предоставляемым материалам:

1.1. Статья должна соответствовать профилю и уровню научных публикаций журнала.

1.2. Язык публикуемых статей – русский.

1.3. Объем статьи не лимитируется (статьи объемом более 30000 знаков публикуются частями в последовательных номерах).

1.4. Статьи публикуются в порядке очередности их представления. В случае если автор является подписчиком журнала, представляемая им статья имеет приоритет в сроках публикации. 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.

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.