

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 ситуации¹/Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 1. - С.24-26.

В сфере защиты прав пациентов последнее время стоит слишком много пустой популистской трескотни. Организаций по защите прав пациентов не создает только ленивый: их прибавляется перед каждыми выборами. Образовался целый общественный совет при Росздравнадзоре. А сдвигов не происходит. Кроме травли врачей в СМИ. И предложений, которые могут быть подхвачены обществом и государством, у многочисленных защитников прав пациентов за это время также не родилось.

Разумеется, пока пациент не будет поставлен в центр механизма оплаты государством оказываемых ему медицинских услуг, он будет оставаться прозрачным для учреждений здравоохранения и безразличным для работающего в них медперсонала. Однако если сформируется работоспособный механизм наступления персональной и имущественной ответственности при оказании медицинских услуг, это, по крайней мере, сделает такое безразличие опасным реальной перспективой возмездия.

Работоспособность такому механизму может придать реалистичность, системность, комплексность, взвешенность и обоснованность.

С этой целью необходимо:

1. ДАТЬ РАЗВИТИЕ ТЕОРИИ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ И ОБУСЛОВЛЕННОГО ЕЮ ДЕЛИКТОГЕНЕЗА.

Медицинская услуга является товарной формой медицинской помощи. Оказание медицинских услуг подчиняется юридическим правилам. Оказание же медицинской помощи подчиняется правилам медицинской профессии. Предваряет и договорные отношения в связи с оказанием медицинских услуг, и оказание медицинской помощи в их составе предоставление соответствующей информации о мере последствий для здоровья. Медицинские услуги порождают деликт как из недостатков их товарной (или потребительской) части, так и из недостатков медицинской помощи и недостатка информации.

Если медицинская помощь не является товаром и не подчиняется юридическим правилам, она лишена потребительской характеристики недостатка качества, но имеет значимую квалификацию недостатка безопасности. Недостаток информации может порождать самостоятельный деликт из пороков воли – любые телесные повреждения, в том числе из технологически правильно оказанной медицинской помощи, являются вредом как неохваченные согласием правообладателя.

2. ПОВЕРНУТЬ КОРПУС ЮРИСТОВ ЛИЦОМ К ПРОБЛЕМЕ ТЕОРИИ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ.

¹ доклад на рабочем экспертном совещании 14 мая 2009 года Регионального общественного фонда «Фонд содействия развитию науки, образования и медицины» при поддержке Общественной палаты России в рамках проекта «Комплексная программа содействия защите прав пациентов в Российской Федерации»

Годами и десятилетиями медицина становится все более калечащей, а судьи, прокуроры, адвокаты продолжают оставаться в шорах стереотипа устоявшейся практики. Нигде не проводится специальная подготовка по медицинским вопросам действующих юристов. Нигде не преподносится теория медицинской услуги, объективно нужная для подготовленности в этих вопросах юристов – одинаково действующих и студентов.

Процессуалисты полностью передоверяются судебно-медицинской экспертизе, полагая, что правовая оценка ее выводов даже и не требуется. Более того, судебно-медицинская экспертиза назначается и тогда, когда основание иска никак не связано даже с возможностью ее назначения.

Вакуум в знаниях заполняется активностью всевозможных кафедр несуществующего медицинского права. Этим насаждается медицинское видение права, а не юридическое видение медицины. И выходят врачи и юристы из вузов, одинаково дезориентированные в правовых реалиях в этой сфере.

Необходимо устранить приоритет клише перед спецификой; приоритет СМЭ перед правосудием; приоритет медицины перед правом и стимулировать развитие института профессиональных юристов из числа обладателей медицинской специальности.

3. СОЗДАТЬ ЕДИНЫЙ АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ, общий для судебной и договорной (прежде всего, страховой) экспертизы и дифференцированный по предмету оценки. Подчинить ему или упразднить всякого рода искусственные построения типа клинико-экспертных комиссий бюджетных учреждений здравоохранения.

На данном этапе судебно-медицинская экспертиза по гражданским «медицинским» делам сама испытывает острую нужду в теории, соответствующей ей подготовке экспертов и подчинении ей экспертных выводов.

В экспертные комиссии привлекаются клиницисты, не имеющие экспертной подготовки и стажа работы в качестве эксперта. Выводы таких комиссионных экспертиз ориентированы не на экспертную оценку для нужд правовой процедуры, а на клинический разбор для нужд лечебно-диагностического процесса, медицинской практики.

В результате благодаря заключению экспертов нередко судебные процессы по вопиющим медицинским делам заканчиваются отказом пострадавшему, а по искам о прыщике могут быть заоблачные взыскания.

4. ПОВЕРНУТЬ ПРОЦЕССУАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ЛИЦОМ К ПРОБЛЕМЕ.

Изменяющаяся роль прокурора по такого рода делам – нововведение полезное. Однако в действительности это мало что меняет. И суд, и прокуратура до сих пор, по аналогии с уголовным процессом, в гражданских делах ищут объективную истину, мало обращая внимание на основание иска и применимую норму материального права, и не формулируют предмет доказывания, дезориентируя в последующем судебно-медицинскую

экспертизу изобилием вопросов сторон, заблуждающихся в собственных задачах доказывания.

В этой связи известны общие предложения о создании специализированных судов, о создании процессуального института правовой экспертизы (Российская) и т.д. Возможно, это целесообразно на будущее. На сегодняшний день суду объективно необходимо:

1. строить гражданский процесс в рамках поиска формальной истины в соответствии с основанием иска, т.е.,

- во-первых, производить квалификацию правонарушения и выверять применимую норму права, приведенную в исковом заявлении;

- во-вторых, определять предмет доказывания и распределять обязанности по доказыванию между сторонами;

- в-третьих, требовать от сторон обоснования соответствия сформулированных ими вопросов для судебно-медицинской экспертизы предмету доказывания.

Возможно, именно для этих целей может понадобиться создание специализированного института правовой экспертизы по Российской.

2. привлекать в состав судебно-медицинских экспертных комиссий только профессиональных судебно-медицинских экспертов, не клиницистов;

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

4. использовать процессуальный институт специалистов и привлекать их с обеих сторон процесса для состязательной обструкции выводов судебно-медицинской экспертизы;

5. иметь инструментарий правовой оценки заключения судебно-медицинской экспертизы и специалистов, как и других доказательств по «медицинским» делам.

Возможно, из числа сейчас очень немногочисленных компетентных специалистов-практиков целесообразно создать институт методологического единства, куда со всей страны могли бы обратиться за консультацией дознаватели, следователи, судьи, защитники, представители, по какому алгоритму следственного или судебного исследования обстоятельств конкретного «медицинского» дела нужно двигаться в процессе.

5. ПОВЕРНУТЬ ПУБЛИЧНЫЙ МЕХАНИЗМ ЛИЦОМ К ОБЩЕСТВУ. Создать основанную на теории медицинской услуги вменяемую идеологию здравоохранения, единую для власти и подвластных.

Если понятно, что здравоохранение должно служить обществу, то надзор ради надзора должен уступить место надзору, помогающему медицинской

организации лечить пациентов. Если же надзор мешает этому, должен быть механизм приведения его в соответствие.

Если понятно, что медицинская помощь качества лишена, а за качество медицинской услуги голосует потребитель своим обращением в медицинскую организацию, то значение для вменяемого здравоохранения приобретает безопасность медицинских услуг.

Именно пороки безопасности медицинских услуг должны лежать в основе судебно-медицинской экспертизы и быть отправным началом при рассмотрении в суде дел о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг.

Если же служба надзора в здравоохранении отождествляет такие характеристики медицинских услуг, как качество и безопасность, и увязывает их с вопросами лицензирования медицинской деятельности, она также должна нести ответственность и присутствовать в суде в качестве соответствчика по «медицинским» делам. Это первое.

Для покалеченных медициной необходимо обеспечить финансирование специализированных реабилитационных центров для устраниния последствий порочного лечения. Механизмы могут быть разные. Это второе.

Наконец, необходим общегосударственный мониторинг всех дефектов лечения и обнародование его результатов. Это третье. Страна должна знать своих героев и их подвиги.

6. РАСПРОСТРАНИТЬ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЕ ЗАКОНА «О ТЕХНИЧЕСКОМ РЕГУЛИРОВАНИИ» и в течение ближайших лет выработать необходимые технические регламенты.

Нынешние платежные стандарты (т.е. оплаты медицинских услуг за счет средств государственной казны) используются как стандарты медицинской профессии. Это низводит медицину как искусство возможного до уровня ремесла, но, самое главное, следование стандартам не избавляет от ответственности за причинение вреда здоровью.

Введение технических регламентов (т.е. «стандартов безопасности») на оказание медицинской помощи – как в составе медицинских услуг, так и за их пределами – сделает понятным, что нельзя нарушать, а потому позволит устанавливать причинителя вреда, подвергая медико-судебной экспертной и правовой оценке в суде его действия. Технические регламенты приобретут и профилактическое значение: медицинский персонал будет знать, чего делать не должно.

7. СОЗДАТЬ ОБЩЕСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ.

Потребность в оценке состояния здоровья на конкретный момент испытывает в целом институт страхования в здравоохранении. Например, для целей личного страхования принятие решения во многом зависит от действительного состояния здоровья клиента, а не от множества справок, возможно, липовых, из множества медицинских организаций. Для целей медицинского страхования, да и просто при обращении пациента, например,

для оперативного вмешательства, необходимо фиксировать показатели здоровья до и после медицинского пособия.

Для этих целей нужен институт оценки здоровья. Разумеется, такой институт должен существовать в сфере экспертной оценки медицинской деятельности, а не в сфере клиницистов.

Существование такого института будет дисциплинировать клиницистов постольку, поскольку после неудачного проведения медицинского вмешательства нельзя будет, например, переписать историю болезни или утверждать, что повреждение существовало до такого вмешательства. Следовательно, оценка здоровья станет значимым подспорьем и при рассмотрении «медицинских» дел в суде.

В целом, существует немало возможностей защиты прав пациента и в существующих условиях, однако проблема в том, что половинчатое введение отдельных из них не повлечет системные последствия.