



## **АНАЛИТИЧЕСКИЙ ДОКЛАД**

# **СИСТЕМА ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ УЛУЧШЕНИЯ**

Москва, 2009

**Система защиты прав пациентов в Российской Федерации: проблемы и перспективы улучшения. Аналитический доклад** / Авторы: Колонато А.Е., Крашенинникова Ю.А., Кузнецов Е.Б., Митина Д.А. Под редакцией Крашенинниковой Ю.А. – М.: Фонд содействия развитию науки, образования и медицины, 2009 г. – 44 с.

В аналитическом докладе рассматриваются основные причины неэффективности существующей системы защиты прав пациентов в России, анализируются различные ее аспекты (нормативно-правовая база, специфика правового самосознания медиков и пациентов, успешность работы отдельных механизмов государственного и общественного контроля над соблюдением прав пациентов). На основе изучения ситуации в России и зарубежного опыта предлагается ряд шагов для улучшения ситуации, которые могут быть реализованы в течение ближайших нескольких лет.

При подготовке доклада использовались средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации №192-рп от 14.04.2008.

© Фонд содействия развитию науки, образования и медицины.

Дизайн, верстка, подготовка к печати: Клочков А.О., Игнатова М.Ю.

44 стр. Тираж 800 экз

Сдано в набор: 20.08.2009.

Подписано к печати: .....

Отпечатано в тип. "Риолис-Принт"

г. Москва, 2009 г.

# Содержание

Преамбула	4
<b><u>Введение</u></b>	6
<b><u>Основные положения доклада</u></b>	8
<b>Глава 1. <u>Общая оценка ситуации</u></b>	12
<b>Глава 2. <u>Состояние нормативно-правовой базы</u></b>	18
<b>Глава 3. <u>Оценка эффективности механизмов защиты прав пациентов</u></b>	25
<b>Глава 4. <u>Проблемы правовой культуры врачей</u></b>	32
<b>Глава 5. <u>Отношение общества к проблемам прав пациентов</u></b>	34
<b><u>Пути улучшения ситуации: задачи на ближайшую перспективу</u></b>	40



## Преамбула

Данный доклад подготовлен в рамках Программы содействия защите прав пациентов в Российской Федерации, реализуемой Фондом содействия развитию науки, образования и медицины (далее – Фонд).

При проведении проекта использовались средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации №192-рп от 14.04.2008.

Подготовке доклада предшествовала серия исследовательских процедур, проводившихся в период с января по май 2009 года:

1. Анализ существующей нормативно-правовой базы в сфере обеспечения прав пациентов в Российской Федерации.
2. Аналитический обзор законодательства и практики защиты прав пациентов в развитых странах мира.
3. Исследование ситуации в информационном поле (включая мониторинг и качественный анализ материалов центральных российских СМИ за 2008 год).
4. Составление реестра российских общественных организаций, занимающихся вопросами защиты прав пациентов.
5. Проведение серии экспертных интервью с представителями нескольких социальных групп, вовлеченных в процессы обеспечения прав паци-

ентов: сотрудники профильных органов государственной власти и государственных учреждений (Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития РФ, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования); руководители общественных организаций пациентов; представители страховых медицинских организаций (СМО); сотрудники медицинских учреждений; журналисты; юристы, специализирующиеся на ведении дел по защите прав пациентов; эксперты в области общественного здравоохранения (всего – 35 интервью)<sup>1</sup>.

6. Проведение экспертного совещания на тему «Возможности совершенствования нормативно-правовой базы и механизмов защиты прав пациентов в Российской Федерации при текущей социально-экономической и политической ситуации» с участием представителей Федерального фонда обязательного медицинского страхования РФ, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития РФ, общественных организаций, экспертов в области права (14 мая 2009 г.).

<sup>1</sup> Применялась смешанная методика проведения опроса. Часть опроса проводилась методом глубинного интервью, часть методом формализованного интервью (анкетирования), в ходе которого экспертов просили оценить ситуацию с реализацией отдельных прав пациентов в России по пятибалльной шкале.

## Благодарности

---

Благодарим за содействие в рамках исследования и предоставление необходимой информации представителей Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития РФ, а также руководство страховых компаний «Согаз-Мед», «Росно-МС», «Спасские ворота-М», МСК «Солидарность для жизни» и Межрегионального союза медицинских страховщиков.

Отдельная благодарность за предоставленные идеи, наработки и сотрудничество – экспертам в области здравоохранения и представителям некоммерческих организаций, защищающих права пациентов:

- А.Г. Бельтюковой (директору Общероссийской общественной организации инвалидов – больных рассеянным склерозом)
- Е.А. Вольской (доценту кафедры управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова)
- Е.П. Глинке (исполнительному директору фонда «Справедливая помощь»)
- Е.В. Гольбергу (председателю региональной общественной организации инвалидов «Общество страдающих эпилепсией»)

- К.Д. Данишевскому (председателю Общества специалистов доказательной медицины)
- Ю.А. Жулеву (председателю Всероссийского общества гемофилии)
- Е.В. Козьминых (директору Пермского медицинского правозащитного центра)
- Л.М. Кондрашовой (председателю МООНП «Нефро-лига»)
- А.М. Линденбрадтену (заведующему отделом экономических исследований в здравоохранении Национального НИИ общественного здоровья РАМН)
- О.В. Родину (члену правления НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», адвокату)
- О.В. Рысеву (заместителю председателя Всероссийского общества инвалидов)
- А.В. Саверскому (председателю Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре РФ, президенту Лиги защитников пациентов)
- С.Ф. Суворовой (помощнику депутата ГД РФ, члену центрального совета общественного движения «Образование для всех»)
- А.В. Тихомирову (гл. редактору журнала «Главный врач: хозяйство и право», адвокату)

# Введение



Несоблюдение прав пациентов – одна из тех проблем, которые на первый взгляд кажутся неважными и незначительными на фоне глобальных трудностей отечественной системы здравоохранения. Казалось бы, правовые вопросы взаимоотношений граждан с медицинскими учреждениями и государством можно отложить до того, как будут решены самые серьезные задачи – добиться полного финансового обеспечения российской медицины, провести модернизацию материально-технической базы, кардинально улучшить подготовку медицинских кадров, искоренить взяточничество и т. д. Но это – ошибочный путь. Ведь от того, как защищены права больных, насколько жестко они соблюдаются, напрямую зависит качество медицинской помощи и удовлетворенность самих граждан системой здравоохранения.

Вообще, защита прав пациентов – относительно новое явление в мировой практике. Появление и развитие идеи прав пациентов как особой группы общечеловеческих прав приходится на последнюю четверть XX века. До начала 1970-х гг. отношения медицинских профессионалов и пациентов определялись в основном правилами медицинской этики. Как отмечается в исследовании болгарской некоммерческой организации Index Foundation<sup>2</sup>, в Западной Европе данный процесс был неразрывно связан с масштабными реформами национальных систем здравоохранения, начатыми из-за стремительно растущей стоимости медицинских услуг и роста запросов населения.

Зарубежный опыт показывает, что проблемы реализации прав пациентов, получения ими доступной и качественной медицинской помощи актуальны для тех стран, где системы здравоохранения достаточно развиты и высок уровень требований граждан к государству и медицинским учреждениям. Степень гражданской и политической активности в вопросах, связанных с обеспечением прав потребителей медицинских услуг, напрямую коррелирует с социальным благополучием в стране, с относительно неплохим состоянием дел по решению наиболее существенных проблем, таких как нищета и т. д. Иными словами, озабоченность общества и государства правами пациентов – свидетельство определенного уровня развития здравоохранения и социальной сферы в целом, уровня, на котором в центре внимания государственной политики оказывается непосредственно гражданин.

Так, согласно результатам исследования, проведенного в Великобритании Ассоциацией пациентов в 2006 году

<sup>2</sup> Walter Keim. Patients' Rights Laws in Europe // <http://aitel.hist.no/~walterk/wkeim/patients.htm>.

среди НКО, занимающихся защитой прав пациентов, половина респондентов полагает, что граждане, интересы которых они представляют, не могут в полной мере реализовать свои права в национальной системе здравоохранения. При этом наиболее проблемным было признано осуществление права на выбор медицинского учреждения, а также права на доступ к личным медицинским записям<sup>3</sup>. Согласно опросу среди пациентов, проведенному Национальным институтом прав пациентов США в 2007 году, в десятку наиболее частных нарушений прав пациентов в больницах входят: право информированного согласия на принятие лечения или отказ от него; уважение персональных, духовных, культурных и религиозных ценностей и верований; право на передачу другому лицу прав по принятию медицинских решений в случае утраты дееспособности; право на приватность и конфиденциальность и т. д.<sup>4</sup>

В США активные дискуссии о защите прав пациентов начались в 1999 году, после публикации известного доклада Института медицины Национальной академии наук «Человеку свойственно ошибаться: усиление безопасности системы здравоохранения», в котором утверждалось, что врачебные ошибки являются в США причиной смерти от 44 тыс. до 98 тыс. больных ежегодно. В России аналогичной статистики нет. Цифры по врачебным ошибкам, которые встречаются в средствах массовой информации, основаны на приблизительных расчетах, экстраполяции частных случаев на общероссийский масштаб и предположениях. Аналогичная ситуация складывается и со статистикой по нарушениям отдельных прав пациентов, по динамике судебных решений и уголовных дел, связанных с причинением вреда при оказании медицинской помощи.

С другой стороны, тема защиты прав пациентов остается «падчерицей» среди вопросов, которыми занимаются российские правозащитники и гражданские активисты. Парадоксально, но права пациентов оказываются в фокусе общественного внимания в России заметно реже, чем, например, права дольщиков или автомобилистов, хотя они касаются всех без исключения граждан и нарушаются гораздо чаще. При этом данная сфера далека от политики и, казалось бы, должна привлекать структуры гражданского общества вне

<sup>3</sup> Should the NHS Take More Account of Patients' Rights? A survey of health campaigners in England and Wales by the Patients Association. November 2006.

<sup>4</sup> Top Ten Violations of Patient Rights, National Institute for Patient Rights // [http://www.empowerpatients.com/index\\_files/Page1231.htm](http://www.empowerpatients.com/index_files/Page1231.htm).

зависимости от их политических, идеологических взглядов. Фактически, сегодня эта проблема остается предметом деятельности крайне узкой группы общественников, что нередко объясняют специфическим характером медицинской сферы, для работы в которой необходимы специальные знания.

Данные обстоятельства и обусловили появление этого доклада, а также проекта, в рамках которого он был подготовлен.

**Цель доклада** – рассмотреть основные причины неэффективности системы обеспечения прав пациентов в Российской Федерации, проанализировав различные ее аспекты (нормативно-правовую базу, специфику правового самосознания медиков и пациентов, успешность работы отдельных механизмов государственного и общественного контроля над соблюдением прав пациентов), и предложить некоторые шаги для улучшения ситуации.

Проблематика прав пациентов изначально масштабна в силу разноплановости и сложной структуры самих прав. Европейский омбудсмен Никифорос Диамандоурос в своем докладе «Права пациентов в Европе сегодня» от 2005 года<sup>5</sup> классифицировал их следующим образом:

- Права коллективные (такие, как запрет использовать человеческое тело или его части для получения финансовой прибыли и клонирования, а также право на публичное участие в обсуждении приоритетов, ценностей и принципов государственной политики в сфере здравоохранения).
- Права индивидуальные:
  - Права на сатисфакцию, включая компенсацию: прежде всего, это право судебного разбирательства в рамках традиционного гражданского права. В медицинской сфере это право дает наиболее фундаментальную гарантию обеспечения личных прав (autonomy rights) и, отчасти, прав на доступную медицинскую помощь.
  - Права на доступ к медицинской помощи: в первую очередь, это право на отсутствие дискриминации в сфере здравоохранения. Во многих странах право на медицинскую помощь является социальным правом, которое требует от государс-

тва обеспечить, прямо или косвенно, доступность необходимого медицинского обеспечения всем гражданам, вне зависимости от их личных финансовых возможностей и трудоспособности.

– Права на личную автономию. В данную группу входят, например, право на согласие на медицинское вмешательство и близкое к нему право на эвтаназию, право знать риски и преимущества предлагаемого лечения, т.е. право на информацию, право на конфиденциальность. Важность обеспечения этих прав обусловлена тем, что процесс лечения во многих случаях прямо противоположен тому, что мы обычно понимаем под автономией и невмешательством в частную жизнь человека.

С учетом сложности и масштабности проблематики прав пациентов в нашей стране, в ходе исследования внимание было сфокусировано на следующих аспектах:

- эффективность различных механизмов защиты прав пациентов и потенциал их использования в России;
- роль общественных организаций в защите прав пациентов;
- возможные пути и инструменты улучшения ситуации с обеспечением прав пациентов в РФ, включая изменения нормативно-правовой базы.

Также предмет анализа был изначально ограничен отказом от рассмотрения системных предпосылок нарушений пациентских прав. Речь идет о таких проблемах системы здравоохранения, как недостаточный уровень финансирования, во многом отсталая материальная база, несовершенство администрирования, проблемы квалификации медицинского персонала и кадровой обеспеченности российских ЛПУ и так далее. Представляется, что разговор об этих факторах в контексте защиты прав пациентов бесперспективен, поскольку навязывает традиционную логику решения проблем системы здравоохранения, исходя из запросов и нужд самой системы, а не запросов и нужд граждан, для обслуживания которых она существует.

Исходя из этого, одной из основных задач при подготовке доклада был поиск реалистичных путей и инструментов улучшения ситуации с защитой прав пациентов в РФ, с учетом возможности их применения без кардинального реформирования всей системы здравоохранения, при сохранении существующего уровня финансирования, а также возможности разработки и реализации этих мер в течение ближайших нескольких лет.

<sup>5</sup> «Patients' rights in Europe today», Speech by the European Ombudsman, Professor P. Nikiforos Diamandouros, to the Second Hygeia-Harvard Medical International Conference – «Preventive Medicine in the 21st Century», Athens, Greece 3 June 2005 (<http://www.ombudsman.europa.eu/activities/speech.faces/en/334/html.bookmark>).

# Основные положения доклада



Перспективы совершенствования здравоохранения в Российской Федерации напрямую связаны с тем, какое место в системе оказания медицинской помощи и охраны здоровья занимает сам пациент – тот, для чьих нужд она существует.

На сегодняшний день проекты и предложения по реформированию данной сферы, как и раньше, исходят из нужд и требований самой системы здравоохранения (увеличение и перераспределение потоков финансирования, укрепление материально-технологической базы, развитие инноваций в лечении, повышение профессионализма медработников и т. д.), хотя конечной целью преобразований всегда объявляется повышение удовлетворенности граждан качеством оказания медицинской помощи. В государственной политике по охране здоровья практически никак не проявлен вектор на обеспечение прав пациентов, на контроль над их соблюдением. В результате принятие решений в области здравоохранения идет «вслепую», без учета мнений, интересов, реальных проблем потребителей медицинских услуг.

Ответ на вопрос, почему пациент со своими нуждами остается «инкогнито» в действующей модели управления системой здравоохранения, а его права систематически нарушаются, не может быть дан, исходя из одной причины. Соответственно, для исправления ситуации требуются комплексные решения, причем фактор общественного влияния должен иметь, на наш взгляд, решающее значение. Как показывает опыт стран с более развитыми институтами защиты прав пациентов, улучшить положение дел за счет реформирования системы здравоохранения, усиления отдельных государственных инструментов можно только в случае, если голос самого пациента будет услышан.

Среди факторов, определяющих неэффективность существующей модели обеспечения прав пациентов в Российской Федерации, можно выделить следующие.

- **У государства отсутствует полная информация о реальном положении дел.** Фактическое положение вещей в сфере обеспечения прав пациентов в России в целом оценить невозможно. Имеющиеся сведения либо получены из отде-

льных исследований общественного мнения, проведенных в разное время с использованием разной методологии, либо основаны на относительно узкой, ограниченной статистике жалоб в различные инстанции (причем данные по жалобам не обобщаются и не анализируются на государственном уровне). Они позволяют создать лишь фрагментарную картину и предположить, что реальная ситуация на самом деле значительно хуже.

- **Нормотворчество в сфере прав пациента изначально носило и продолжает носить хаотический характер.** В существующей нормативно-правовой базе присутствует несколько подходов к обеспечению прав пациентов, выдержанных в различной логике (они представлены Основами законодательства об охране здоровья граждан, законом «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» и законом «О защите прав потребителей»). При дальнейшем реформировании медицинского законодательства необходимо выбрать единую логику нормативного обеспечения прав граждан в сфере охраны здоровья. В ней на законодательном уровне должны быть прописаны базовые понятия, права и обязанности пациентов, обеспечивающие их реализацию механизмы, зоны ответственности отдельных органов государственной власти, процедуры контроля и наказания за нарушения прав пациентов. Это позволит сделать нормативную базу реально работающей.

- **В нормативно-правовой базе существуют значительные пробелы и противоречия** между отдельными нормативными документами, как между отдельными законами, так и между законами и подзаконными актами. Требуют решения такие проблемы, как неопределенность базовых понятий; отсутствие законодательно установленной меры ответственности за многие нарушения пациентских прав; недостаточная четкость распределения полномочий и обязанностей отдельных госорганов по обеспечению и защите прав пациентов; декларативность права на информированное согласие, права на свободный выбор врача и многое другое. Лакуны и недостаточная детализация законодательства осложняют взаимоотношения государства, пациента и медиков,



делают гарантированные Конституцией и законами права пациентов в значительной степени декларативными.

• **Ключевые механизмы и инструменты государственного и иного контроля над соблюдением прав не работают в полной мере.** Одну из центральных проблем на сегодняшний день представляет отсутствие целостности и единства в организации работы органов государственной власти, учреждений и иных структур, контролирующих исполнение прав пациентов в РФ, а также очевидный конфликт интересов некоторых из них. Последнее касается основных контролирующих инстанций: руководства ЛПУ, муниципальных и региональных органов управления здравоохранением, страховых медицинских организаций. В результате основной канал донесения до государства проблем с обеспечением прав пациентов – подача жалоб и обращений от граждан – не выполняет своей функции. Эксперты оценивают подачу жалобы в контрольные органы как необходимый (для дальнейшего судебного рассмотрения), но бесполезный по сути инструмент правовой защиты.

• **Обращение в суд как способ защиты пациентов и реализации их права на получение компенсации за причиненный ущерб оказывается последним средством, к которому прибегают граждане,** в силу неразвитости российской судебной системы и правовой культуры. Основными проблемами, мешающими эффективной судебной защите прав пациентов, являются: определяющее значение судебно-медицинской экспертизы для вынесения судебных решений при ее существующей организации, не гарантирующей независимость и объективность экспертов; трудности доказательства вины медработника; противоречия в существующем медицинском законодательстве, к которому можно апеллировать; острая нехватка квалифицированных судебно-медицинских экспертов, а также сотрудников правоохранительных и судебных органов, специализирующихся в сфере медицины; высокие финансовые, временные и иные затраты пациентов на организацию судебной защиты своих прав.

• **Существующая система образования медработников не дает стимулов и условий для пре-**

**одоления их колоссальной правовой некомпетентности.** Довольно часто пациентские права нарушаются в медучреждениях не из злого умысла, а по незнанию. Необходимые знания по вопросам прав пациентов в полном объеме не даются ни в учебных заведениях, ни на рабочем месте в ЛПУ, ни на курсах последипломного образования. Ликвидировать правовые пробелы самостоятельно практикующим врачам мешает традиционно господствующая в отечественной системе здравоохранения патерналистская парадигма, в которой больной не может быть равным участником диалога с врачом. Формирование нового «пациент-ориентированного» подхода в психологии российских медиков и повышение их правовой грамотности зависит как от усилий государства по совершенствованию медицинского образования, так и от консолидированных действий самой врачебной корпорации.

• **Пассивность российских пациентов в защите своих прав во многом определяется крайне низким уровнем информированности граждан.** Правовая неграмотность провоцирует нарушения на местах, в ЛПУ, а страх вступить в конфликт с медицинской корпорацией и неуверенность пациентов в результативности жалоб тормозят преодоление негативных тенденций. В России нет эффективных механизмов систематического информирования и юридической подготовки граждан по вопросам прав в области охраны здоровья. Информационно-разъяснительная работа с населением не является предметом специальной компетенции какого-либо государственного органа. Фактически государство переложило эту задачу на страховые компании, участвующие в ОМС, но СМО по ряду причин не справляются с ней.

• **Доминирующий ракурс освещения проблем обеспечения прав пациентов в СМИ не способствует конструктивной общественной дискуссии по проблемам в этой области.** В создаваемом СМИ образе российского медика предельно сгущены краски. При этом массмедиа формируют у своей аудитории установки на безысходность ситуации (если права пациентов нарушаются всегда и везде, они являются фикцией), на невозможность решения частных

## Основные положения доклада

проблем защиты прав пациентов без глобальной модернизации всей системы здравоохранения. Привлекая внимание к проблемам потребителей медицинских услуг, СМИ в большинстве случаев избегают обсуждения причин или путей решения этих проблем. Такая неконструктивная позиция во многом связана с отсутствием в обществе влиятельных субъектов, заинтересованных в продвижении в массмедиа этой проблематики и целенаправленно занимающихся PR-активностью в этом направлении.

• **Структуры гражданского общества, которые могут играть роль общественных регуляторов качества медицинской помощи, существуют лишь в зачаточном виде.** Общественных организаций, на постоянной основе консультирующих пациентов по юридическим вопросам и ведущих активную просветительскую и лоббистскую работу, в России можно перечесть по пальцам. Барьером к усилению влиятельности пациентских НКО является их зависимость от спонсоров – фармацевтических компаний, из-за которой борьба за права хронических больных нередко подменяется защитой бизнес-интересов. Отдельную проблему представляет рыхлость и нескоординированность действий НКО, занимающихся защитой прав пациентов. Помимо слабости и незрелости самих гражданских структур, отрицательно влияет тот фактор, что в России отсутствуют адекватные условия для общественного контроля над соблюдением пациентских прав, в первую очередь, законодательно закрепленные полномочия НКО по участию в выработке государственной политики в сфере здравоохранения и контроле над оказанием медицинской помощи.

Исходя из этого, для улучшения ситуации с обеспечением прав пациентов представляется необходимым сделать ряд шагов в различных направлениях:

- Пересмотр и переработка существующей нормативно-правовой базы в области обеспечения и защиты прав пациентов с целью устранения имеющихся правовых лакун и юридических противоречий; разработка специального закона.
- Реформирование системы сбора и рассмотрения жалоб: создание института, который

выполнял бы функцию единой «точки входа» для обращений пациентов по всем правовым вопросам (например, в формате уполномоченного по правам пациента, действующего в каждом ЛПУ).

- Формирование условий для развития сильных общественных организаций, представляющих интересы пациентов: законодательное наделение их особыми полномочиями при условии соблюдения дополнительных требований, стимулирующих повышение прозрачности их деятельности, создание единой координационной структуры (ассоциации) пациентского движения, целевая государственная поддержка НКО.

- Принятие комплекса мер по совершенствованию судебной защиты прав пациентов: реформирование системы судебно-медицинской экспертизы, совершенствование подготовки судей и иных специалистов, создание системы накопления и обмена опытом по практике судебных решений.

- Развитие внутрикорпоративных механизмов контроля качества медицинской помощи и профессиональной этики на базе саморегулируемых организаций медработников.

- Создание системы страхования ответственности медработников как инструмента обеспечения права пациентов на компенсацию ущерба, причиненного при оказании медицинской помощи, включая случаи врачебных ошибок.

- Создание единой системы сбора и анализа информации о ситуации с нарушениями прав пациентов в масштабах страны, построенной на регулярных соцопросах и сборе статистики из различных контрольных инстанций, с обязательным публичным оглашением результатов мониторинга нарушений.

- Включение темы защиты прав пациентов в информационно-разъяснительную работу с населением по вопросам охраны здоровья и оказания медицинской помощи.

- Расширение правовой тематики в содержании образования медицинских работников за счет изменения стандартов и программ средне-спе-

циального, высшего и последипломного обучения медиков.

Сам процесс активного публичного обсуждения возможности этих нормативных и институциональных изменений мог бы сыграть позитивную роль в улучшении ситуации в ближайшее время как минимум за счет двух факторов:

- Включение вопросов о совершенствовании механизмов защиты прав пациентов в повестку новостей для СМИ и, соответственно, увеличение информационного потока по теме, а значит – повышение осведомленности граждан (и врачей, и пациентов) о существующих возможностях обеспечения пациентских прав.
- Стимулирование активности общественных организаций, представляющих интересы пациентов, консолидация и повышение прозрачности пациентского движения для улучшения диалога с государством и, как следствие, расширение для профильных госорганов возможностей

по мониторингу и выявлению, с использованием ресурсов гражданского общества, нарушений прав пациентов.

Роль инициатора публичного диалога может взять на себя Общественная палата России, решая таким образом задачу организации взаимодействия государства и гражданского общества по актуальной проблеме российского здравоохранения. Необходимо включить общественные структуры и в планируемую на 2010 год законодательскую работу Минздравсоцразвития РФ по вопросам защиты прав пациентов. Форматом работы Общественной палаты в этом направлении могла бы стать постоянно действующая рабочая группа, объединяющая усилия профильных комиссий (по вопросам развития гражданского общества и по здравоохранению), а также Общественных палат в субъектах РФ. Это позволит привлечь к обсуждению проблематики прав пациентов все заинтересованные группы и придать дискуссии общенациональный масштаб.

# Глава 1. Общая оценка ситуации



Как уже отмечалось, в России отсутствует полноценная статистика по нарушениям прав пациентов, охватывающая все аспекты данной проблемы. Недоступны и какие-либо мониторинговые исследования, позволяющие измерить динамику общественного мнения по этому вопросу. Те же разрозненные данные, которые имеются, создают довольно безрадостную картину.

## Оценки экспертов

По экспертным оценкам, ситуация с соблюдением законодательно закрепленных прав граждан в сфере медицины очень тяжелая. В ходе исследования, проведенного Фондом содействия развитию науки, образования и медицины, буквально несколько прав пациентов были оценены на более чем 4 балла по пятибалльной шкале (интегральная оценка). Это право на отказ от медицинского вмешательства, право получения медицинских услуг в рамках ДМС и право женщин на планирование семьи и регу-

лирование репродуктивной функции. Реализация большинства прав находится на уровне «иногда соблюдается, иногда нет» (оценка 3) и достаточно часто – «больше нарушается, чем соблюдается» (оценка 2).

## Оценки населения

Социологические опросы населения в целом показывают высокую неудовлетворенность жителей России качеством медицинских услуг и соблюдением их прав в сфере здравоохранения, хотя результаты несколько различаются в зависимости от формулировки вопросов и выборки респондентов.

Согласно опросу, проведенному в августе 2008 года Аналитическим центром Юрия Левады, только 18 % граждан довольны системой здравоохранения, а более 60 % респондентов существующий уровень медицинского обслуживания не устраивает. С 2002 года на 9 % (до 20 %) увеличилось число респонден-

По оценкам участников экспертных интервью, в России наиболее часто нарушаются следующие законодательно закрепленные права пациентов:

- право на выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования (интегральная оценка не выше 2.1);
- право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала (интегральная оценка не выше 2.6);
- право на возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи (интегральная оценка не выше 2.1);
- право на трансплантацию органов (интегральная оценка не выше 2.2);

В группе прав, гарантированных законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», наиболее часто нарушается право на получение медицинской помощи на всей территории России, вне зависимости от места постоянной регистрации (интегральная оценка 2.7 по пятибалльной шкале). Также существуют значительные проблемы с реализацией права на выбор медицинской страховой организации (интегральная оценка 2.9 по пятибалльной шкале).

Из прочих прав необходимо отметить право отдельных категорий граждан на льготное обеспечение лекарственными средствами (интегральная оценка 2.5 по пятибалльной шкале).

В значительной степени нарушается право пациентов на врачебную тайну (интегральная оценка 3.2 по пятибалльной шкале). По оценкам экспертов, информация о состоянии здоровья пациентов часто свободно передается, к примеру, родственникам, причем согласие пациента не спрашивается. Также информация о состоянии здоровья пациента передается в страховые компании, что напрямую является нарушением законодательства.

// Аналитический отчет по итогам диагностических интервью. Фонд содействия развитию науки, образования и медицины.

## Глава 1. Общая оценка ситуации

тов, полагающих, что качество медицинских услуг в России за последний год несколько улучшилось, но при этом 48 % не видят никаких изменений<sup>6</sup>.

В ходе опроса Фонда «Общественное мнение», проведенного в 2007 году, 42 % респондентов заявили, что они либо их близкие сталкивались хоть раз с ошибками врачей в диагнозе или в выборе лечения. При этом происхождение врачебных ошибок граждане объясняют в первую очередь причинами, не имеющими прямого отношения к финансированию отечественного здравоохранения. Это «отсутствие профессионализма, опыта, желания повышать квалификацию, купленные дипломы врачей» (39 %) и «безответственность, невнимательность, равнодушные врачи, отсутствие заинтересованности в работе» (33 %)<sup>7</sup>.

В 2006 году ВЦИОМ провел всероссийский опрос о том, насколько россияне удовлетворены услугами поликлиник, скорой медицинской помощи и больниц. Результаты свидетельствуют, что практически по всем показателям более 40 % граждан не удовлетворены качеством медицинских услуг. Наибольшие претензии предъявляются к ЛПУ по такому параметру, как «оперативность оказания услуг, отсутствие очередей» и «возможность быстро и без особых проблем пройти диспансеризацию». Примечательно, что недовольство пациентов вызывают не только проблемы, вызванные объективными условиями российской системы здравоохранения: невысокая квалификация медицинского персонала, общее состояние зданий и санитарно-гигиенических условий в поликлиниках, оснащенность медтехникой и оборудованием. Более половины посетителей поликлиник также критически оценили отношение к себе со стороны медицинского персонала (54 %), подтвердив то, что право на уважительное и вежливое отношение к пациенту в России соблюдается далеко не всегда. Оценки медицинского обслуживания станциями скорой помощи и при стационарном лечении несколько выше, чем в поликлиниках, что отчасти объясняется выборкой (граждане пользуются амбулаторной

помощью гораздо чаще, чем скорой или стационарной)<sup>8</sup>.

По данным опроса посетителей медучреждений, застрахованных в ОМС, проведенного в Екатеринбурге в 2004 году, «каждый второй застрахованный основной проблемой считает организацию «доступа к телу» врача, поскольку на его пути для получения консультации специалиста «стоит» регистратор». Почти половина опрошенных отмечала невнимательность и грубость медицинского персонала, 29 % – отсутствие индивидуального подхода при лечении; каждый пятый обвиняет медперсонал в нежелании предоставить информационную картину его заболевания<sup>9</sup>.

Необходимо учитывать, что в социологических опросах населения выявляется, прежде всего, отношение к условиям предоставления медицинской помощи, а не к ее качеству, поскольку граждане считают себя некомпетентными выносить суждения и давать адекватную оценку по специфическим медицинским вопросам.

### Жалобы пациентов

Жалобы и обращения граждан представляют собой особый источник для анализа ситуации с обеспечением прав пациентов. В этом случае пациент переходит от пассивного недовольства к активным действиям по защите своих прав. Обычно это происходит в случае с наиболее острыми для больного проблемами.

В масштабах страны максимально полная статистика жалоб существует в ФФОМСе, где ежегодно анализируются сведения об обращениях граждан в ТФОМСы и СМО. Это более 100 тысяч жалоб ежегодно, из которых около 60 % признаются в процессе рассмотрения обоснованными. Однако из этой статистики выпадают данные о работе медицинских учреждений, не включенных в систему ОМС (высокотехнологичная помощь, скорая помощь и т. д.), а также обращения в другие контрольные органы (ТУ Росздравнадзора, городские и региональные управления здравоохранением, куда идет более весомый поток обращений граждан).

<sup>8</sup> Пресс-выпуск № 550. Россияне и медицина: главное – не процесс, а результат. 10.10.2006 // сайт Всероссийского центра изучения общественного мнения ([http://wciom.ru/arkhiv/tematicheskii-arkhiv/item/single/3350.html?no\\_cache=1&cHash=d6338292c6](http://wciom.ru/arkhiv/tematicheskii-arkhiv/item/single/3350.html?no_cache=1&cHash=d6338292c6)).

<sup>9</sup> Антонова Н. Л. Особенности взаимодействия пациента с медперсоналом в условиях обязательного медицинского страхования // Социологические исследования, № 3, Март 2007, с. 78-81.

<sup>6</sup> Сайт Аналитического центра Юрия Левады. Исследования – Общество – Здравоохранение (<http://www.levada.ru/community.html>).

<sup>7</sup> Врачебные ошибки и сомнительные диагнозы: опыт пациентов. Опрос населения. 01.02.2007 // сайт Фонда «Общественное мнение» ([http://bd.fom.ru/report/cat/job\\_and\\_leis/beruf/d070524](http://bd.fom.ru/report/cat/job_and_leis/beruf/d070524)).

## Глава 1. Общая оценка ситуации

Таблица 1. Рассмотрение жалоб (т.е. обращений по поводу нарушений прав и законных интересов) в ТФОМСы и страховые медицинские организации в 2006-2007 гг. (по данным ФФОМСа)

	2006	2007
Процент жалоб от общего числа обращений граждан	1,8	1,7
Всего жалоб в ТФОМСы и СМО	117801	115930
Из них признано обоснованными	70300 (59,7 % к числу жалоб)	70227 (60,6 % к числу жалоб)
Разрешено и удовлетворено в досудебном порядке	63258 жалоб (90%)	68608 жалоб (97,8%)
В том числе с материальным возмещением	15644 (24,7% к числу удовлетворенных обращений)	16142 (24,5% к числу удовлетворенных обращений)
Сумма возмещения ущерба	всего – 26,3 млн. руб., в среднем – 1679,7 руб.на 1 случай	всего – 28,6 млн. руб., в среднем – 1705,9 руб.на 1 случай
Подано судебных исков к ЛПУ	394	789
Рассмотрено дел	381	693
Из них удовлетворено	298 (78,2%)	440 (63,5%)
Сумма возмещения ущерба	8,1 млн. руб. (в среднем – 27,2 тыс. руб. на иск)	9,5 млн. руб. (в среднем 21,6 тыс. руб. на иск)
В том числе морального ущерба	3,7 млн. руб. (45,7%)	4,4 млн. руб. (46,2%)

Как видно из таблицы 2, в структуре причин обоснованных жалоб граждан в 2006 году основное место занимали жалобы по вопросам лекарственного обеспечения и взимания денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС.

В то же время, жалобы в другие инстанции фиксируют значительное недовольство граждан не только нарушениями прав на лекарственное обеспечение и бесплатную медицинскую помощь (что объясняется полномочиями и функциями тех или иных органов). Так, по данным одного из экспертов проекта, представителя страховой компании, больше всего к ним поступает жалоб на организацию работы ЛПУ (практическая доступность, возможность попасть к врачу-специалисту и получение анализов). На втором месте – качество медицинской помощи и просьба выделить средства для оплаты медицинской помощи.

В статистике обращений граждан в Росздравнадзор доминируют жалобы на реализацию программы ДЛО (в 2008 г. – 31 %, в 2007 г. – 44,2 %) и на качество медицинской помощи (в 2008 г. – 28,9 %, в 2007 г. – 25,2 %). В структуре жалоб на качество медицинской помощи 52,8% – на качество оказания медицинской помощи взрослым, 15,5% – в связи с их смертью, 6,4% – на качество лечения детей, 3,7% – на требование платы за лечение в государственных и муниципальных ЛПУ, 4,3% – на зубопротезирование, 2,9% – на заключение судебно-медицинской экспертизы<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Руководитель Росздравнадзора, профессор Николай Юргель провёл личный прием граждан в Приемной Правительства Российской Федерации. 13.02.2009 // Информационная лента Росздравнадзора (<http://rznrf.ru/?NewID=248&AttribID=>).

Таблица 2. Обращения граждан в территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации с жалобами и их причины, 2006 год<sup>1</sup>

Жалобы	в %	Из них признано обоснованными
Всего поступило жалоб	100,0	59,7
В том числе:		
на обеспечение полисами ОМС	10,64	55,7
на выбор ЛПУ в системе ОМС, всего	8,7	72,3
- из них на территории страхования	7,89	75,4
- вне территории страхования	0,81	42,5
На выбор врача	1,48	43,7
На организацию работы ЛПУ	6,1	54,3
На санитарно-гигиеническое состояние ЛПУ	0,68	42,9
По этике и деонтологии медицинских работников	1,06	51,7
На качество медицинской помощи	4,6	49,9
На лекарственное обеспечение	29,95	64,9
- в стационаре	7,7	41,7
- в стационаро-замещающем учреждении	0,36	63,6
- в амбулаторно-поликлиническом, из них	21,89	73,1
по ДЛО отд. кат. граждан	20,24	77,6
На отказ в медицинской помощи по программе ОМС	5,62	65,9
- на территории страхования	3,93	66,3
- вне территории страхования	1,7	65,2
На взимание денежных средств за медпомощь по ОМС	26,92	61,4
- на территории страхования	25,38	62,9
- вне территории страхования	1,53	37,6
Прочие причины	4,24	18,2

<sup>1</sup> Информационно-аналитическая справка «О состоянии защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2006 году». Приложение к письму Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 июня 2007 г. № 4848/30-3/и «О состоянии защиты прав граждан в системе ОМС в 2006 году».

## Глава 1. Общая оценка ситуации

Исследования, проводившиеся в некоторых регионах по статистике обращений пациентов в муниципальные органы управления здравоохранением, показывают преобладание жалоб на ненадлежащее качество оказания медицинской помощи, дефекты обеспечения лекарственными средствами, а также просьбы оказать содействие при получении доро-

гостоящих видов медицинской помощи. В то же время, данные по жалобам к руководству ЛПУ дают другую картину. Более половины жалоб приходится на нарушения медицинской этики и деонтологии. Также серьезное недовольство пациентов вызывают бюрократические препоны, мешающие своевременно получить необходимую помощь (очереди и т. д.).

Результаты исследования ГОУ «Центр обучения руководящих кадров» ЦНИИОИЗ Минздрава России и кафедры управления, экономики здравоохранения и медицинского страхования ГОУ ВПО РГМУ:

- Более половины жалоб пациентов в ЛПУ (57,3%) приходится на нарушения медицинской этики и деонтологии. Наиболее частые жалобы – на невнимательное отношение к пациентам, формальный подход при оказании медицинской помощи, грубое обращение, невозможность получить информацию по заболеванию и его последствий, разглашение конфиденциальных сведений о пациенте и т. д.
- На втором месте – недоступность медицинской помощи, связанная с длительным ожиданием приема к участковому врачу и к узким специалистам, с очередями на госпитализацию, с невозможностью получения лечения и диагностики с использованием высоких технологий.
- Недовольство уровнем и системой организации лекарственного обеспечения занимает третью позицию (22,5% всех поступающих жалоб).
- На четвертом месте по причинам жалоб – некачественная медицинская помощь (19,7% жалоб). Отмечается низкий профессиональный уровень медицинских работников, несвоевременное оказание медицинской помощи, нанесение ущерба здоровью, несвоевременно и неправильно поставленные диагнозы, приводившие к ухудшению состояния здоровья пациентов вплоть до летальных исходов, врачебные ошибки.
- Жалобы на платность медицинских услуг занимают пятое место (8,6%).

Источник: Галанова Г.И. К вопросу совершенствования знаний медицинских работников в области нормативно-правовой базы здравоохранения // Менеджер здравоохранения, №1, январь 2009 г.

Анализ письменных обращений населения в управление здравоохранением одного из муниципальных образований Архангельской области в динамике за пять лет (с 2002 г. по 2006 г.) выявил следующую картину:

- Из 776 обращений были жалобы на:
  - ненадлежащее качество оказания медицинской помощи (27,1%);
  - дефекты обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения (21,5%);
  - необходимость материальной поддержки при получении дорогостоящих видов медицинской помощи (15,8%)
  - недостатки при определении группы инвалидности (10,5%).
- Из жалоб на ненадлежащее качество медицинской помощи – наибольшая доля пришлась на врачей-терапевтов (28,1%), акушеров-гинекологов (25,8%), хирургов (19,1%) и стоматологов (16,9%).
- Существенно меньшая доля (25,1%) заявлений приходится на неправомерное взимание денежных средств (4,5%), нарушения прав пациентов (4,1%), недостатки при направлении их на санаторно-курортное лечение (3,0%) и отказ в медицинской помощи (2,3%). Группа прочих причин составляет 14,2%.

Источник: Цыганова О.А., Светличная Т.Г. Медико-правовые аспекты экспертизы обращений граждан в муниципальные органы управления здравоохранением // Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Суздаль, 2008 г.

## Глава 1. Общая оценка ситуации

### Проблема доступности медицинской помощи

Конституционное право на бесплатную медицинскую помощь занимает особое место в системе прав пациентов. И именно оно, по оценкам экспертов, имеет тенденцию к нивелированию. Ключевой проблемой является фактическое вымывание бесплатной медицины и замена ее коммерческими схемами. Все большее распространение получает медицинское вымогательство: пациента ставят в такие условия, что он вынужден заплатить за услуги, которые должны ему предоставляться бесплатно. В большинстве регионов платные услуги (оказываемые на базе тех же больниц и поликлиник, на той же аппаратуре и теми же специалистами) вытесняют бесплатные.

Аналитический доклад Независимого института социальной политики (2007 г.) показал, что чаще медицинскую помощь получают люди с высшим образованием, с более высоким доходом, жители крупнейших и больших городов. Так, доля населения, имевшего возможность лечиться полностью бесплатно, выше в 1,3 раза в экономически более развитых регионах по сравнению с регионами – аутсайдерами. Более 8% населения вынуждено нести катастрофические расходы на медицинскую помощь, и бремя этих расходов существенно больше для бедных, чем для богатых. Еще одно направление неравенства – дискриминация пенсионеров в пользу трудоспособных при получении специализированной амбулаторной помощи и при направлении на стационарное лечение<sup>11</sup>. Согласно опросу Аналитического центра Юрия Левады, 34% респондентов вынуждены постоянно, а 30% – иногда отказываться от лечения для себя и своей семьи из-за отсутствия денег<sup>12</sup>. Исследования по доступности медицинской помощи для малообеспеченных и социально незащищенных слоев населения подтверждают эти выводы<sup>13</sup>.

<sup>11</sup> Шишкин С.В., Бондаренко Н.В., Бурдяк А.Я. и др. Анализ различий в доступности медицинской помощи для населения России. Аналитический доклад Независимого института социальной политики. М., 2007, с. 6-7.

<sup>12</sup> Сайт Аналитического центра Юрия Левады. Исследования – Общество – Здравоохранение (<http://www.levada.ru/community.html>).

<sup>13</sup> Независимый доклад о доступности медицинской помощи для бедных и представителей других уязвимых групп в Российской Федерации. Под ред. В.В.Власова.

Подавляющее большинство участников экспертных интервью Фонда назвали самыми незащищенными категориями пациентов хронических больных с тяжелыми, длительно протекающими заболеваниями, пенсионеров, людей без определенного места жительства, мигрантов.

Среди проблем хронических больных эксперты отмечают массовую ориентацию медико-социальных экспертных комиссий на формальное уменьшение числа инвалидов. Решение о степени инвалидности принимается членами МСЭК зачастую волонтеристски и с очень большими трудностями оспаривается в вышестоящих инстанциях. Людям с тяжелыми хроническими заболеваниями или снимается, или искусственно занижается степень инвалидности, что приводит к проблемам в получении необходимого лечения. Об этой проблеме говорили в отношении больных онкологическими заболеваниями разных видов, диабетом, нефрологическими заболеваниями и т. д.

### Проблема качества лечения

Качество лечения, наряду с доступностью медицинской помощи, представляет острейшую проблему. Те разрозненные данные, которые имеются в открытом доступе, вызывают серьезные опасения в безопасности российских пациентов. В СМИ распространены такие цифры по смертности от врачебных ошибок: ежегодно от 50 до 70 тысяч человек. Точное количество назвать невозможно, так как такую статистику никто не ведет (в РФ отсутствует даже полная статистика уголовных дел против медиков). По экспертным оценкам некоторых специалистов, процент врачебных ошибок превышает 30% от случаев лечения. Один из исследователей этой проблемы приводит данные вневедомственной экспертизы 800 случаев летальных исходов, произошедших в 14 лечебных учреждениях Белгородской области в 2000 году: доля врачебных ошибок в них составила 56%, а доля летальных ошибок – 32%<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> Ерманок А.Е. Врачебные ошибки: современное состояние проблемы // 5-й Международный научно-практический конгресс «Человек в экстремальных условиях: здоровье, надежность, реабилитация». Москва, октябрь 2006 г., стр. 225.



## Глава 1. Общая оценка ситуации

Вот еще несколько цифр. По результатам проверки 102 ЛПУ в 13 субъектах РФ, проведенной Росздравнадзором РФ в 2008 году по жалобам пациентов, из каждых 10 медицинских услуг, предоставлявшихся в стационарах, шесть были некачественными<sup>15</sup>. По данным экспертизы качества медицинской помощи страховой компании

<sup>15</sup> Власова И. Больничные омбудсмены // Газета, 02.03.2009 (<http://www.gzt.ru/topnews/politics/224584.html>).

«РОСНО-МС» за 2008 год в структуре нарушений 90 % приходится на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, 4 % – на необоснованную госпитализацию, 3 % – на ограничение доступности медпомощи, 2 % – на нарушение преемственности лечения<sup>16</sup>.

<sup>16</sup> Светличная С.В. Нормативное регулирование работы страховых компаний в ОМС // сайт Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре РФ (<http://www.openmed.ru/files/Rosno.ppt>).

\* \* \* \*

Представленные в данном разделе факты, обобщения по ситуации с нарушением прав пациентов в России наглядно говорят, что реального положения вещей в этой сфере не знает никто. Ситуацию в целом оценить невозможно, так как имеющиеся сведения либо получены из отдельных исследований общественного мнения, проведенных в разное время с использованием разной методологии, либо основаны на относительно узкой, ограниченной статистике жалоб. Эта статистика на сегодняшний день не может быть основным источником информации, поскольку, во-первых, жалобы не соответствуют пропорционально числу нарушений, во-вторых, нет единой системы сбора жалоб, поступающих в различные инстанции (сводная статистика ФФОМСа – лишь малая часть общего потока обращений). Та же фрагментарная картина, которая складывается из имеющихся обрывочных данных, позволяет предположить, что реальная ситуация на самом деле значительно хуже.

Представляется, что любые шаги по улучшению ситуации с правами пациентов должны начинаться с создания единой системы сбора и анализа информации в масштабах страны. Такая информация, на наш взгляд, необходима и для реформирования системы здравоохранения в целом. Без нее пациент с его проблемами и нуждами остается «инкогнито» для структур управления здравоохранением.

## Глава 2. Состояние нормативно-правовой базы



Первый взгляд на российское законодательство позволяет говорить, что права пациентов прописаны в нем достаточно полно, а объем этих прав не меньше, чем других странах (в чем-то они даже более детализированы). С учетом того, что права пациентов РФ были законодательно зафиксированы в 1993 году, т.е. в то время, когда в большинстве других стран взаимоотношения пациентов и врачей еще регулировались в основном за счет хартий медицинского сообщества и иных документов, не имеющих юридической силы, Россия выглядит довольно прогрессивным государством.

Базовые принципы прав пациентов были заложены в Конституции РФ. В соответствии со статьей 41 в России к числу особо охраняемых государством прав и свобод относится право на охрану здоровья и медицинскую помощь. В Конституции зафиксирован и принцип бесплатности медицинской помощи, однако он формулируется с определенными условиями, которые значительно сужают возможности его практической реализации.

Конституционные положения развиваются и закрепляются в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее – Основы). Там же прописаны 14 прав граждан при оказании медико-социальной помощи, т.е. нормы, определяющие взаимоотношения пациентов и медицинских работников (ст.30 и 31), а также права отдельных категорий пациентов, закрепленные более детально в отдельных законах. Кроме того, в Законе РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» от 02.04.93 № 4741-1 прописаны права граждан, застрахованных в системе ОМС, и механизмы контроля над их соблюдением.

Вместе с тем в нормативно-правовой базе существуют значительные пробелы и противоречия между отдельными нормативными документами (как между отдельными законами, так и между законами и подзаконными актами). Последнее более важно, так как ситуация с обеспечением прав пациента, как и медицинская сфера в целом, на практике регулируется в основном подзаконными актами – правительственными постановлениями и ведомственными документами. Все это существенно осложняет взаимоотношения государства, пациентов и медиков, делает гарантированные Конституцией и законами права в значительной степени декларативными.

Присутствует и проблема регионального нормативно-правового поля. Так как регионы имеют значительные полномочия по законодательному регулированию

сферы здравоохранения, это приводит к тому, что жители разных регионов, де-юре являющиеся равными гражданами РФ, имеют право на различный объем бесплатной медицинской помощи.

### Основные противоречия и пробелы в нормативно-правовой базе

#### 1. Отсутствие определений

Многие базовые понятия, такие как «пациент», «медицинская услуга», «исполнитель медицинской услуги», «медицинская информация», «врачебная ошибка», «профессиональная медицинская тайна», законодательно не определены.

Это дает возможность разночтений и произвольных толкований, а также влечет за собой расхождения в законах и подзаконных актах даже на уровне базовых понятий. Например, статья 779 Гражданского кодекса РФ признает только возмездное оказание медицинских услуг. В то же время Постановлением Правительства РФ №27 от 13.01.1996 г. разрешается оказание медицинскими учреждениями платных медицинских услуг, то есть вводится деление медицинских услуг на платные и бесплатные, хотя «бесплатные» фактически также являются платными для ЛПУ, только оплачиваются за счет бюджетов различных уровней или системы ОМС.

На уровне понятий проявляются и противоречия между Конституцией РФ и Основами с одной стороны, и законом о медицинском страховании – с другой стороны. В результате по Конституции гражданам гарантируется бесплатная «медицинская помощь», а в системе ОМС, которая и призвана реализовать данное право, возникает «медицинская услуга».

При отсутствии базовых понятий в федеральном законодательстве власти субъектов РФ пытались их ввести на своем уровне. В результате в региональных законах, например, по-разному определяется понятие «пациент». Так, закон Саратовской области «О правах пациента» дает такое определение: «лицо, обратившееся, получающее или имеющее намерение обратиться за получением медицинских и связанных с ними услуг независимо от того, здоров он или болен», закон Республики Карелия «О правах и обязанностях пациента»: «физическое лицо любого возраста, обратившееся в государственное,

## Глава 2. Состояние нормативно-правовой базы

муниципальное, ведомственное или частное учреждение здравоохранения и, независимо от право- и дееспособности, нуждающееся в лечебной, профилактической, реабилитационной и лекарственной медицинской помощи», закон «Об охране здоровья населения Пермской области»: «потребитель медицинских и связанных с ними услуг независимо от того, здоров он или болен».

### 2. Ответственность за нарушения прав пациентов

Не установлена нормативно мера ответственности за многие нарушения пациентских прав, что существенно ограничивает базовое право граждан на возмещение ущерба в случае причинения вреда их здоровью при оказании медицинской помощи и не способствует снижению числа нарушений со стороны медицинских работников.

Наиболее полно в нормативно-правовой базе прописана ответственность медработников за причинение смерти или вреда при оказании медицинской помощи или за отказ от оказания медпомощи. До недавнего времени это была в основном сфера уголовного законодательства. После внесения поправок в ст. 124 УК РФ уголовная ответственность за причинение пациенту вреда средней тяжести по неосторожности должна быть заменена на административную.

Однако в Российской Федерации персональная ответственность врача наступает только в случае уголовной, а гражданскую ответственность несет юридическое лицо. В гражданско-правовые отношения с пациентом в системе здравоохранения вступают учреждения здравоохранения (за исключением частнопрактикующих специалистов). Это дает возможность вести разговор об истребовании возмещения ущерба с ЛПУ в судебном порядке, но не стимулирует врачей к более ответственному исполнению своих обязанностей. Фактически, на сегодняшний день ненаказуемыми в административном и уголовном порядке являются причинение в процессе оказания медицинской помощи легкого и среднего вреда здоровью по неосторожности. Необходимо развитие таких механизмов, как персональные штрафы или дисквалификация, а также обязанность пройти переобучение с последующей сертификацией в период дисквалификации.

Кроме того, в вопросах причинения вреда существенную проблему представляет игнорирование законодательством понятия «врачебная ошибка». Не работает пункт 7

статьи 63 Основ – о праве медицинских и фармацевтических работников на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей. Поскольку в России нет страхования ответственности врачей и системы компенсаций за врачебные ошибки, пациенту практически невозможно добиться возмещения ущерба в случае, если отсутствовали небрежные или умышленные действия медработника (например, если инцидент произошел из-за отсутствия надлежащих условий лечения, плохой материально-технической базы или недостаточного уровня профессионализма врача).

Что касается нарушений большинства индивидуальных пациентских прав (конфиденциальность, информированное согласие, ознакомление с медицинской документацией и т.д.), то для них предусмотрена лишь дисциплинарная ответственность, меру которой произвольно определяет работодатель или контролирующее государственное учреждение. Отсутствует или является минимальной административная ответственность за нарушения, связанные с социальными правами (права на бесплатную медицинскую помощь и охрану здоровья), где виновным может быть не врач или ЛПУ, а, например, профильные госорганы.

### 3. Компетенции органов власти

В законодательстве не прописана система взаимодействия органов государственной власти, в компетенцию которых входит обеспечение прав пациентов. Также недостаточно четко прописаны полномочия и обязанности отдельных госорганов по контролю за обеспечением прав пациентов.

Так, согласно Основам, защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья граждан отнесена к полномочиям одновременно и федеральных органов власти, и органов государственной власти субъектов РФ. Как должна проходить эта защита и как распределяются полномочия между федеральным и региональным уровнем власти, нигде не раскрывается. Функция защиты прав пациентов отсутствует в прямом виде и в положениях профильных федеральных ведомств. Иными словами, ответственность за выработку и реализацию единой государственной политики в этой сфере ни за кем

## Глава 2. Состояние нормативно-правовой базы

не закреплена, а отдельные задачи (контроль качества медицинской помощи и т. д.) распределены между разными ведомствами.

Частной проблемой, существенно снижающей возможности эффективного контроля, являются противоречия и ограничения в нормативных актах, регулирующих решение локальных задач. Так, заключения Росздравнадзора в сфере контроля качества медицинской помощи не влекут за собой правовых последствий. Даже выявив дефект медицинской помощи, Росздравнадзор не может применить к виновному врачу или должностному лицу санкций.

Существуют определенные коллизии в полномочиях фондов обязательного медицинского страхования в обеспечении прав застрахованных. Согласно своему Уставу, ФФОМС утверждает нормативно-методические документы, обязательные для исполнения ТФОМСами и СМО, входящими в систему ОМС. Однако ЛПУ, являющиеся стороной договора обязательного медицинского страхования, не обязаны подчиняться приказам ФФОМСа. Кроме того, ни в одном нормативно-правовом документе у ТФОМСов нет права контролировать качество медицинской помощи, поскольку контроль проводится в отношении самостоятельных субъектов права (медицинских организаций).

Не понятен статус и нормативная база деятельности комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан. С 1 января 2005 г. утратила силу статья 16 Основ, которая определяла эти комитеты как один из элементов организации охраны здоровья граждан в РФ (раздел III). Фактически, данные структуры были единственными прямыми указаниями на возможность (но не обязательность!) создания коллегиальных структур при органах власти и медицинских учреждениях «в целях защиты прав человека и отдельных групп населения в этой области, для участия в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с их нарушением» с участием представителей общественности. В действующей редакции Основ упоминается, что установление порядка создания и деятельности комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан является полномочием федеральных органов государственной власти, но в нормативных документах Минздравсоцразвития РФ и подведомственных органов присутствуют упоминания только об этических комиссиях, создаваемых при проведении клинических испытаний лекарственных средств.

### 4. Право на допуск к пациенту других лиц

Парадоксально, но в Основах гарантирован допуск к пациенту его адвоката (или иного законного представителя для защиты его прав) и священнослужителя (для отправления обрядов в случае необходимости). В то же время законодательно нигде не зафиксировано право ближайших родственников встречаться с больным в стационаре. По сути, оно регулируется лишь правилами внутреннего распорядка ЛПУ.

Что касается права пациента на допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав, то оно сформулировано в категориях, не полностью соответствующих современному гражданскому законодательству, так как Основы были приняты раньше завершённой версии Гражданского кодекса РФ. Адвокат является не законным представителем (под эту категорию попадают родители несовершеннолетних и опекуны недееспособных лиц), а представителем по закону (в соответствии со статьей 185 ГК РФ), так же как любой другой гражданин, имеющий доверенность на представительство интересов, выданную ему пациентом.

С учетом того, что родственники не упоминаются в законе, а представителем по закону является лишь человек, имеющий на руках доверенность от пациента, фактически у большинства российских больных нет возможности оперативно связаться с близкими людьми в случае, если он экстренно попал в больницу, и там его права нарушаются.

### 5. Право на информированное согласие на медицинское вмешательство

Декларативным это право делает то обстоятельство, что не существует никаких нормативных требований, описывающих, когда, как и в каком объеме пациента должны информировать о планируемом медицинском вмешательстве.

Законом не установлена форма получения информированного добровольного согласия, не оговорена необходимость его письменной фиксации (в отличие от законодательно установленной необходимости письменной фиксации отказа от медицинского вмешательства).

## Глава 2. Состояние нормативно-правовой базы

Острота этой проблемы ощущается в случае возникновения конфликтной ситуации между пациентом и медицинскими работниками (например, судебного иска по факту причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи), когда факт наличия информированного добровольного согласия приходится доказывать.

### 6. Право на конфиденциальность

Наиболее острая проблема здесь связана с противоречиями между Основами, с одной стороны, и законом «Об обязательном медицинском страховании» и иными нормативными актами, регулирующими взаимоотношения участников системы ОМС, с другой. Согласно Основам, страховая компания не входит в число субъектов, которые имеют право получить информацию о факте обращения, состоянии здоровья, диагнозе больного. Однако эта информация отражается в счетах на оплату медицинских услуг, а ЛПУ обязаны (по закону и в соответствии с договором) ежемесячно предоставлять персонифицированные счета в страховую медицинскую организацию.

Неоднозначной представляется и формулировка Основ о том, что сведения о пациенте передаются без его согласия по запросу органов дознания, следствия, прокурора и суда. Зачастую подобные сведения вышеуказанные органы требуют предоставить до возбуждения уголовного дела.

### 7. Право на получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья

Нормативно не определен порядок выбора лица, которому может быть передана информация о здоровье пациента.

Кроме того, обязанности пациента законодательно на федеральном уровне не зафиксированы. Поэтому медицинские учреждения могут их устанавливать самостоятельно, если они не нарушают общие гражданские права. Это создает ситуацию, когда обязанности пациентов меняются от больницы к больнице.

Исключение составляют регионы, в которых обязанности пациентов прописаны в местных законах об охране здоровья<sup>17</sup>.

### 8. Право на проведение по просьбе пациента консилиума и консультаций других специалистов

Данное право также входит в противоречие с документами, регулирующими работу системы ОМС. В системе ОМС в целях рационального расходования средств консилиумы и консультации проводятся только по назначению врача. Иными словами, просьба пациента сама по себе не имеет силы (например, в случае, если он не уверен в профессионализме своего лечащего врача), за исключением случаев, если он захочет провести ее за свой собственный счет.

### 9. Право свободного выбора врача (семейного врача) и лечебно-профилактического учреждения

Согласно статье 30 Основ, гражданин имеет право на выбор медицинского учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования. Таким образом, закон игнорирует ситуации, когда пациент обращается в ЛПУ вне системы ОМС или ДМС, например, при получении платной медицинской услуги или высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств федерального бюджета. Иными словами, зафиксированное в Основах право является неполным.

### 10. Право пациента на независимую медицинскую экспертизу

53-я статья Основ гарантирует, что при несогласии граждан с заключением медицинской экспертизы по

<sup>17</sup> Например, согласно Закону Пермской области от 14.06.1996 № 467-74 (в ред. от 28.11.2006) «Об охране здоровья населения Пермской области» пациент обязан:

- «выполнять предписание врача;
- давать полную, правдивую информацию о жалобах и состоянии здоровья своему лечащему врачу;
- соблюдать план лечения, рекомендованный лечащим врачом, а также правила поведения больных в медицинских учреждениях;
- отвечать за отказ от лечения, выполнения профилактических мер или от следования инструкциям лечащего врача;
- соблюдать права других больных и персонала больницы;
- по решению судебных органов за свой счет оплачивать стоимость лечения при несоблюдении плана лечения, требований медицинского персонала, правил поведения больного».

## Глава 2. Состояние нормативно-правовой базы

их заявлению производится независимая медицинская экспертиза соответствующего вида, предусмотренная статьями 48 и 51 Основ. Однако статьи 48 и 51 посвящены двум очень специфическим видам экспертизы, не применимым к большинству других случаев. Это патолого-анатомические вскрытия (ст. 48) и военно-врачебная экспертиза (ст. 51).

### 11. Права пациентов в области платной медицины

Отношения потребителя (пациента) и услугодателя в сфере оказания платных медицинских услуг частично попадают под действие закона РФ «О защите прав потребителей». Однако практика показывает, что подводить правовую регламентацию существенно отличающихся друг от друга отношений с участием потребителей под действие одних и тех же норм закона РФ «О защите прав потребителей» не всегда возможно и целесообразно.

Помимо пробелов комплекс пациентских прав, зафиксированный в Основах и других федеральных законах, включает в себя и некоторые **избыточные нормы** – продекларированные права, за которыми нет реального наполнения. В частности, по экспертным оценкам, это касается права на «получение медицинских услуг в рамках программы ДМС».

*Из экспертного интервью (представитель СМО): «Не очень понимаю вопрос. В рамках программы ДМС можно получить то, что тебе гарантируется, если у тебя есть полис, ты его приобрел, то можешь пользоваться».*

### Перспективы принятия закона о защите прав пациентов

Ключевой вопрос совершенствования законодательства в сфере защиты прав пациентов сегодня сводится к перспективам принятия специального закона.

Само существование Основ законодательства как базового закона в сфере здравоохранения представляется значительным анахронизмом. Принятые в 1993 году,

Основы относятся к той категории нормативных документов, которые создавались на заре современной российской государственности как база для развития законодательства в той или иной сфере и отличались декларативностью. В правительственных планах совершенствования нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения уже несколько лет фигурирует замена Основ детализированными законами, однако пока серьезных сдвигов в этом направлении нет.

Необходимость принятия отдельного закона о защите прав пациентов давно признана и зафиксирована рядом правительственных документов. Еще в 1997 году в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на 1997-1998 годы<sup>18</sup> была поставлена задача принятия такого нормативного акта. Аналогичная задача ставится и в проекте Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года, подготовленной Министерством здравоохранения и социального развития РФ, а также в Основных направлениях деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года. Разработка законопроекта о защите прав пациентов в Российской Федерации и Концепции развития системы прав застрахованных в условиях ОМС значится и в приоритетном плане работ Минздравсоцразвития РФ на 2010 год<sup>19</sup>.

Вместе с тем, в 2002 году неудачей закончилась попытка рассмотрения законопроекта «О правах пациента», внесенного в Госдуму депутатом от КПРФ, председателем исполкома Всероссийского Пироговского съезда врачей А.Г.Саркисяном. Согласно заключению Правительства РФ, законопроект во многом повторял нормы, изложенные в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан и Конституции РФ, а ряд его положений были декларативными.

При этом в ряде регионов России еще в 1990-е годы были приняты свои законы о правах пациентов, которые во многом дублировали федераль-

<sup>18</sup> Концепция утверждена Постановлением Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации».

<sup>19</sup> План мероприятий Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по реализации задач, поставленных в Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации 2008 года, и выполнению Плана подготовки актов по реализации в 2009-2010 годах Основных направлений деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2008 г. № 1996-р. Утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 марта 2009 г. № 84.

## Глава 2. Состояние нормативно-правовой базы

ное законодательство, но отчасти исправляли те пробелы и нестыковки, которые в нем присутствуют. Например, закон Саратовской области от 14 апреля 1997 г. № 21-ЗСО «О правах пациента» фиксирует возможность доступа родственников и иных лиц к пациенту – как механизм реализации права на «духовную и моральную поддержку» (ст. 5). В нем расписаны полномочия участников системы здравоохранения: органов государственной власти субъекта РФ, ТФОМСа, страховых медицинских организаций. В процессе приведения в соответствие федерального и регионального законодательства в 2000-е годы смысл местных «пациентских» законов во многом нивелировался, к тому же отдельные региональные инициативы лишь усиливали неравенство в вопросах защиты прав пациентов среди жителей различных территорий.

Если обратиться к зарубежному опыту, то видно, что каких-то универсальных рецептов в законодательном оформлении прав пациентов быть не может. Подходы в разных государствах сильно различаются в зависимости от культурных и юридических традиций. Это порождает большое разнообразие законов, хартий, иных нормативных и декларативных актов. Одни нормативные акты имеют общий характер, утверждая права пациентов как фундаментальные гражданские права, другие ориентированы на пациентов, но регламентируют систему здравоохранения в целом и устанавливают, какой объем услуг она обязана обеспечивать гражданам. Третьи больше фокусируются на взаимоотношениях пациента и врача, на правах и обязанностях обеих сторон.

В ряде стран (например, Болгарии, Греции, Германии, Венгрии, Словакии, Испании) регулирование вопросов, связанных с правами пациентов, включено в различные законы, касающиеся систем здравоохранения в целом. Первой страной в мире, принявшей специальный закон о правах пациентов, стала Финляндия (1992 г.), причем обсуждение законопроекта длилось около 20 лет. Закон является «административным», т.е. содержит директивы, определяющие обязанности поставщиков медицинских услуг, а не права, которые пациенты могут требовать. В 1995 году закон под названием Act on the medical treatment contract был принят в Нидерландах и вошел составной частью в Гражданский кодекс. Он прояснял и усиливал юриди-

ческий статус пациента. Поскольку закон отличался четкой и ясной структурой, ряд стран (например, Литва и Эстония) взяли его впоследствии как основу для разработки своих собственных законов о правах пациентов. Во второй половине 1990-х гг. специальные законы о правах пациентов были приняты во многих странах, в том числе – Израиле (1996), Литве (1996), Исландии (1997), Дании (1998), Норвегии (2000), Франции (2002) и Молдавии (2005).

Несколько иной путь нормативно-правового закрепления прав пациентов исторически сложился в других странах Европы, например, в Великобритании, Польше, Чехии. Здесь были приняты Хартии пациентов, т.е. не законы, а государственные документы, содержащие рекомендуемые минимальные стандарты. В этом случае важную роль играют судебные решения по отдельным случаям, и защита прав пациентов во многом опирается на прецедентное право.

Однако на сегодняшний день можно говорить о том, что будущее – не за хартиями, а за законами, которые не только определяют объем прав и обязанностей пациентов, но и устанавливают механизмы обеспечения прав и контроля за их соблюдением.

Предлагаемые в законодательстве системы обеспечения и контроля за соблюдением прав пациентов также сильно различаются в зависимости от национальных традиций, но наиболее часто встречаются три основных элемента, каждый из которых играет свою особую роль:

- службы специальных уполномоченных по правам пациентов (омбудсмены) и адвокатов пациентов;
- специальные комиссии по расследованию нарушений прав пациентов и контролю над деятельностью врачей в больницах и клиниках. Вертикаль таких комиссий охватывает медицинские учреждения различного уровня и курируется органами управления здравоохранением и/или органами саморегулирования медицинского сообщества;
- коллегиальные комиссии, форумы и иные площадки для мониторинга качества медицинской помощи и публичных дискуссий с участием медиков, потребителей медицинских услуг и иных представителей общественности.

## Глава 2. Состояние нормативно-правовой базы

\* \* \* \*

В целом, в существующей нормативно-правовой базе присутствует несколько подходов к обеспечению прав пациентов, выдержанных в различной логике. Согласно основному подходу, 1) базовые права граждан в области охраны здоровья раскрыты в Основах, 2) особые права отдельных категорий пациентов зафиксированы в Основах и детально прописаны в специальных законах («О психиатрической помощи и гарантиях прав гражданам при ее оказании» и др.), 3) регламентация механизмов обеспечения и защиты этих прав должна быть прописана на уровне подзаконных актов. Однако завершенная система нормативно-правового регулирования (особенно по 3-му пункту) так и не была выстроена. Параллельно развивалась нормативная база для регулирования системы защиты прав пациентов в одном значительном, но все же ограниченном сегменте здравоохранения – учреждениях системы ОМС. Наконец, логика закона «О защите прав потребителей» предлагает по общим правилам защищать права граждан, обращающихся за медицинскими услугами за свой счет. Представляется, что при дальнейшем реформировании медицинского законодательства необходимо выбрать единую логику нормативного обеспечения прав граждан в сфере охраны здоровья, где на законодательном уровне будут прописаны не только сами права, но и обеспечивающие их механизмы, процедуры контроля и наказания за нарушения прав. Именно это определяет актуальность задачи по разработке специального закона «О защите прав пациентов».



# Глава 3. Оценка эффективности механизмов защиты прав пациентов

## Распределение ответственности различных контрольных инстанций

Ключевую проблему на сегодняшний день представляет отсутствие целостности и единства в организации работы органов государственной власти, государственных учреждений и иных структур, контролирующих обеспечение прав пациентов в Российской Федерации, а также очевидный конфликт интересов некоторых из них.

Существующее в настоящее время разделение здравоохранения на три системы – государственную, муниципальную и частную – влечет за собой ведомственные рассогласования, отсутствие административной и финансовой ответственности. В ходе административной реформы последних лет профильные федеральные органы исполнительной власти потеряли ряд административных и контрольных функций, что повлекло за собой размывание единого правового поля. Сама задача защиты прав пациентов, как отмечалось в главе 2, сегодня не закреплена ни за одним федеральным госорганом.

В действующей схеме распределения полномочий по контролю за соблюдением прав пациентов первой инстанцией является **руководство ЛПУ**. Но существующие механизмы анализа и разбора жалоб<sup>20</sup> настолько формальны, что и у населения, и у экспертов не возникает ни тени сомнения в том, что корпоративная медицинская солидарность всегда «покрывает» любые нарушения (даже в случае уголовного правонарушения со стороны врача). Кроме того, поскольку гражданскую ответственность за действия своих сотрудников несет ЛПУ, у руководства медучреждений объективно возникает конфликт интересов, где на одной чаше весов – права пациентов, а на другой – бюджет и репутация их организации.

Условием повышения внутрикорпоративного контроля над качеством медицинской помощи и соблюдением этических норм медицинским сообществом могло

<sup>20</sup> В первую очередь, это врачебные комиссии, в функции которых входит оценка качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, а также участие в рассмотрении обращений граждан по вопросам медико-социальной помощи, организации и качества лечебно-диагностических (профилактических, реабилитационных) мероприятий, лекарственного обеспечения (согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 сентября 2008 г. № 513н «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации»).

бы стать становление **сильных профессиональных организаций**, обладающих полномочиями по наложению мер взыскания на своих членов за допущенные нарушения профессиональных норм (вплоть до дисквалификации). Такая возможность заложена в ФЗ № 315 «О саморегулируемых организациях» (СРО). Однако ее реализация требует, во-первых, доработки и уточнения законодательства о СРО применительно к медицинской деятельности (возможно, принятия отдельного закона о саморегулируемых медицинских организациях с обязательным членством в них всех врачей в РФ); во-вторых, реорганизации существующих многочисленных медицинских ассоциаций и объединений, которые в их нынешнем состоянии не способны взять на себя функции СРО.

Следующие инстанции контроля деятельности медиков – **муниципальные власти и исполнительная власть субъекта РФ** – также объективно находятся в ситуации конфликта интересов. Являясь собственником медицинских учреждений и неся за них субдиарную ответственность, региональные и местные власти осуществляют и контроль за их деятельностью, в том числе в сфере соблюдения прав пациентов. Это сказывается на эффективности контроля. Так, по данным Росздравнадзора, контроль со стороны органов исполнительной власти регионов за организацией и качеством платных медицинских услуг, а также за правильностью взимания платы с населения должным образом и в полном объеме осуществлялся только в 22 (менее 30%) субъектах РФ, а полное отсутствие контроля выявлено в 9 субъектах<sup>21</sup>.

**Страховые медицинские организации**, согласно закону «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», должны играть ключевую роль в обеспечении и защите прав граждан, участвующих в системе ОМС. Страховые компании обязаны по закону контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора, а также защищать интересы застрахованных. Многочисленные методические рекомендации и приказы ФФОМСа возлагают на СМО задачи по ведению информационно-разъяснительной работы среди застрахованных граждан об их правах, защиту их интересов в суде и других инстанциях, сбор и анализ

<sup>21</sup> Росздравнадзор усиливает контроль за оказанием бесплатной медицинской помощи. 07.07.2009 // Информационная лента Росздравнадзора РФ (<http://rznrf.ru/?NewID=312&AttribID=33>).

### Глава 3. Оценка эффективности механизмов защиты прав пациентов

статистики по нарушениям и уровню удовлетворенности граждан оказанными медицинскими услугами. Однако по оценкам и самих страховщиков, и других экспертов, эти функции СМО сегодня практически не выполняют. Страховщики считают, что роль страховых компаний сейчас занижена, а исполнению ими функций по защите прав пациентов мешает отсутствие достаточной нормативно-правовой базы, обеспечивающей реализацию предписанных законом обязанностей. Наиболее вопиющие противоречия: юридические коллизии с полномочиями представлять интересы пациента в суде, неопределенность статуса вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи, нарушения в передаче конфиденциальной медицинской информации о пациенте.

*Из экспертного интервью (представитель СМО): «Моя болевая точка как представителя СМО – экспертиза качества. В нашей стране она практически не работает, потому что понятие вневедомственной экспертизы качества в системе медицинского страхования законодательно просто нет. В Основах нет такого понятия, как вневедомственный контроль, экспертиза качества. Результаты экспертной работы СМО ни один суд не принимает. Он обязательно назначает свою экспертизу, которая осуществляется судебными медиками, а судебные медики ничего не понимают в системе ОМС».*

Другие категории экспертов склонны видеть системное противоречие и неустранимый конфликт интересов в деятельности СМО, которые заключают договор с ЛПУ и заинтересованы в первую очередь контролировать расходование финансовых средств (по принципу – чем меньше затрачено средств, чем лучше), а не качество оказанных услуг. Фактически, экспертиза качества медицинской помощи является для СМО третьим, в том числе, по приоритетности, этапом экспертизы после медико-экономического контроля счетов оказанной медицинской помощи и медико-экономического анализа страховых случаев.

Так или иначе, на сегодняшний день страховые компании – последняя инстанция, в которую граждане обращаются с жалобами. По сути, модель

защиты прав пациентов, в которой центральным звеном является страховая медицинская организация, демонстрирует свою полную неэффективность. Сложность состоит в том, что сегодняшние дискуссии по реформированию системы ОМС, в том числе подготовка нового закона «Об обязательном медицинском страховании», ведутся в ситуации нерешенности основного вопроса – стоит ли дальше пытаться реабилитировать эту модель или же полностью от нее отказаться, оставив за СМО лишь функции по контролю над финансовыми потоками.

На федеральном уровне компетенции отдельных госорганов, защищающих права пациентов, ограничены либо узкой областью применения этих прав (Росздравнадзор – вопросы качества медицинской помощи, лекарственных средств, медицинской экспертизы и т. д., Роспотребнадзор – права потребителей платных медицинских услуг, отдельных категорий больных) либо отдельной компетенцией по защите этих прав (прокуратура, Уполномоченный по правам человека). Так, российский омбудсмен рассматривает жалобы пациентов только после того, как им отказали в обращениях все другие контрольные инстанции<sup>22</sup>.

Как выход из проблемного круга раздробленности, конфликтов интересов и ограниченности сферы деятельности отдельных инстанций, уполномоченных защищать права пациентов, с 2008 года в России активно обсуждается **идея создания специального института Уполномоченного по правам пациента**. В феврале 2008 года за создание такого института выступила Межрегиональная общественная благотворительная правозащитная организация «Комитет за гражданские права»<sup>23</sup>. В наибо-

<sup>22</sup> Например, Уполномоченный решает такие частные вопросы: «В июне 2008 года к Уполномоченному обратился гражданин К. с жалобой на бездействие должностных лиц органов здравоохранения, выразившееся в неоказании ему медицинской помощи. Заявитель неоднократно обращался в Департамент здравоохранения г. Москвы, Росздравнадзор, Минздравсоцразвития России с просьбой о предоставлении консультации квалифицированных медицинских специалистов и обеспечении лечением. Его обращения в указанные органы “путешествовали” от одного должностного лица к другому, но требуемая медицинская помощь не оказывалась. В результате вмешательства Уполномоченного К. был направлен в Клинический центр Московской медицинской академии им. Сеченова для решения вопроса о проведении стационарного лечения за счет бюджетных средств» // Доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2008 год (Москва, 17 февраля 2009 г.).

<sup>23</sup> О защите прав пациентов медицинских учреждений России. 03.02.2008 // сайт Комитета «За гражданские права» (<http://www.zagr.org>).

## Глава 3. Оценка эффективности механизмов защиты прав пациентов

лее развернутом виде идея получила воплощение в решении Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре РФ от 27 апреля 2009 года<sup>24</sup>.

Согласно ему, государственный орган по защите прав пациентов должен быть создан при Президенте РФ и должен иметь право, помимо информирования и консультирования пациентов, по заявлению гражданина или иным сообщениям на бесплатное для заявителя:

- проведение проверок, контроля и надзора, экспертизы качества медицинской помощи; выдачу юридически значимых (принимаемых судами и следователями) заключений по делу;
- вынесение предписаний об устранении нарушенного права (с наложением штрафов при невыполнении предписания);
- наложение административных взысканий и штрафов на сотрудников медицинских организаций и сами медицинские организации;
- обязанность поддержки административного обвинения в суде в ряде случаев (например, при лишении врача права заниматься медицинской деятельностью) и поддержки гражданских исков в ряде случаев (защита прав детей, инвалидов, уязвимых групп);
- вынесение досудебных решений в случае гражданско-правовых конфликтов, которые могут быть обжалованы в суде любой стороной конфликта.

Однако предлагаемое решение Общественного совета, на наш взгляд, является радикальным и не соответствует существующему распределению полномочий между федеральными органами исполнительной власти, а также логике действующей системы управления здравоохранением (т.е. она требует её кардинальной перестройки за счет введения структуры, аналогичной Федеральной антимонопольной службе). Это предопределяет нереалистичность данного проекта.

На сегодняшний день за рубежом накоплен значительный опыт работы омбудсменов по правам паци-

ентов. Однако работающие модели существенно отличаются от той, что обсуждается сегодня в России: там институты уполномоченных существуют либо при министерствах здравоохранения, либо как подразделение общего уполномоченного по правам пациентов (например, в Великобритании) и выполняют в первую очередь задачи по сбору жалоб и проведению разъяснительной работы с населением.

### Процедуры подачи и рассмотрения жалоб в госорганы

Один из базовых способов защиты прав пациентов на досудебном уровне – обращение с жалобой в различные инстанции (страховые компании, Росздравнадзор, ФОМСы, вышестоящие органы управления системой здравоохранения на муниципальном, региональном уровне и т.д.). Однако, по оценкам экспертов, декларированное право пациентов на жалобу на практике работает с большими трудностями. Основными проблемами являются:

- Неповоротливость системы. Сроки рассмотрения жалоб и ответа на них очень большие, в то время как многие проблемы требуют срочного медицинского решения. Прежде чем будут приняты какие-либо меры, обращение проходит большое количество инстанций, что занимает зачастую недели, даже если проблема решается в рамках одного региона. Если же возникает необходимость привлечь федеральный центр, решение вопроса в большинстве случаев затягивается на месяцы.
- Запутанность и непонятность системы рассмотрения жалоб для пациента. У граждан нет доступной информации о системе разделения полномочий (в каком случае в какую инстанцию ему следует обращаться).
- Решение проблемы через обращение в контролирующие инстанции требует от больного значительных усилий: времени на посещение соответствующих учреждений, стояние в очередях и т.д., что зачастую для больного просто физически невозможно.

org/136.html).

<sup>24</sup> Решение о защите прав пациентов. 28.04.2009 // сайт Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре РФ ([http://www.openmed.ru/index.php?D=34&cmd=33&file=NewsArticles\\_1.0.0&view=1&category=&id=79](http://www.openmed.ru/index.php?D=34&cmd=33&file=NewsArticles_1.0.0&view=1&category=&id=79)).

## Глава 3. Оценка эффективности механизмов защиты прав пациентов

- Отсутствие эффективного результата на обращение в госорганы: к сожалению, достаточно распространена практика игнорирования, потери обращений пациентов или формальных ответов на них со стороны госслужащих.

Не случайно в ходе интервью эксперты на просьбу дать оптимальный, на их взгляд, алгоритм действий пациента в случае нарушения его прав, называли подачу жалобы в контрольные органы как необходимый (для дальнейшего судебного рассмотрения), но бесполезный по сути механизм. Более действенны, на их взгляд, такие способы борьбы за свои права, как:

- обращения в суд;
- организация кампании в СМИ, привлечение общественного внимания;
- прямые обращения к руководству страны.

*Из экспертного интервью (представитель НКО): «Действенно, по нашему опыту, написание писем Президенту. Все жалобы, которые проходили через Администрацию Президента, абсолютно все удовлетворялись, даже иск в прокуратуру приносил меньший результат. Не хотелось бы все вопросы решать через Президента, но, с другой стороны, это взаимоотношения на другом уровне».*

### Защита прав пациентов на судебном уровне

Объективно судебная защита с признанием вины медработников / ЛПУ и наложением обязательств по выплате компенсаций за причиненный ущерб является финальной точкой в обеспечении прав пациентов. Но этот путь, в силу неразвитости российской судебной системы и правовой культуры граждан, оказывается последним средством, к которому прибегают пациенты в случае нарушения своих прав.

И хотя, по оценкам экспертов, в данной сфере за последние годы происходят некоторые позитивные изменения (увеличиваются суммы компенсаций за причиненный ущерб, а сроки прохождения дел становятся меньше, что во многом связано с накопле-

нием опыта судьями), число судебных исков и решений в пользу пациента несопоставимо с развитыми странами. Вдобавок в России отсутствует практика подачи коллективных исков в интересах широкой группы пациентов, в случае, если те или иные решения или действия государственных органов ущемляют права пациентов. Помимо общих трудностей использования судов для защиты прав граждан, в медицинской сфере существует ряд очень серьезных специфических проблем как нормативного, так и социального плана.

#### Проблема независимости и объективности судебно-медицинской экспертизы

Независимость судебно-медицинской экспертизы очень важна, поскольку экспертные заключения имеют решающее значение при вынесении судебного решения по искам пациентов. Вообще, по мнению ряда юристов, то, что медицинская экспертиза воспринимается судом и прокурорскими работниками как истина в последней инстанции, которой не требуется правовая оценка, является системным недостатком, демонстрирующим сложившийся в России приоритет медицины над правом. Нередко судебно-медицинская экспертиза назначается тогда, когда основания иска никак не связаны с возможностью ее назначения (например, то, что пациент не был информирован о добровольном согласии)<sup>25</sup>.

В вопросе о независимости и объективности экспертизы значение имеют два аспекта проблемы:

- *Административно-хозяйственная подчиненность бюро судебно-медицинских экспертиз.* Сегодня они подчиняются региональным управлениям здравоохранения, патологоанатомические бюро, как правило, располагаются на территории больниц и подчиняются главным врачам. Это определяет некорректность экспертных заключений: зачастую они делаются в пользу врачей, поскольку у органов управления здравоохранением есть возможность влиять на решения экспертов. Как показывает практика, заключения

<sup>25</sup> 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. Выступление в ходе рабочего экспертного совещания, 14 мая 2009 г.

## Глава 3. Оценка эффективности механизмов защиты прав пациентов

в пользу пациентов (т.е. признание вины медперсонала) даются чаще в случае, если экспертиза проводится в другом регионе или независимым учреждением. Так, в Пермском крае несколько лет действовала практика проведения медэкспертизы на базе территориального отделения Минюста, которая давала иные результаты, нежели обычная экспертиза.

**Из экспертного интервью (юрист):** «Обычная экспертиза дает заключение в пользу пациентов в 45% случаев. А независимая экспертиза в лабораториях Минюста – 95%... Сегодня, если мы защищаем пациента, то просим назначить экспертизу в другом городе – в Екатеринбурге или в Москве».

• **Отсутствие профессионального корпуса судебно-медицинских экспертов.** В экспертные комиссии привлекаются обычные врачи-клиницисты, не имеющие экспертной подготовки и стажа работы в качестве эксперта. Выводы таких экспертиз ориентированы не на оценку для нужд правовой процедуры, а на клинический разбор ситуации. В результате, благодаря заключению таких экспертов, судебные процессы по вопиющим нарушениям могут заканчиваться отказом пострадавшему, а по иску по незначительным нарушениям могут быть наложены очень строгие взыскания.

### Проблема трудности доказательства вины

Очень трудно доказать виновность медицинского работника, особенно в случае, если нет прямой вины врача, а проблема кроется в недостаточном финансировании, организации работы ЛПУ и т.д. Кроме того, в суде правильность действий медработников оценивается по записям медицинской документации, и от того, насколько грамотно в карте больного были зафиксированы действия лечащего врача, во многом зависит, какие будут взыскания либо отказ в иске. В то же время качество ведения документации в российских ЛПУ оставляет желать лучшего: по данным страховых компаний, нарушения в этой сфере – одни из наиболее часто выявляемых ими в ходе проверок.

### Проблема несовершенства нормативно-правовой базы, регулирующей действия медиков

По оценкам практикующих юристов, судебная практика в России по искам о защите прав пациентов затруднена отсутствием четких указаний в законодательном поле на то, какие меры наказания следует применять за те или иные нарушения прав пациентов, а также каково распределение ответственности участников оказания медицинской помощи. Трудности создают и существующие противоречия между законами и подзаконными актами, регламентирующими действия медперсонала.

Как пишет руководитель Пермского медицинского правозащитного центра Е.Козьминых, «по нашему опыту, самый эффективный уровень защиты участников медицинского процесса – «судебное рассмотрение» – обеспечивается почти исключительно общегражданским законодательством, в первую очередь ГК РФ без использования специальных медицинских законов. Имея самый большой опыт в РФ по ведению врачебных судебных дел, Пермский медицинский правозащитный центр вынужден выработать эффективные подходы к защите своих доверителей, основанные на применении аналогии права и закона, а также на разъяснениях Верховного Суда РФ»<sup>26</sup>.

### Проблема профессиональной подготовки юристов

На сегодняшний день в России существует острая нехватка квалифицированных судебно-медицинских экспертов, а также сотрудников правоохранительных и судебных органов, специализирующихся по правам в сфере медицины, поскольку таких направлений подготовки нет в юридических вузах.

Медицинскому праву учат только в медицинских вузах, и то обстоятельство, что данная область права (как дисциплины) формируется медиками, накладывает свой отпечаток на ее содержание, формирует приоритет профессиональных медицинских вопросов над общегражданскими.

Помимо базовой теоретической подготовки, нет и целостной системы накопления, систематизации и распространения опыта судебной практики по искам пациентов, на которой могли бы совершенствоваться

<sup>26</sup> Козьминых Е.В. Пробелы «медицинских» законов и права пациента // сайт Пермского медицинского правозащитного центра ([http://www.prpc.ru/pmpc/publ\\_10.shtml](http://www.prpc.ru/pmpc/publ_10.shtml)).

## Глава 3. Оценка эффективности механизмов защиты прав пациентов

свои знания судьи, сотрудники правоохранительных органов, юристы.

Малочисленные профессионалы-юристы, которые специализируются в области защиты прав пациентов, придя в нее либо из юриспруденции, либо из медицины, разбросаны по России, работают изолированно друг от друга, не обмениваясь систематически опытом.

*Из экспертного интервью (юрист): «В принципе, с десятком специалистов на всю страну найти можно – с разными подходами, с неунифицированными представлениями, в каких ситуациях и как работать».*

Помимо этого, существуют **проблемы социального характера**, которые не стимулируют пациентов на защиту своих прав в судебном порядке:

- Высокая ресурсоемкость судебного процесса для истца. Судебный процесс может тянуться годами и требовать от пациента очень серьезных финансовых затрат. Помимо услуг адвоката, для малообеспеченного пациента может оказаться «неподъемной» и стоимость судебно-медицинской экспертизы. Законодательно предусмотренная возможность проведения экспертизы за счет федерального бюджета (по решению судьи) на практике используется крайне редко.
- Отсутствие системы юридической помощи, которая может помочь человеку на всех этапах (от консультирования до представления его интересов в суде), финансово и организационно доступной для рядового гражданина. Специалистов в области медицинского права мало, и зачастую больной просто не может попасть на прием к соответствующему юристу, так как он находится от него территориально далеко.
- Нежелание юристов браться за сложные «медицинские» случаи. Коммерческие юристы зачастую отказывают больным в ведении сложного дела, которое обещает быть затратным по времени и усилиям, так как для них это невыгодно.
- Существующие социальные стереотипы. Распространенным является мнение, что судебная система обычно становится на сторону медицинских работников и учреждений, и судебный иск по медицинской тематике является заведомо проигрышным.

### Страхование ответственности врачей

Важной проблемой, по оценкам экспертов, является отсутствие адекватной системы индивидуальной ответственности врачей за врачебные ошибки и нарушение прав пациентов. Решением этой проблемы могла бы стать система обязательного страхования ответственности медработников, которая в других странах с разной степенью успешности (в зависимости от выбранной модели) решает задачу по формированию и распределению компенсационного фонда для пострадавших пациентов. Наличие такой системы позволяет дать более прочные гарантии реализации права пациентов на компенсацию причиненного ущерба при оказании медицинской помощи не только в случае непосредственной вины врача / ЛПУ, но и когда виновного установить невозможно (например, при заражении внутрибольничными инфекциями).

Однако перспективы создания такой системы в России в ближайшие годы очень маловероятны, хотя эта тема фигурирует в долгосрочной повестке дня на общегосударственном уровне<sup>27</sup>, а также предпринимаются отдельные попытки введения элементов страхования ответственности на региональном уровне. Так, норма страхования профессиональной ответственности медицинских работников, правда, добровольного, прописана в законе «Об охране здоровья в городе Москве», принятом столичными депутатами в первом чтении в июле текущего года.

Уже несколько лет формально существует система страхования ответственности медработников муниципальных медицинских организаций по возмещению вреда, причиненного жизни и здоровью пациентов (в том числе морального вреда), в Пермском крае. Бюджет на это выделяется в рамках финансирования Программы государственных гарантий оказания населению Пермского края бесплатной медицинской помощи на год<sup>28</sup>. Однако на практике процесс тормозится. Сумма, выделя-

<sup>27</sup> В проект Концепции развития здравоохранения до 2020 года включен законопроект, который предусматривает страхование профессиональной ответственности медицинских и фармацевтических работников.

<sup>28</sup> Закон Пермского края «О Программе государственных гарантий оказания населению Пермского края бесплатной медицинской помощи на 2009 год» от 30.12.2008 № 361-ПК.

### Глава 3. Оценка эффективности механизмов защиты прав пациентов

емая на страхование ответственности, невелика, и ЛПУ не стремятся застраховать своих работников. Основную проблему, на взгляд регионального министерства здравоохранения, представляет отсутствие стандартов, позволяющих разграничить врачебную ошибку, некачественное лечение и неблагоприятное развитие заболевания<sup>29</sup>.

Среди участников экспертных интервью мнения относительно целесообразности введения обязательного страхования профессиональной ответственности врачей разделились. Наряду с общей положительной оценкой этого возможного нововведения были высказаны и критические соображения, такие как:

- от страхования ответственности нельзя ожидать прямого влияния на качество медпомощи и соблюдение врачами прав пациентов;

<sup>29</sup> Бахарев К., Красильникова О. Иск по полису. Как добиться материальной компенсации за ошибку врачей // «Российская газета-Неделя» – Пермский край, № 4833 от 22 января 2009 г.

- введение персональной ответственности врачей потребует изменения подходов к допуску их к профессиональной деятельности (переходу от лицензирования ЛПУ к лицензированию врачей), что означает кардинальную ломку всей системы здравоохранения;
- введение страхования повлечет за собой всплеск судебных исков и претензий со стороны пациентов, и система финансово не выдержит потока требуемых компенсаций.

Таким образом, использование страхования ответственности врачей как одного из механизмов защиты прав пациентов требует очень серьезной проработки модели страхования и ее увязки с преобразованиями в системе здравоохранения в целом. Вместе с тем, очевидно, что сам процесс разработки оптимальной модели дал бы серьезный импульс к предметной публичной дискуссии об общей ситуации с защитой прав пациентов в стране (на основе анализа статистики врачебных ошибок и нарушений и т. д.), что само по себе имеет несомненную ценность.

# Глава 4. Проблемы правовой культуры врачей



Отдельную проблему представляет некомпетентность медицинских работников в правовых вопросах. По оценкам экспертов, довольно часто пациентские права нарушаются в медицинских учреждениях не из злого умысла, а по незнанию.

Социологические опросы, проведенные в различных регионах России в 2000-е годы, показали крайне низкие результаты по правовой грамотности медперсонала<sup>30</sup>. По разным данным, неудовлетворительный уровень правовой осведомленности встречается у 40-80% медицинских работников<sup>31</sup>. Ведущие российские специалисты в области медицинского права отмечают явно недостаточное знание и понимание российскими медиками прав на согласие и отказ от медицинского вмешательства, на информацию о состоянии собственного здоровья, на сохранение врачебной тайны<sup>32</sup>.

---

*Из экспертного интервью (представитель СМО): «Врач знает только то, за что его точно накажут: неоказание помощи пациенту в ситуации, угрожающей жизни, переливание крови несовместимой группы, отказ на обращение о помощи пострадавшего, взятка. Вот 4 уголовные статьи, под которыми он ходит изначально. Что касается конкретных наказаний за его профессиональные качества, он этого не знает: что можно получить наказание, если ты грубо разговариваешь с пациентом или если ты сделаешь укол какого-то возбуждающего средства вместо магнезии».*

Причины такого незнания кроются в пробелах профессиональной правовой подготовки студентов-медиков. Помимо базовых курсов медицинского

<sup>30</sup> Канунникова Л.В. Комплексная оценка уровня юридических знаний медицинских работников и населения // Медицинское право, № 1, 2003.

<sup>31</sup> Неверов А.В., Подлужная М.Я. Анализ материалов о нарушениях прав пациентов по данным обращений в органы управления здравоохранения и социологического опроса // Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Суздаль, 2008 г. Галанова Г.И. К вопросу совершенствования знаний медицинских работников в области нормативно-правовой базы здравоохранения // Менеджер здравоохранения, № 1, январь 2009 г. Акопов В.И. Медицинское право: книга для врачей, юристов и пациентов. Москва: ИКЦ «МарТ», 2004.

<sup>32</sup> Сергеев Ю.Д., Журилов Н.В., Пищита А.Н., Галь И.Г., Стеценко С.Г., Горленко Е.Е., Мурай А.И., Каменская Н.А. Задачи и опыт кафедры медицинского права ММА им. И.М.Сеченова в медико-правовой подготовке специалистов сферы здравоохранения // Медицинское право, № 1, 2003.

права, в которых даются самые общие знания о нормативно-правовой базе в сфере здравоохранения<sup>33</sup>, обычно в медицинских вузах отсутствуют специальные учебные программы по вопросам, связанным с соблюдением прав пациентов. Редкостью являются курсы, в которых правовые знания привязаны к материалу отдельных специальностей, даются с практическим уклоном и учетом особенностей той или иной медицинской сферы. Таким образом, молодые врачи приступают к врачебной практике без необходимых знаний, которые могли бы снизить уровень нарушений пациентских прав.

Организация кадровой работы в ЛПУ мало способствует повышению их правовой грамотности. По статистике, юристы входят в штат только 46,7% всех лечебно-профилактических учреждений<sup>34</sup>. Отсутствие необходимых правовых знаний не компенсируется ни на рабочем месте, ни в ходе периодических курсов повышения квалификации врачей. Согласно данным одного из опросов медиков, более 80% из них оценивают как недостаточное количество часов, отведенных на рассмотрение правовых вопросов при прохождении курсов повышения квалификации, а также отмечают невысокий уровень этих занятий. При этом в значимости таких занятий убеждены 86,9% опрошенных. Примечательно, что около трети респондентов из числа рядовых врачей (36,2%) сообщили, что вообще не изучают правовые вопросы с помощью специализированной литературы – ни самостоятельно<sup>35</sup>, ни в рамках последиplomного образования.

Пустующую нишу пытаются заполнить медико-правовые центры, открытые в ряде регионов при медицинских вузах или при местных отделениях Российской медицинской ассоциации в последние годы (Иркутск, Нижний Новгород, Новосибирск и т. д.). Такие центры предлагают постоянное юридическое сопровождение деятельности ЛПУ, в рамках которого помимо ведения гражданских дел и консультаций нередко проводятся лекции, обучающие мероприятия для персонала. Деятельность таких центров дает очевидные положительные результа-

<sup>33</sup> В Требованиях к обязательному минимуму содержания основной образовательной программы подготовки врача по специальности 040100 – «Лечебное дело» в Государственном образовательном стандарте на курс «Правоведение» отводится 57 часов.

<sup>34</sup> Галанова Г.И. Указ. соч.

<sup>35</sup> Там же.



## Глава 4. Проблемы правовой культуры врачей

ты<sup>36</sup>. Однако они не являются повсеместными, поскольку их сотрудничество с ЛПУ зависит от финансовых возможностей медицинских учреждений.

Ликвидировать существующие правовые пробелы практикующим врачам в инициативном порядке, в процессе самообразования во многом мешает традиционно господствующая в российской системе здравоохранения патерналистская парадигма. В ней пациент не является активным субъектом взаимоотношений и равным участником диалога с врачом, а потому в процессе лечения как бы выпадает из поля общепринятых правовых норм и свобод. Более того, как показали экспертные интервью с представителями врачебного сообщества, широко распространено мнение, что пациенты вообще не могут адекватно оценивать качество лечения из-за особого психологического настроя и отсутствия специальных знаний в медицине (это мнение распространяется на всех непрофессионалов, что создает коллизии в вопросах судебно-медицинской экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи). Из этого убеждения вытекает парадоксальный тезис – удовлетворенность больных или

<sup>36</sup> Например, в Новосибирской области за время работы Областного медико-правового центра в 20 раз увеличилось количество конфликтов, рассмотренных во внесудебном порядке; в 17,5 раза увеличилось количество врачей, прошедших правовую подготовку; в 4,5 раза уменьшилось количество гражданских исков к ЛПУ. Источник: Канунникова Л.В., Опыт юридического сопровождения конфликтных ситуаций и страхования профессиональной ответственности медицинских работников Новосибирской области // «Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи», № 7, июль 2007 г.

количество жалоб со стороны пациентов не могут служить показателем плохой работы системы здравоохранения.

Сегодня в мире все более сильные позиции завоевывает гуманистическая медицина, согласно которой в процессе лечения отводится важное место открытой коммуникации, взаимному уважению и эмоциональному взаимодействию между врачами и пациентами. В России же данный подход пока представлен очень слабо в ежедневной врачебной практике и даже на уровне обсуждения в профессиональной медицинской среде.

Наконец, на отношение значительной массы медицинских работников к пациенту накладывает отпечаток и то обстоятельство, что в бюджетной системе здравоохранения отсутствует прямая связь между качеством оказания медицинских услуг и оплатой труда сотрудников ЛПУ. Не случайно некоторые эксперты жестко увязывают перспективы улучшения ситуации с обеспечением прав пациентов и изменение базовых принципов оплаты в системе ОМС.

---

**Из экспертного интервью (юрист):** «В существующей системе страховой медицины в России механизм защиты прав пациентов в принципе не может работать, потому что пациент выключен из платёжного механизма, он не является носителем средств казны, он не голосует государственным рублем за свой приход, а тем паче за свой выбор».

# Глава 5. Отношение общества к проблемам прав пациентов



Среди факторов, влияющих на ситуацию с обеспечением прав пациентов, огромную роль играет отношение самих пациентов и гражданского общества к проблемам в данной сфере. Нередко эти факторы недооцениваются или не берутся во внимание, поскольку фокус внимания исследователей направлен на процессы внутри системы здравоохранения. По нашему мнению, ресурсы общественного мнения и гражданского действия играли и будут играть значительную роль в консервации или улучшении ситуации с правами пациентов в России.

Здесь важны несколько аспектов: влияние средств массовой информации, отражающих и формирующих общественное мнение; психология и уровень информированности граждан о своих правах; деятельность общественных организаций, представляющих интересы пациентов и являющихся основными субъектами общественного контроля над ситуацией в сфере здравоохранения.

## Освещение проблем в СМИ

Где и в какой форме обычно освещаются новости и события в области обеспечения прав пациентов? За счет чего формируется информационное поле? Ответы на эти вопросы дают двойственную картину<sup>37</sup>.

Вопросы обеспечения прав пациентов – приоритетная тема для ежедневных общественно-политических изданий, рассчитанных на самую массовую читательскую аудиторию. Лидерами по количеству материалов, посвященных тем или иным аспектам защиты прав пациентов, являются такие многотиражные газеты, как «Московский комсомолец», «Комсомольская правда», «Аргументы и факты», а также газеты «Газета», «Время новостей», «Гудок», «Новая газета», «Новые известия», «Независимая газета», «Наша версия», «Российская газета», «Труд».

В сегменте печатных изданий значительную долю материалов составляют обзорные материалы (однако уровень глубины и аналитической проработки данных обзоров нередко оставляет желать лучшего). Самые массовые издания, высоко оценивая актуальность

<sup>37</sup> В данном разделе представлены основные выводы исследования информационного поля, проведенного в январе-феврале 2009 года Фондом содействия развитию науки, образования и медицины на базе материалов центральных российских СМИ за 2008 год.

проблематики для читательской аудитории, нередко прибегают к организации общественных дискуссий на своих страницах, например, за счет публикации писем читателей. Что касается публикаций просветительского характера, то есть направленных на информирование читателей о том, что входит в права пациентов и как добиваться их соблюдения, то их доля в общем потоке информации о проблеме очень мала.

Нечасто вопросы защиты прав пациентов становятся предметом обсуждения и в информационно-аналитических и авторских передачах на центральных телеканалах и на радио, телевизионных документальных фильмов формата «специальный репортаж» или ток-шоу. Поэтому выход каждого такого сюжета сам по себе становится событием в массмедиа. Отдельно стоит упомянуть передачи медицинского профиля, посвященные вопросам здоровья и медицины, такие как «21 кабинет» на ТВЦ, «Здоровье» на Первом канале, «Посоветуйте, доктор» на «Радио России» и другие. В них вопросы защиты прав пациентов, как ни парадоксально, поднимаются редко, хотя именно их аудитория наиболее заинтересована в получении такой информации.

В то же время, центральные телеканалы и радиостанции обычно оперативно реагируют в своих новостных передачах на «горячие» новости – на инциденты с врачебными ошибками и уголовные «дела врачей», а также на громкие зарубежные скандалы или общественные кампании (преимущественно по эвтаназии). Это способствует формированию искаженной медийной картины, отличающейся от реальной ситуации с проблемами, которые действительно волнуют население в сфере их прав и гарантий по медицинской помощи. Схожая ситуация наблюдается и в Интернет-СМИ, отличием которой является, пожалуй, лишь куда большая доля публикаций на тему «как лечиться», скрыто или явно рекламирующих отдельные медицинские услуги, лекарства, клиники.

---

**Из экспертного интервью** (представитель СМИ): «Если зайти в Интернет, то про какую-нибудь болезнь там будет тысяча статей, а про то, что делать пациенту без прописки и полиса – одна статья на весь Интернет. Или про тюремную медицину – одна статья на весь Интернет или коротенькие справочки, все, больше ничего нет».

## Глава 5. Отношение общества к проблемам прав пациентов

Если анализировать информационное поле с точки зрения влияния СМИ на формирование общественного мнения, то можно констатировать довольно опасную тенденцию.

Во-первых, рассчитанные на массового читателя СМИ фокусируются на скандалах, инцидентах, выискивают самые острые проблемы, постоянно прибегают к ярким и красочным обобщениям при освещении тех или иных сюжетов, связанных с взаимодействием врачей и пациентов. В результате в образе российского медика (его отношения к пациенту), создаваемом СМИ, предельно сгущены краски.

Возможно, скандал и информационный прессинг зачастую являются единственными средствами сдвинуть какую-то частную проблему с мертвой точки. «...Если вспомнить последние громкие случаи, связанные с врачебными ошибками, оказывается, что фактически лишь внимание СМИ и общественности позволяет доводить разбирательство до конца», – пишут по этому поводу «Новые известия» в статье с типичным заголовком «Беззащитный пациент».<sup>38</sup> Но в то же время это формирует у читателей установку на безысходность ситуации: ведь если права пациентов нарушаются всегда и везде, они являются фикцией и вообще не нужны.

Во-вторых, борьба права за пациентов интерпретируется в СМИ преимущественно как борьба за качественное здравоохранение, глобальные реформы, кардинальные сдвиги в российской медицине. В попытках разобраться в той или иной сложной ситуации (отсутствие лекарств, платные «бесплатные» услуги, врачебная халатность, привлекающая к инвалидности пациента), журналисты в большинстве случаев обращаются к системным проблемам, которые невозможно решить здесь и сейчас. Разумеется, фокусировка на «болевых» точках медицины необходима. Однако обратной стороной такого подхода является установка на невозможность решения частных проблем защиты прав пациентов без глобальной модернизации всей системы здравоохранения и существенного увеличения ее финансирования. Не замечая и не признавая тактику малых дел (например, в деятельности пациентских организаций, в изменении процедур рассмотрения жалоб), СМИ фактически занимают неконструктивную позицию, уводят от проблем.

<sup>38</sup> Беззащитный пациент // Новые известия, 27.03.2008.

Примечательно, что при констатации бесправия пациентов в России СМИ практически не обсуждают способы решения проблем – ни те, что требуют масштабных реформ (например, введение обязательного страхования ответственности врачей), ни те, что возможны при существующих правовых нормах (процедуры подачи жалоб и т. д.).

Подчеркнем, что само по себе постоянное обращение к проблемам нарушений прав пациентов в средствах массовой информации – закономерная и крайне востребованная функция. Только таким образом СМИ могут выступать в качестве лоббистов общественных интересов. Вместе с тем, продуктивность этого лоббизма зависит от правильной формулировки проблемы и обсуждения путей ее решения. Представляется, что одна из основных причин неконструктивной позиции СМИ лежит в отсутствии субъекта или субъектов, заинтересованных в продвижении в массмедиа этой проблематики.

К сожалению, основными ньюсмейкерами, поставщиками новостей по теме прав пациентов остаются правоохранительные органы, а новостями становятся новые уголовные расследования или судебные разбирательства по случаям причинения вреда здоровью пациентов. Гораздо меньше информации, которую предоставляют СМИ страховые компании, фонды обязательного медицинского страхования и Росздравнадзор – то есть те структуры, которые ответственны за защиту прав пациентов и по определению в наибольшей степени знакомы с проблематикой. Та же информация от них, которая попадает в массмедиа, нередко страдает формализмом и направлена на затушевание проблем, а не на их обсуждение, инициирование публичной дискуссии.

В принципе, такими субъектами могли бы стать общественные организации, занимающиеся защитой прав пациентов. Они концентрируют факты нарушений прав и, в партнерстве с исследовательскими и научными структурами, могут обобщать их и анализировать, предлагая комплексную оценку ситуации. Однако уровень влияния таких НКО очень низкий, как и их присутствие в СМИ, что во многом объясняется отсутствием у них достаточных ресурсов для регулярных коммуникаций с журналистами и PR-активности. Нередко новости от пациентских организаций появляются в СМИ в связи с проблемами в лекарственном

## Глава 5. Отношение общества к проблемам прав пациентов

обеспечении отдельных категорий больных, то есть в тех случаях, когда к интересам пациентов присоединяются интересы фармацевтических компаний, обладающих куда более значительными PR-ресурсами.

### Психология и информированность пациентов

Есть несколько причин в психологии и поведении граждан, которые стимулируют нарушения их пациентских прав. Они характерны не только для России. Ключевыми факторами, препятствующим активности пациентов в защите своих прав, являются:

- низкая информированность,
- страх вступить в конфликт с медицинской корпорацией (стереотип о том, что врач, если на него пожаловаться, плохо тебя вылечит),
- неуверенность в том, что жалобы и обращения будут рассмотрены контролирующими органами, а по результатам рассмотрения будут приняты какие-то меры.

*Из экспертного интервью (представитель НКО): «У нас очень низкая правовая культура пациентов. Пациенты, с которыми я общаюсь, особенно в регионах, настолько забиты и инертны сами по себе, что многие из них не предпринимают даже каких-то простых шагов, чтобы улучшить свое положение. Например, мы проводили опрос среди пациентов по качеству лечения, и выяснилось, что подавляющее большинство просто уверено, что ровным счетом ничего не изменится, а две трети боятся в опросе участвовать, потому что ожидают каких-то репрессий со стороны медперсонала за свою активность. Многие, не зная своих прав, считают, что им просто могут отказать в лечении».*

Пассивность граждан в защите своих пациентских прав прекрасно иллюстрируют результаты двух соцопросов, проводившихся в городах-миллионниках. В Екатеринбурге две трети опрошенных посетителей ЛПУ выразили готовность к защите своих прав, но лишь 3% обращались в различные структуры (администрация ЛПУ, СМО и пр.) в случаях

нарушения своих прав. Большая часть респондентов (56%) основной причиной нежелания обратиться за помощью считает отсутствие времени. Отсутствие доверия к существующим инструментам правовой защиты высказал каждый пятый респондент, а 14% пациентов заявили, что «даже не знали, что можно куда-то обратиться»<sup>39</sup>. В Перми из 100 опрошенных более 90 человек указали на нарушение своего права получить качественную медицинскую помощь. Из числа этих недовольных только каждый десятый официально обращается в органы управления здравоохранением или в СМО и публично защищает свои права. При нарушениях оказания специализированной медпомощи жалуется лишь каждый седьмой, а на грубое и невнимательное отношение медицинского персонала – лишь каждый сотый.<sup>40</sup> По данным Росздравнадзора РФ об обращениях граждан за 2008 год, средний показатель жалоб в это ведомство на качество медпомощи составляет всего 2,13 жалобы на 100 тыс. населения (к слову, на общем фоне выделяются и активные регионы: Москва – 7,10, Магаданская область – 7,87, Московская – 3,65, Орловская – 3,18, Мурманская – 3,18)<sup>41</sup>.

Впрочем, такая пассивность свойственна не только россиянам. Например, согласно опросу общественного мнения в Великобритании, только 5% британцев, неудовлетворенных положением дел в здравоохранении, решаются на подачу официальной жалобы, потому что многие не уверены в том, что добьются какого-то результата. При этом жители Великобритании, в отличие от США, в целом положительно оценивают работу своей системы здравоохранения<sup>42</sup>.

Негативные установки относительно бесполезности защиты своих прав слабеют в общественном сознании с повышением уровня правовой грамотности. Однако, как и медики, пациенты плохо знакомы со своими правами и способами их защиты. Человек

<sup>39</sup> Антонова Н.Л. Проблемы реализации прав пациентов в обязательном медицинском страховании // Интернет-конференция «Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности» (<http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/308445.html>).

<sup>40</sup> Неверов А.В. Подлужная М.Я. Указ. соч.

<sup>41</sup> Руководитель Росздравнадзора, профессор Николай Юргель провёл личный прием граждан в Приемной Правительства Российской Федерации, 13.02.2009 // Информационная лента Росздравнадзора (<http://rznrf.ru/?NewID=248&AttribID=>).

<sup>42</sup> State of Healthcare-2008. The Report of Healthcare Commission // [http://www.healthcarecommission.org.uk/\\_db/\\_documents/State\\_of\\_Healthcare\\_2008.pdf](http://www.healthcarecommission.org.uk/_db/_documents/State_of_Healthcare_2008.pdf).

## Глава 5. Отношение общества к проблемам прав пациентов

обычно не интересуется самостоятельно этими вопросами до тех пор, пока он и его близкие здоровы. В ситуации же болезни, особенно если это тяжелое заболевание, он находится в психологическом шоке, и у него нет времени и сил, чтобы разобраться в этой сложной и запутанной системе.

---

**Из экспертного интервью** (представитель НКО): «Отсутствие информации о правах – первая, самая главная проблема. Люди, которые попали в сложную ситуацию, мечтают, они лишены самой доступной информации – на что они имеют право. Пациенты не знают, что есть дежурный пул Минздрава, что есть телефон, по которому можно позвонить, и на их вопросы ответят. Люди не знают, куда им обращаться, как с медицинскими, так, кстати, и с социальными проблемами».

Если же больной юридически «подкован», то, по оценкам большинства экспертов, он может добиться соблюдения всех своих прав в ЛПУ, включая право на бесплатную медицинскую помощь в полном объеме.

---

**Из экспертного интервью** (юрист): «Если человек знает свои права, то в нашей системе здравоохранения можно получить любую помощь бесплатно. Упоминаешь 125 статью УК про оставление в опасности. И все двери сразу открываются, и лекарства появляются, и все хорошо. На самом деле право иногда стоит жизни, в медицине это абсолютно так. Знание прав стоит жизни».

На сегодняшний день в России нет эффективных механизмов систематического информирования и правовой подготовки граждан по вопросам прав в области охраны здоровья. Тематика пациентских прав отсутствует и в программах среднего и высшего образования, и в массовых информационно-разъяснительных кампаниях, проводимых государством. Нет и специальных общедоступных инстанций, в которые граждане могли бы обратиться и оперативно получить информацию и консультации по широкому кругу вопросов в области пациентских прав.

Информационно-разъяснительная работа с населением не является предметом специальной компетенции какого-либо государственного органа. В системе ОМС обязанности по информированию застрахованных граждан об их правах возложены на страховые компании. Этого явно недостаточно. Во-первых, на сегодняшний день далеко не все виды медицинской помощи входят в систему ОМС, и информация, которую могут дать страховые компании, не является исчерпывающей (например, касательно высокотехнологичной медпомощи или деятельности частных клиник). Во-вторых, формат и объем информационной работы страховых компаний нормативно не определен. Поэтому их деятельность в этом направлении не дает заметных результатов, а успешные инициативы отдельных СМО в ряде регионов (например, назначение постоянных представителей от СМО в ЛПУ) не получают развития в масштабах страны.

Контролирующие деятельность СМО территориальные фонды ОМС также ведут информационно-разъяснительную работу с населением. Но ни фонды ОМС, ни страховые медицинские организации не воспринимаются в общественном сознании в качестве тех структур, к которым нужно и можно апеллировать в случае нарушения права на доступную и качественную медицинскую помощь.

Так, по результатам опроса, проведенного в рамках Межрегионального проекта по обеспечению доступности и улучшению качества здравоохранения для малоимущих и социально-уязвимых слоев населения в 3 регионах России, очень низка информированность граждан о том, какая медицинская помощь должна оказываться бесплатно, о правах застрахованных в системе ОМС, о правах пациента (оценка до 1 балла по четырехбалльной шкале). При этом наиболее значимым источником информации о своих правах респонденты называли СМИ (более 80 % респондентов), и в значительно меньшей степени – самих медицинских работников (около 11 %). Остальные источники информации сколько-нибудь значимыми не являются<sup>43</sup>.

<sup>43</sup> Картамышев В.А. Информированность населения о правах на получение бесплатной медицинской помощи и оценка её качества и доступности // Интернет-конференция «Здоровье граждан как общественная проблема (ответственность государства, личности, медицинских работников и гражданских организаций)», 30.01-19.02.2009 (<http://www.socpolitika.ru/rus/conferences/9970/9998/10000/document10331.shtml>).

## Глава 5. Отношение общества к проблемам прав пациентов

### Положение и роль НКО, защищающих права пациентов

В целом, круг общественных защитников прав пациентов достаточно разнороден. В него входят:

- потребительские общества и правозащитные организации – специализированные и широкого профиля, занимающиеся среди прочих медицинскими вопросами;
- пациентские организации, которые объединяют людей, страдающих каким-то одним хроническим заболеванием или дисфункцией;
- ассоциации и благотворительные организации, защищающие интересы отдельных, преимущественно социально уязвимых категорий населения (престарелых, детей, инвалидов);
- объединения, посвятившие свою деятельность противодействию врачебным ошибкам и халатности медицинского персонала, и так далее.

Зарубежный опыт показывает, что НКО, представляющие интересы пациентов, играли и играют ведущую роль в лоббировании изменений государственной политики по вопросам защиты прав пациентов. С другой стороны, усиление механизмов защиты прав пациентов и утверждение в законодательствах принципа участия граждан в выработке государственной политики по вопросам здоровья являются мощным импульсом для развития данного сегмента гражданского общества.

Общей тенденцией для стран с развитыми системами здравоохранения является расширение участия НКО в обсуждении и выработке государственной политики, связанной с обеспечением прав пациентов. В Евросоюзе данный вектор был задан Амстердамской декларацией о политике в области обеспечения прав пациентов в Европе, принятой в 1994 году по инициативе европейского отделения ВОЗ. Во многом она определила развитие общеевропейской политики в данной сфере, появление целой группы специальных институтов, совещательных органов и дискуссионных площадок, занимающихся темой прав пациентов (Европейское партнерство по защите прав пациентов и гражданских полномочий и др.). В 2000-е годы пациентское сообщество,

оформленное в виде различных общеевропейских и международных союзов и ассоциаций, становится полноправным и весьма активным участником разработки единой европейской политики в области здравоохранения.

В 2002 году сеть общественных организаций Active Citizenship Network (ACN) подготовила и представила на рассмотрение в Европарламент проект Европейской хартии пациентов, где предлагалось зафиксировать 14 неотъемлемых прав. Данное событие примечательно по ряду причин. Во-первых, это первый масштабный и наиболее известный документ по защите прав пациентов, подготовленный общественностью, и он наглядно показывает плоды европейской политики по расширению участия граждан в процессах принятия решений. Во-вторых, в Хартии объем прав пациентов был расширен по сравнению с существующими законами за счет социальных прав, что отражает рост запросов жителей Европы по организации медицинской помощи и социальным обязательствам государств.

В соответствии со специальной Рекомендацией Комитета министров Совета Европы № R(2000)5 страны ЕС в последнее десятилетие предпринимают активные меры по развитию структур участия граждан и пациентов в процессе принятия решений, относящихся к системе здравоохранения. Так, во Франции в 2002 году было законодательно закреплено право ассоциаций потребителей медицинских услуг на участие в работе органов управления публичных учреждений здравоохранения, консультативных региональных и национальных органов и других профильных государственных учреждений.

Анализ отечественной ситуации с общественными регуляторами качества медицинской помощи позволяет говорить о них лишь как о зачаточном явлении, которое, при условии целенаправленной поддержки со стороны государства и общего развития гражданской активности в стране, может в перспективе превратиться в реальную силу.

В России из перечисленных выше типов общественных организаций наибольшую активность в вопросах защиты прав пациентов проявляют правозащитные организации и пациентские объединения.

## Глава 5. Отношение общества к проблемам прав пациентов

Общественные организации, на постоянной основе консультирующие пациентов по юридическим вопросам и ведущие активную просветительскую и лоббистскую работу, можно перечислить по пальцам. За последние полтора года публичную активность проявляли очень немногие: Лига защитников пациентов (Москва), Пермский медицинский правозащитный центр (Пермь), Центр медицинского права (Омск), Комитет «За гражданские права» (Москва). Очевидно, что этого крайне недостаточно в масштабах страны.

Активность пациентских организаций заметно выросла после старта программы ДЛО и, как показывает проведенный анализ информационного поля, была преимущественно сконцентрирована на вопросах лекарственного обеспечения. При этом, если ранее наибольшую публичную активность проявляли НКО, представляющие интересы людей, живущих с ВИЧ, то в последние два года тон задают организации, объединяющие пациентов, которые являются реципиентами программы закупок лекарств по 7 «дорогостоящим» нозологиям.

В то же время существует очень серьезная проблема ангажированности пациентских организаций спонсорами – производителями лекарственных средств для лечения заболеваний, «профильных» для пациентской организации. Как показывает мировой опыт, везде существуют риски использовании НКО для решения маркетинговых задач фармацевтических компаний и давления на правительства и медиков. Поэтому очень важно сделать влияние спонсоров на деятельность пациентских обществ в максимальной степени прозрачным и регламентированным.

В России нет практики обнародования финансовой отчетности НКО, соблюдение этических норм фармкомпаниями оставляет желать лучшего (последние нередко инициируют создание НКО для включения своей продукции в государственные закупки лекарств), а сама проблема ангажированности очень редко становится предметом публичного обсуждения. Представляется, что декларированию деталей взаимодействия НКО со спонсорами мешает не только отсутствие соответствующих законодательных требований, но и теневой характер финансирования, не фиксируемый ни в какой отчетности.

Складывается амбивалентная ситуация: пациентские НКО все чаще заявляют о необходимости включить их в процессы принятия государственных решений и пытаются влиять на организацию лекарственного обеспечения, государственных закупок лекарств и медицинской помощи, но никто не может гарантировать, что интересы пациентов в их деятельности не подменяются интересами участников фармацевтической индустрии. Это имеет негативный эффект и для будущего пациентского движения, т.к. ослабляет доверие к нему.

---

*Из экспертного интервью (эксперт в области здравоохранения): «Абсолютное большинство пациентских организаций созданы для того, чтобы помочь узкой группе производителей фармацевтических препаратов для лечения определенного заболевания попасть в государственные закупки».*

---

*Из экспертного интервью (юрист): «Возникает очень серьезная проблема с тем, чтобы различать интересы фармкомпаний и интересы пациентов. ...Мы должны отдавать отчет в том, что пациентские организации не имеют других источников финансирования, кроме как фармрынок, потому что рассчитывать всерьез на деньги Макартуров, Фонда Форда как на постоянные нельзя. Пациентские организации, которые я знаю неплохо, они все «сидят на игле» и будут сидеть. Это мировая проблема, а не только российская».*

Еще одну проблему представляет рыхлость и разнородность некоммерческих организаций, занимающихся защитой прав пациентов. НКО разных типов пересекаются между собой лишь в случае вхождения в одни совещательные структуры при госорганах. В среде пациентских организаций есть немало представляющих интересы одной и той же группы больных (например, существует 6 диабетических общероссийских обществ), причем вместо объединения усилий они зачастую конкурируют друг с другом за ресурсы. Общества пациентов с «дорогостоящими» заболеваниями выступают инициаторами создания общероссийского объединения пациентских организаций. Такая инициатива обсуждается с 2008 года. Однако этот процесс идет не очень

## Глава 5. Отношение общества к проблемам прав пациентов

гладко. В целом, несогласованность действий и мнений общественных активистов мешает успешному лоббированию интересов пациентов в госорганах. Возможно, отечественному пациентскому движению был бы полезен опыт создания «зонтичных» структур, например, как Нидерландская федерация пациентов и потребителей (The Netherlands Patient and Consumer Federation, NPCF), которая представляет общие интересы различных НКО на национальном уровне<sup>44</sup>.

Наконец, помимо слабости и незрелости самих гражданских структур, в России отсутствуют адекватные условия для общественного контроля над соблюдением пациентских прав.

На сегодняшний день существует очень немного возможностей для какого-либо участия НКО в принятии решений и управлении системой здравоохранения, хотя бы через донесение мнений пациентов и обсуждение на совещательных площадках при госорганах. Фактически, таких возможностей две. Это созданные в последние годы Общественные советы по защите прав пациентов при Росздравнадзоре и его территориальных отделениях, а также Координационные советы по обеспечению и защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования при ТФОМСах и ФФОМСе. Еще одна возможность влияния – через сеть региональных Общественных палат – сегодня практически не используется: пациентские НКО в них практически не представлены, в отличие от медиков.

В настоящее время ключевую роль во взаимодействии с пациентскими организациями со стороны государства играет Росздравнадзор, который помимо Общественного совета использует такие форматы сотрудничества, как подписание соглашений

<sup>44</sup> Примерно половина членов NPCF – НКО, созданные по принципу защиты интересов пациентов с каким-то одним заболеванием, преимущественно хроническим, и еще половина – объединения, защищающие интересы отдельных групп населения (пожилые, безработные и т. д.). В целом, NPCF представляет более 3 млн. человек и лоббирует решение различных вопросов, связанных с государственной политикой в области здравоохранения, поставщиками медицинских услуг, медицинским страхованием, в том числе помогает вести переговоры пациентских организаций со страховыми компаниями. Она также занимается исследованиями по доступности медицинской помощи, фокусируясь на оценке государственной политики и системы здравоохранения сквозь призму интересов пациентов. Источник: Iris van Bennekom-Stompedissel. Patient organizations and prevention in the Netherlands // The European Journal of Public Health 2007 17(6):545; doi:10.1093/eurpub/ckm106 (<http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/full/17/6/545>).

о сотрудничестве с отдельными НКО, взаимодействие в подготовке реестров больных по отдельным нозологиям и контроле над ходом реализации программ лекарственного обеспечения. Это позволяет государству в какой-то степени получать обратную связь с пациентами по ограниченному кругу вопросов.

Центральная проблема – доступ общественных организаций к контролю над соблюдением прав пациентов в ЛПУ. Наиболее широкими возможностями здесь обладают общества защиты прав потребителей, полномочия которых зафиксированы в законе «О защите прав потребителей». Согласно статье 45 закона они могут не только участвовать в разработке обязательных требований к товарам (работам, услугам), а также проектов нормативных актов, но и проводить независимую экспертизу качества, безопасности товаров и услуг, проверять соблюдение прав и правил обслуживания потребителей, составлять акты о выявленных нарушениях и направлять эти акты для рассмотрения в уполномоченные органы государственной власти, обращаться в суды с заявлениями в защиту прав потребителей и законных интересов отдельных потребителей, группы потребителей или неопределенного круга потребителей.

Но сфера деятельности обществ по защите прав потребителей в системе здравоохранения весьма ограничена условием платности оказанных медицинских услуг. Что касается медицинской помощи, оказываемой в системе ОМС, то здесь возникает коллизия, поскольку договор об оказании услуг медицинское учреждение заключает не с самим пациентом, а со страховой медицинской организацией (юридическим лицом, которое не попадает под действие закона «О защите прав потребителей»).

Представляется, что дальнейшее развитие НКО в сфере защиты прав пациентов возможно лишь при серьезном изменении законодательной основы их деятельности. В первую очередь, необходимо говорить о наделении их особыми полномочиями (по аналогии с обществами защиты прав потребителей), а также о введении дополнительных требований к ним, позволяющих повысить их прозрачность и структурировать крайне рыхлое поле пациентского движения.



# Пути улучшения ситуации: задачи на ближайшую перспективу

Как показано в докладе, ответ на вопрос, почему пациент со своими нуждами остается «инкогнито» в действующей модели управления системой здравоохранения, а его права систематически нарушаются, может быть дан только исходя из совокупности факторов различной природы. В их числе – несовершенная нормативно-правовая база, неэффективные механизмы государственного контроля над обеспечением прав пациентов, слабое развитие правовой культуры и информированности медработников и самих пациентов, отсутствие активного общественного движения в поддержку прав пациентов.

Соответственно, для исправления данного положения вещей требуются комплексные решения, затрагивающие не только структуры управления здравоохранением, судебную и правоохранительную системы, но и сферу гражданского общества, общественное мнение. Как показывает зарубежный опыт, улучшить положение дел за счет реформирования учреждений здравоохранения можно, если голос самого пациента будет услышан. С другой стороны, без активного, заинтересованного и просвещенного пациента любые институциональные изменения, меры по совершенствованию механизмов государственного контроля над соблюдением прав обречены на неудачу. Результативные и успешные преобразования возможны лишь в том случае, если в дополнение к политической воле будет работать общественный полюс силы, который стимулирует совершенствование законодательства, методов управления и контроля качества в системе здравоохранения.

## Ключевые задачи по улучшению ситуации:

### 1. Переработка существующей нормативно-правовой базы в области защиты прав пациентов с целью устранения правовых лакун и противоречий

Оптимальной формой, в которой может проходить эта работа, является разработка специального закона. Это может быть как закон «О защите прав пациентов», так и закон, регулирующий деятельность медицинских работников и лечебно-профилактических учреж-

дений. В нем должны быть прописаны сами права, базовые понятия, механизмы, обеспечивающие реализацию прав пациентов, зоны ответственности отдельных органов государственной власти, процедуры контроля и наказания за нарушения прав пациентов. Обязательным является принятие подзаконных актов к нему (в том числе утверждение формы информированного добровольного согласия и т. д.).

Законотворческая деятельность в данном направлении должна координироваться с работой над новым законом «Об обязательном медицинском страховании», чтобы избежать в дальнейшем противоречий в логике обеспечения прав пациентов и уточнить место СМО в системе защиты пациентских прав.

Необходимо также помимо прав включить в федеральное законодательное поле понятие «обязанности пациента» и закрепить перечень обязанностей, позволяющих сделать больного реальным союзником лечащего врача в борьбе с заболеванием, установить ответственность пациента за свое здоровье и ход лечения.

### 2. Реформирование системы сбора и рассмотрения жалоб

Необходима единая «точка входа» для жалоб, которая позволила бы снизить остроту проблемы распыления функций и полномочий отдельных контрольных инстанций. Ключевыми задачами этого нового института должны стать:

- первичные юридические консультации пациентов по вопросам их прав в области охраны здоровья и оказания медицинской помощи, информирование о существующих способах защиты прав;
- фильтрация жалоб и претензий: отсеивание необоснованных жалоб, помощь в составлении заявлений;
- при необходимости – сопровождение жалоб и претензий пациентов в процессе их рассмотрения в различных инстанциях на досудебном и судебном уровне, представительство интересов пациентов в конфликтных ситуациях;
- информационно-разъяснительная работа с населением (проведение образовательных кампаний в СМИ, в ЛПУ) и с медицинскими работниками в медучреждениях;

## Пути улучшения ситуации: задачи на ближайшую перспективу

- сбор и анализ статистических данных и иных сведений о ситуации с обеспечением прав пациентов на местах.

Зарубежный опыт показывает, что успешными могут быть самые различные формы такого механизма взаимодействия с пациентами (адвокаты пациентов или уполномоченные по правам пациентов). На местах это могут быть: представители специального федерального ведомства, подотчетные профильному министерству или уполномоченному по правам человека; штатные сотрудники ЛПУ, подотчетные уполномоченному федеральному ведомству; независимые некоммерческие организации, оказывающие по договору подряда с уполномоченным федеральным ведомством вышеперечисленные услуги на местах и так далее. Выбор оптимальной для России модели должен стать результатом широкого обсуждения со всеми заинтересованными сторонами.

### **3. Формирование условий для развития сильных структур гражданского общества, представляющих интересы пациентов**

Для того, чтобы общественные регуляторы качества медицинской помощи смогли превратиться в реальную силу, необходимо решить проблемы их официального статуса, координации их действий и преодолеть их слабость и ангажированность.

Необходимо наделить общественные организации, представляющие интересы пациентов, особыми полномочиями по аналогии с обществами защиты прав потребителей и выработать правовой механизм их вовлечения в процессы подготовки и принятия государственных решений, связанных с обеспечением прав граждан в области охраны здоровья и оказания медицинской помощи.

Данный процесс должен сопровождаться введением дополнительных требований к деятельности НКО, претендующих на представительство интересов пациентов (требования к составу руководства НКО, к финансовой и иной отчетности, к раскрытию информации о спонсорских поступлениях; декларированию конфликта интересов и т. д.). Условием допуска НКО к участию в работе общественных советов, совещательных и иных структур при органах государственной власти и учреждениях здравоохранения, а также для учета их мнений и позиций при выработке решений должно стать их соответствие этим требованиям. Это позволит повысить их

прозрачность и структурировать крайне рыхлое поле пациентского движения.

Развитию пациентского движения должна оказываться системная государственная поддержка, включающая, помимо введения дополнительных требований и полномочий НКО, целевое выделение грантов на создание таких организаций и реализацию отдельных проектов, направленных на защиту прав пациентов; методическую помощь и обучение активистов пациентского движения цивилизованному фандрайзингу и этически корректному взаимодействию со спонсорами.

Важной задачей представляется также содействие формированию в России единой координационной структуры (ассоциации), объединяющей на федеральном уровне различные пациентские НКО и занимающейся выработкой единой политики пациентского движения в РФ.

### **4. Принятие комплекса мер по совершенствованию механизмов судебной защиты прав пациентов**

Основными направлениями совершенствования судебной защиты должны стать:

- Реформирование системы судебно-медицинской экспертизы, включая создание инструментов правовой оценки экспертных заключений, изменение административно-хозяйственной подчиненности экспертных бюро, подготовку профессионального корпуса судебно-медицинских экспертов и, шире, развитие механизмов независимой экспертизы медицинской помощи на основе нормативно закреплённых критериев безопасности и качества медицинской помощи.
- Совершенствование подготовки судей, сотрудников следственных органов и адвокатов, специализирующихся на делах, связанных с нарушением прав пациентов и оказанием некачественной медицинской помощи, в том числе – проработка вопроса о введении «медицинского» направления подготовки специалистов в юридических вузах.
- Создание системы накопления информации и обмена опытом по досудебным и судебным решениям в масштабах страны, возможно, в виде единого федерального методического центра, куда могли бы обращаться за консультацией дознаватели, следователи, судьи, адвокаты и т. д.

## Пути улучшения ситуации: задачи на ближайшую перспективу

### **5. Развитие внутрикорпоративных механизмов контроля качества медицинской помощи**

Средством усиления внутрикорпоративного контроля над качеством медицинской помощи и соблюдением этических норм должно стать становление сильных профессиональных организаций, которые принимают обязательные для исполнения стандарты профессиональной деятельности и обладают полномочиями по наложению мер взыскания на своих членов-медиков за допущенные нарушения (вплоть до дисквалификации и лишения права заниматься медицинской деятельностью). Возможности для этого заложены в ФЗ № 315 «О саморегулируемых организациях» (СРО), хотя для создания врачебной СРО требуется уточнение норм ФЗ № 315 применительно к медицинской деятельности и реорганизация существующих медицинских ассоциаций. Развитие механизмов внутрикорпоративного контроля на основе саморегулирования должно прийти на место практически не работающим сегодня врачебным и этическим комиссиям в ЛПУ.

### **6. Создание системы страхования ответственности медработников**

Страхование профессиональной ответственности (либо персонально медработника, либо ЛПУ как юридического лица, несущего гражданскую ответственность при оказании медицинской помощи) построенной по принципу ответственности без вины, представляется наиболее эффективным инструментом обеспечения права на компенсацию ущерба, причиненного при оказании медицинской помощи, включая случаи врачебных ошибок. Однако введение страхования ответственности как обязательного в масштабах страны требует очень серьезной проработки модели страхования и ее увязки с преобразованиями в системе здравоохранения в целом.

### **7. Создание единой системы сбора и анализа информации о ситуации с нарушениями прав пациентов в масштабах страны**

Такая система является необходимым источником данных для разработки и реализации государственной политики в сфере здравоохранения. Работа системы должна быть построена на единой методоло-

гии, мониторинговом сборе данных об отношении граждан к качеству медицинской помощи (включая отдельные группы пациентов и категории граждан, лечащихся не за счет ОМС) и сведениях статистики о выявленных случаях нарушений прав и жалобах от различных контрольных инстанций (ЛПУ, СМО, ТФОМСы, Росздравнадзор, муниципальные и региональные власти). Обязательным условием должна стать публичность результатов мониторинга нарушений прав пациентов.

### **8. Включение темы защиты прав пациентов в информационно-разъяснительную работу с населением по вопросам охраны здоровья и оказания медицинской помощи**

В дополнение к той активности, которая ведется в основном за счет ФОМСов и СМО, необходимо использовать методы информационных пропагандистских кампаний, рассчитанных на самую широкую аудиторию, с привлечением средств массовой информации, социальной рекламы, специальных PR-акций, генерированием специальных информационных поводов (например, проведения Дня пациента), организацией публичных мероприятий и т. д. Для работы в области повышения правовой грамотности населения целесообразно использовать механизмы межсекторального сотрудничества, привлечения и объединения организационных, финансовых, интеллектуальных и иных ресурсов государственных органов власти, страховых компаний и общественных организаций.

### **9. Расширение правовой тематики в содержании образования медицинских работников**

Представляется необходимым рассмотреть вопрос об изменении стандартов и программ средне-специального, высшего и последиplomного обучения медиков с целью включения в них курсов, в которых необходимые правовые знания даются с практическим уклоном и учетом особенностей той или иной медицинской специальности. Дополнением к этому является подготовка корпуса соответствующих преподавателей (открытие кафедр права в медицинских региональных вузах, составление учебно-методической литературы и т. д.).

## Пути улучшения ситуации: задачи на ближайшую перспективу

Очевидно, что все перечисленные меры требуют серьезной разработки и политической воли со стороны руководства страны и профильных госорганов, прежде всего, Минздравсоцразвития РФ. Соответственно, решения по ним могут быть приняты в перспективе не менее 1-3 лет. Однако сам процесс активного *публичного* обсуждения возможности этих нормативных и институциональных изменений мог бы сыграть позитивную роль в улучшении ситуации *в ближайшее время* как минимум за счет двух факторов:

- Включение вопросов о совершенствовании механизмов защиты прав пациентов в повестку новостей для СМИ и, соответственно, увеличение информационного потока по теме, а значит – повышение осведомленности граждан (и врачей, и пациентов) о существующих возможностях обеспечения пациентских прав.
- Стимулирование активности общественных организаций, представляющих интересы пациентов, консолидация и повышение прозрачности пациент-

ского движения для улучшения диалога с государством и, как следствие, расширение для профильных госорганов возможностей по мониторингу и выявлению, с использованием ресурсов гражданского общества, нарушений прав пациентов.

Роль инициатора публичного диалога может взять на себя Общественная палата России, решая таким образом задачу организации взаимодействия государства и гражданского общества по актуальной проблеме российского здравоохранения. Необходимо включить общественные структуры и в планируемую на 2010 год законодательскую работу Минздравсоцразвития РФ по вопросам защиты прав пациентов. Форматом работы Общественной палаты в этом направлении могла бы стать постоянно действующая рабочая группа, объединяющая усилия профильных комиссий – по вопросам развития гражданского общества и по здравоохранению, а также Общественных палат в субъектах РФ. Это позволит привлечь к обсуждению проблематики прав пациентов все заинтересованные группы и придать дискуссии общенациональный масштаб.