

вследствие неоказания или несвоевременного оказания необходимой медицинской помощи, ненадлежащего ведения медицинской документации, ошибки при постановке диагноза или выборе способа лечения, неисправности медицинского оборудования, ошибочного назначения лекарственного препарата, травмирования пациента при перевозке и т. д. Представляется, что подобный подход наиболее оправдан для защиты медицинских работников, поскольку, во-первых, страховым случаем является только виновное причинение вреда, по обстоятельствам, *зависящим от субъекта медицинской деятельности*³; во-вторых, сугубо психологически термин не связывается с негативной деятельностью исключительно конкретного медицинского работника, а подразумевает и возможную отрицательную оценку деятельности администрации медицинского учреждения (например, неисправность медицинского оборудования, просчеты логистики при транспортировке пациента и пр.).

3. Качество оказания медицинской помощи должно оцениваться в обязательном порядке профессиональным сообществом, а не исключительно надзорными (правоохранительными) органами, как зачастую происходит сейчас в части оценки поведения медицинского работника по соблюдению обязательных требований к оказанию медицинской помощи. В соответствии с п. 2 ст. 16 Проекта модельного закона по заявлению пациента (его близких) субъект медицинской деятельности обязан провести внутреннюю проверку качества оказанной пациенту медицинской помощи и подготовить письменный отчет, в котором разъяснить причины неблагоприятного исхода лечения. В свою очередь, медицинская про-

³ В соответствии с п. 2 ст. 12 Проекта модельного закона устанавливает, что «страховым случаем не считается причинение вреда жизни или здоровью пациента, которого нельзя было избежать даже при условии соблюдения обязательных требований к медицинской услуге (клинических рекомендаций, стандартов и пр.), а при их отсутствии – обычно ожидаемого профессионального уровня при оказании соответствующей медицинской услуги».

фессиональная ассоциация, имеющая статус юридического лица, по согласованию с уполномоченным национальным органом, вправе сформировать примирительную комиссию для разрешения страховых споров⁴ с участием членов ассоциации (ст. 27 Проекта).

Несмотря на то что модельные законы, принимаемые Межпарламентской ассамблеей государств – участников СНГ, не имеют прямого действия на территории соответствующих государств, думается, что предложенные Проектом правовые механизмы могут быть имплементированы в национальное законодательство государств с учетом их социально-экономических, исторических, культурных и иных особенностей.

Кратенко М. В.

Мониторинг неблагоприятных исходов лечения и транспарентность в отношениях «пациент – врач /медицинская организация» как факультативные цели проекта модельного закона

Обеспечение пациенту своевременного и полного возмещения причиненного вреда, предупреждение финансовой несостоятельности субъектов медицинской деятельности и стимулирование внесудебного порядка урегулирования медицинских споров являются приоритетными целями предлагаемой в Проекте модели страхования ответственности.

В свою очередь, к факультативным целям Проекта можно отнести: 1) создание предпосылок для запуска мониторинга неблагоприятных исходов медицинского вмешательства; 2) повышение уровня транспарентности (прозрачности, доверия и т. д.) в отношениях между пациентами и субъектами медицинской деятельности⁵.

⁴ Имеются в виду, прежде всего, споры из договора обязательного страхования гражданской ответственности за причинение вреда пациенту.

⁵ Под субъектами медицинской деятельности в Проекте модельного закона понимаются физические лица (частнопрактикующие врачи) и юридические лица, предоставляющие

Применительно к первому пункту следует отметить, что соответствующая информация о неблагоприятных исходах лечения⁶, в том числе в виде страховых историй субъектов медицинской деятельности, может быть полезной как для разработки оптимальных (экономически обоснованных) страховых тарифов по данному виду страхования, так и для повышения уровня безопасности медицинских услуг – предотвращения распространенных медицинских ошибок. Предусмотренная Проектом система обязательного страхования ответственности, включая порядок заключения договора (ст. 7 Проекта), информационные обязанности субъекта медицинской деятельности (ст. 9 и 16 Проекта), основания регрессных требований страховщика (ст. 22 Проекта), должны стимулировать медицинские организации к добросовестному раскрытию информации о неблагоприятных исходах медицинского вмешательства, принятию мер по снижению риска совершения распространенных диагностических, терапевтических и прочих ошибок.

В некоторых зарубежных странах (США, Япония и пр.) система мониторинга неблагоприятных медицинских исходов создается в качестве самостоятельного института⁷, в отрыве от страхования ответственности медицинских организаций и

медицинские услуги и имеющие лицензию на медицинскую деятельность.

⁶ В ст. 1 Проекта непредвиденный неблагоприятный исход определяется как смерть или значительное ухудшение состояния здоровья пациента, если данные последствия не являлись прогнозируемыми исходя из истории болезни пациента.

⁷ В частности, в Японии в 2014 году была введена в действие система мониторинга неблагоприятных исходов (Medical accident review system), в рамках которой госпитали и другие медицинские учреждения обязаны незамедлительно направлять пациенту (или его близким) и в специально созданный Центр медицинских расследований (Medical Accident Investigation & Support Center) отчет о времени, месте и обстоятельствах неблагоприятного исхода. Предметом мониторинга являются лишь непредвиденные осложнения в виде смерти или гибели плода (unforeseen death or miscarriage), которые объективно не следовали из истории болезни пациента и его состояния на момент госпитализации. В дальнейшем Центр по требованию пациента или его близких проводит независимое расследование происшествия. Подробнее см.: Leflar R. Medical Injury Litigation and Compensation Systems in Japan // Medical liability in Asia and Australasia / V. Raposo & R. Beran (eds.). Singapore : Springer 2021. URL: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3730549.

частнопрактикующих врачей. В этой части разработчики Проекта в большей степени учитывали опыт Скандинавских государств (Швеции, Финляндии) и Эстонии⁸, где специально созданный орган (например, Центр страхования пациентов в Финляндии) совмещает функции по осуществлению страховых выплат в пользу пострадавших пациентов и статистическому учету страховых случаев – предотвратимых неблагоприятных исходов⁹. В Проекте заложена традиционная модель коммерческого страхования, при которой субъект медицинской деятельности заключает договор с самостоятельно подобранным страховщиком; и этот же страховщик в последующем производит страховую выплату пострадавшему пациенту. Однако не исключено, что на уровне национального законодательства отдельных государств – участников СНГ будет реализована и такая модель, при которой страховые выплаты пациентам будут осуществляться централизованно, через специально созданный страховой фонд (центр, ассоциацию и т. п.).

Не менее важен и второй пункт, касающийся взаимоотношений пациента и субъекта медицинской деятельности в случае неблагоприятного исхода лечения. Уровень прозрачности здесь все еще минимальный. Не секрет, что пациент сталкивается с серьезными препятствиями в получении объективной информации о причинах неблагоприятного исхода. В случае отрицания врачом и медицинской организацией факта врачебной ошибки, занятия ими «оборонительной позиции» пациент вынужден прибегать к различного рода жалобам в надзорные и правоохранительные

⁸ Подробнее о концепции Закона Эстонии о страховании ответственности субъектов, оказывающих медицинские услуги (Tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seadus ja teiste seaduste muutmise seadus), см.: URL: <https://ceelegalmatters.com/estonia/11461-patient-insurance-reform-has-been-initiated-in-estonia>.

⁹ Подробнее см.: Кратенко М. В. Возмещение вреда пациенту: деликтное право vs компенсационные (страховые) схемы // Вестник Томского государственного университета. 2022. № 477. С. 230–238. doi: 10.17223/15617793/477/26.

органы, чтобы получить доступ к необходимой медицинской документации, добиться независимой оценки качества оказанных медицинских услуг и т. д. Подобная оборонительная тактика поведения субъектов медицинской деятельности является и одним из факторов избыточной криминализации врачебных ошибок. Не имея полного доступа к медицинской информации и не получая объяснений о причинах неблагоприятного исхода, пациент или его близкие вынуждены добиваться справедливости в следственных органах и в суде. Представители медицинского сообщества в России и за рубежом (включая страны СНГ) обоснованно рассчитывают на то, что с введением обязательного страхования ответственности субъектов медицинской деятельности динамика уголовных «врачебных» дел должна стать иной. Уголовное преследование должно стать крайней мерой, необходимой лишь в случаях реальной общественной опасности в действиях конкретного врача или иного медицинского работника¹⁰.

В зарубежной литературе, где проблема медицинской небрежности и урегулирования медицинских споров обсуждается уже многие десятилетия, справедливо отмечается, что при предъявлении претензии (иска) пациентом двигают различные мотивы: желание добиться справедливости (*Retribution*) или получить денежную компенсацию за причиненный вред (*Money*); поиск честных ответов о случившемся (*Answers*); предотвращение аналогичных инцидентов в будущем (*Never Again*); получение извинений от врача или медицинской организации (*Apology*), признание допущенной ошибки (*Acknowledge Harm*) или принятие ответственности за содеянное (*Accept Responsibility*). Разные категории ин-

тервьюируемых (пациенты, врачи, адвокаты пациентов и медицинских организаций) называют разные мотивы исков в качестве приоритетных¹¹. Но все они сходятся во мнении, что для пострадавшего пациента крайне важно получить объяснения о случившемся: причины, последствия, принятые меры. Во многих случаях своевременное и корректное общение с пациентом¹², включая признание медицинской организацией допущенной ошибки при лечении, предотвращало в дальнейшем судебные споры. Эта коммуникация с пациентом становится популярной стратегией снижения риска судебного преследования за медицинские ошибки во многих медицинских учреждениях США¹³. В свою очередь, для обеспечения свободного и открытого диалога с пациентами законодательные органы отдельных штатов США принимают нормативные акты, ограничивающие возможность использования в качестве доказательств в гражданском и уголовном судопроизводстве вышеуказанных объяснений или извинений со стороны медицинского учреждения (*Apology legislation*).

В целях повышения уровня прозрачности в ст. 16 Проекта модельного закона, с одной стороны, на субъекта медицинской деятельности возложена обязанность провести внутреннее расследование

¹⁰ См.: Абильдина А. С., Жумакаримов М. А., Уримов Р. М., Салхаева Б. Д. Внедрение страхования профессиональной ответственности для юридической и финансовой защиты медицинских работников: Аналитический обзор // *Journal of Health Development*. 2021. Том 1, № S40. С. 58–68 (63). <https://doi.org/10.32921/2225-9929-2021-40-58-68>.

¹¹ Статистику опросов см.: Relis T. "It's not about the money!": A theory on misconception of plaintiffs' litigation aims // *University of Pittsburgh Law Review*. 2007. Vol. 68. P. 701–743, 714; Wilke W. Communication and Malpractice: Why patients sue their physicians // *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 1995. Vol. 62 (2). P. 83–85.

¹² Исследования поведения тех врачей, к которым неоднократно предъявлялись иски из медицинской небрежности, и тех, кто никогда не выступал в роли ответчика, показали, что первые не обладают достаточными навыками межличностной коммуникации. При этом качество оказываемых врачами медицинских услуг не имело существенных отличий. См.: Watson K., Kottentzen R. Patients' Rights, Medical Error and Harmonisation of Compensation Mechanisms in Europe // *European Journal of Health Law*. 2017. Vol. 25 (1). P. 1–23, 9.

¹³ Информацию о соответствующих программах медиации в штатах Мичиган и Пенсильвания см., соответственно: Chung E., Horwitz J. L., Pottow J. A. E., Jaggs R. Malpractice Suits and Physician Apologies in Cancer Care // *Journal of Oncology Practice*, 2011. Vol. 7, issue 6. P. 389–392; Liebman C. B., Hyman C. S. Medical Error Disclosure, Mediation Skills, and Malpractice Litigation. A Demonstration Project in Pennsylvania. www.medliabilitypa.org.

неблагоприятного исхода и предоставить отчет пациенту (письменные, устные объяснения), с другой стороны, ограничивается возможность использования данного отчета в качестве доказательства признания вины (факта медицинской ошибки) в судебном или третейском разбирательстве.

Безусловно, эти два аспекта системы страхования ответственности субъектов медицинской деятельности (мониторинг и предоставление пациенту информации о причинах неблагоприятного исхода) нуждаются в дальнейшей корректировке, проработке соответствующего правового механизма. Но авторы Проекта посчитали необходимым их обозначить и включить в повестку обсуждения.

Архипова А. Г.

Некоторые замечания к проекту модельного закона «О страховании профессиональной ответственности медицинских работников»

Разработку рассматриваемого законопроекта, безусловно, стоит оценить положительно. Особенно интересно, что проект подготовлен в форме модельного закона для СНГ. Этот формат, с одной стороны, значительно усложняет разработчикам задачу: проект закона должен быть достаточно вариативным, чтобы отразить различные подходы законодательства тех стран СНГ, которые могут быть заинтересованы в его принятии, к проблеме страхования ответственности медицинских работников. С другой стороны, такой выбор продолжает существовавшие ранее традиции разработки модельного законодательства для СНГ (прежде всего – модельного Гражданского кодекса для стран СНГ¹⁴).

Предложение о введении страхования ответственности медицинских организаций было бы целесообразно снабдить экономическим обоснованием. Очевидно,

что введение такого страхования потребует определенных затрат. Они могут отличаться в зависимости от выбранной модели страхования. Было бы уместно хотя бы приблизительно просчитать эти затраты и наметить источники их финансирования.

Кроме того, некоторые замечания могут быть высказаны и по существу проекта.

Проект в его актуальной редакции не позволяет точно определить, является ли предлагаемое страхование обязательным или добровольным. С одной стороны, в п. 1 ст. 5 говорится о том, что субъект медицинской деятельности «обязан» застраховать риск гражданской ответственности за причинение вреда пациентам. Это указывает на обязательный характер страхования. Страхование также названо обязательным в п. 2 ст. 2 проекта. С другой стороны, в ст. 4 предусматриваются и другие формы обеспечения ответственности субъектов медицинской ответственности. По всей вероятности, это означает, что страхование может быть заменено другими способами обеспечения. Если так, то страхование обязательным не является. При доработке проекта необходимо определиться, предполагается ли страхование обязательным или добровольным. В первом случае нужно будет, помимо прочего, дополнить проект, указав в нем необходимые реквизиты обязательного страхования, которые в российском законодательстве предусмотрены ст. 935 ГК РФ и п. 4 ст. 3 Закона «Об организации страхового дела». В частности, необходимо более четко сформулировать последствия неосуществления медицинской организацией обязательного страхования. В имеющейся редакции проект содержит скорее предположение о таких последствиях: отсутствие страхового покрытия «может служить самостоятельным основанием для приостановления лицензии на медицинскую деятельность» (п. 4 ст. 5). Но, как следует из текста проекта, может и не служить.

¹⁴ Глава 51 Модельного кодекса («Страхование»). См.: <https://docs.cntd.ru/document/901776194?marker=64U0IK>.