

Виза научного руководителя ФГБУ «Федеральный институт медиации»

Ц.А. Шамликашвили _____

Шамликашвили Ц.А., Островский А.Н., Кабанова Е.В., Сильницкая А.С.

МЕДИАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ:

ОТ ПРАВОПРИМЕНЕНИЯ К ДИАЛОГУ О ПРАВАХ

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Федеральный институт медиации»

Министерство образования и науки Российской Федерации

117997, Москва, ул. Люсиновская, д. 51 телефон +7-499-237-05-58

Для корреспонденции: Островский Антон Николаевич; E-mail a.ostrovskiy@fedim.ru

For correspondence: Anton Ostrovskiy; E-mail a.ostrovskiy@fedim.ru

В статье на основании анализа нормативной базы и литературных источников приведен обзор существующих понятий «дефект медицинской помощи», «врачебная ошибка» и отмечено отсутствие единства понимания данных дефиниций в российской правовой практике. В сложившейся ситуации авторы отмечают преимущества досудебного и внесудебного способа урегулирования споров (медиации) при рассмотрении конфликтов, связанных с оказанием медицинской помощи, как инструмента, направленного на быстрый поиск взаимоприемлемого для сторон решения, в том числе, если это необходимо для компенсации причиненного ущерба.

Ключевые слова:

дефект медицинской помощи, врачебная ошибка, возмещение ущерба, здравоохранение, медиация, урегулирование спора

The article based on an analysis of regulatory framework and literature review of existing concepts of "defect of care", "medical malpractice", "medical error" and noted the lack of unity of understanding of the definitions in the Russian legal practice. In this situation, the authors point to the advantages and extra-judicial means of dispute settlement (mediation) when considering the conflicts associated with medical care as a communicative tool designed to quickly search for mutually acceptable solution to each of the parties to compensate for the damage caused.

Keywords:

Defect of health care, medical errors, damages, health care, mediation, settlement of the dispute.

Научное обоснование, практическая апробация и внедрение новых эффективных способов обеспечения прав граждан Российской Федерации на качественную медицинскую помощь в настоящий момент является важнейшей государственной задачей, направленной на соблюдение требований базовых нормативных актов РФ, в частности ст.41 Конституции РФ; ст.150 Гражданского Кодекса РФ. О ее актуальности свидетельствуют увеличение числа жалоб, судебных исков с претензиями на качество медицинских услуг, фиксируемые органами исполнительной власти различного уровня и судами. Вышеперечисленное, вероятно, является проявлением существующих недостатков организации и качества лечебно-диагностической деятельности, проблем коммуникации в системе отношений «врач-пациент», «пациент-средний и младший медицинский персонал», не позволяющих эффективно разрешать возникающие конфликты «у постели больного» и приводящих к выраженному росту уровня неудовлетворенности населения медицинской помощью.

Сложившаяся в настоящий момент в России ситуация в сфере охраны здоровья граждан рядом авторов характеризуется как явное отсутствие надлежащих эффективных правовых механизмов защиты прав пациентов на качественную медицинскую помощь, в том числе

права на защиту от дефекта медицинской помощи [1]. Между тем, система правовых отношений, связанных с оказанием медицинских услуг, должна, с одной стороны, быть направлена на обеспечение условий для эффективного функционирования лечебных учреждений, а с другой - удовлетворять потребностям граждан в качестве соответствующих услуг. Закономерным следствием этого дуализма задач является проблема поддержания справедливости и прозрачности в принятии решений, касающихся системы здравоохранения, с учетом мнений и интересов сообществ всех участников процесса оказания медицинской помощи: пациентов, врачей и других медицинских работников.

Однако практическая реализация задачи построения транспарентной системы отношений между всеми участниками системы оказания медицинской помощи значительно затруднена наличием целого комплекса особенностей, присущих медицине, как области экспертного знания: в первую очередь - «информационной асимметрии» в обладании специальными знаниями врачом и пациентом, а также известной корпоративной закрытости, связанной с существующей организационной структурой национальной системы охраны общественного здоровья. Например, при разрешении конфликтных ситуаций по так называемым «медицинским делам» в обязательном порядке назначается судебно-медицинская экспертиза. Не обладая специальными знаниями в медицине, суд всецело полагается на выводы экспертов: именно их заключения практически всегда ложатся в основу выносимого решения. Статья 61 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" [2], провозгласившая экспертизу независимой, является декларативной. Практически все бюро судебно-медицинской экспертизы подведомственны органам управления здравоохранением того или иного субъекта РФ, поэтому не только «медицинской корпоративностью» объясняется низкий процент выигранных пациентами дел [3]. Кроме того, зачастую проблематика «медицинских дел» попадает в плоскость неоднозначных трактований понятий и отсутствия единства понимания терминологии, что является весьма актуальной

проблемой правоприменения при рассмотрении дел, связанных с претензиями на качество услуг системы здравоохранения. Описанные явления не могут удовлетворять ожидания граждан РФ, требующих справедливости в обеспечении своих прав на доступную и качественную медицинскую помощь.

Между тем, уже сейчас законодательство позволяет использовать способы разрешения споров, позволяющие добиться максимального удовлетворения потребностей сторон путем поиска взаимодовлетворяющих решений, в добровольном, равноправном процессе, ориентированном на интересы сторон спора и результатом которого являются договоренности, которые в большинстве своем исполняются сторонами добровольно. Созданное в 2013 году Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный институт медиации» (далее – ФГБУ «ФИМ») ставит своей целью содействие распространению медиации как инновационного подхода к разрешению споров. Медиативная практика в нашей стране опирается на Федеральный закон № 193-ФЗ от 27 июля 2010 г. «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» [4]. Медиация является способом разрешения споров посредством диалога, проводимого при профессиональном содействии независимого помощника – медиатора, который в рамках процедуры медиации создает условия, позволяющие сторонам без участия административных органов или суда не только найти оптимальные решения по компенсации ущерба, но и, что не менее важно, разрешить спор, обсудив и прояснив наиболее значимые для сторон вопросы в условиях конфиденциальности и взаимного уважения. Надо отметить, что данный механизм позволяет не только разрешить уже существующий, структурированный конфликт, но и предотвратить перерастание жалоб и разногласий в конфликт, предотвращать его развитие и эскалацию.

В сфере здравоохранения точками приложения усилий ФГБУ «ФИМ» являются: разработка организационно-правовых механизмов внедрения медиации в систему урегулирования споров в здравоохранении; проведение пилотных проектов по

практическому применению обозначенных принципов и подходов к урегулированию споров, анализ их результативности и последующего формирования предложений в действующие нормативные акты по их эффективной интеграции в отрасли.

Говоря об особенностях применения медиации для разрешения споров, связанных с оказанием медицинских услуг, стоит отметить обязательность выполнения ряда условий, связанных с необходимостью соблюдения одного из ее принципов, закрепленных законодательно – равноправия сторон - на фоне отмеченной выше «информационной асимметрии» врача и пациента и зачастую «размытого» понятия «норма». В частности, условия соблюдения данного принципа диктуют необходимость подробного разговора с пациентом в ходе процедуры медиации об особенностях течения его заболевания. Такой диалог крайне необходим для формирования у пациента наиболее полного понимания своего состояния и адекватной оценки действий медицинского персонала, приведших к ситуации, послужившей основанием для конфликта. Кроме того, проведение разъяснительной беседы (для обеспечения информированного выбора и согласия со стороны пациента) на этапе оказания медицинской помощи зачастую могло бы являться профилактикой возможной неудовлетворенности, и как следствие конфликта и предупреждением формализации претензии к медицинским работникам в форме жалобы или судебного иска. Нахождение врача и пациента в одном понятийном поле, проявление уважения к пациенту, к его праву на получение информации, сотрудничество с пациентом в предпринимаемых усилиях по оказанию ему качественной помощи будет залогом обеспечения равноправия сторон для проведения процедуры медиации.

Однако, необходимо признать, что крайне важные понятия, необходимые для проведения открытого равноправного диалога врача и пациента в рамках медиации, не имеют однозначного определения, что приводит к усложнению профессиональной дискуссии, сложностям при попытке дать правовую оценку тем или иным действиям и/или событиям, порождая путаницу, что одновременно нередко приводит к извращенному трактованию их пациентами и усугубляет непонимание последними сути произошедшего. Отсутствие

четкости в соотнесении терминов с их смысловым наполнением способствует извращенному освещению событий средствами массовой информации и досужим домыслам. Речь идет о таких категориях как врачебная ошибка; врачебная халатность; иных видов дефектов медицинской помощи; их соотношении ; гражданско-правовой ответственности – возмещении вреда здоровью, нанесенного вследствие ошибки или халатности - наиболее сложных темах в праве [5].

Действующее в настоящий момент административное, гражданское и уголовное право не содержит правового понятия «врачебная ошибка» и не обеспечивает восполнения правовых пробелов Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», что предопределяет зачастую предвзятое отношение к трактовке факта наличия врачебной ошибки при судебном разбирательстве. Положения, касающиеся вопросов вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, не содержат необходимых конкретных предписаний в части регулирования указанных вопросов , за исключением отсылочных норм статьи 98. Согласно частям 2–4 указанной статьи, медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи. Вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленными законодательством Российской Федерации. Возмещение вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских работников и фармацевтических работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации. Для установления уголовной или гражданской ответственности во внимание принимаются другие факторы, обуславливающие необходимость их использования в определении данного понятия либо выводящие его из сферы правового регулирования в теоретическую плоскость [6]. Существующее в

настоящий момент обывательское восприятие этого словосочетания помещает действия врача, приведшие к врачебной ошибке, в разряд криминальных, в то время как профессиональное медицинское сообщество занимает в оценке данной дефиниции абсолютно противоположную позицию. Ученые-медики считают, что врачебная ошибка – это непреднамеренное нанесение вреда здоровью человека в связи с проведением оправданных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий.

По мнению И.В. Тимофеева и О.В. Леонтьева, «медицинская ошибка» по юридическому смыслу близка к понятию «дефект в проведении лечебно-профилактических мероприятий». Под дефектом в проведении (оказании) лечебно-профилактических мероприятий ученые предлагают понимать «ошибочное действие (бездействие) медицинского персонала, выразившееся в неправильном оказании (неоказании) медицинской помощи, ошибочной диагностике заболеваний и неверном лечении заболевших (пострадавших). При этом дефекты, по их мнению, могут иметь объективные и субъективные причины. Первые связаны с общими условиями деятельности и естественными ограничениями существующих методов диагностики и лечения. Вторые предопределены, как правило, личностно-психологическими качествами и состоянием врача. К ним можно отнести: невнимательное отношение к больному, ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей, недостаточную квалификацию медицинских работников [7].

Рассмотрение понятий «дефект медицинской помощи» и «врачебная ошибка» в системе уголовного и гражданско-правового регулирования ставит вопрос о необходимости корреляции таких часто применяемых понятий, как «правильное (неправильное) лечение больного», «неблагоприятный исход», «нежелательные результаты оказания медицинской помощи», «ненадлежащее оказание медицинской помощи», «ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей», «врачебная ошибка», «ошибка врача», «дефект медицинской помощи» с юридическими терминами «вред», «негативные последствия», «вина», «виновное причинение вреда», «невиновное причинение вреда»,

«противоправность действий», «вред, причиненный противоправным действием», «вред, причиненный правомерным действием» [8].

Нежелательные результаты оказания медицинской помощи могут возникнуть по вине медицинского работника или при отсутствии его вины. Александрова О.Ю. с соавт. [6] выражают несогласие с мнениями, когда к врачебным (профессиональным, медицинским) ошибкам относят случаи как невиновного, так и виновного причинения вреда в результате медицинской деятельности (классификация дефектов медицинской помощи, предложенная Стеценко С.Г. [9]), считая наиболее правильной классификацию М.Н. Малеиной [10], различающей противоправные виновные деяния медицинских учреждений и работников и случаи причинения вреда пациенту при отсутствии вины. Первое из указанных деяний, по ее мнению, следует квалифицировать как правонарушение, являющееся основанием юридической ответственности (дисциплинарной, гражданско-правовой, уголовной), а второе – это случай, при котором отсутствует вина, и, следовательно, ответственность. Таким образом, понятие «дефект медицинской помощи» объединяется с понятием «правонарушение». Близкое к этому понятие – «ненадлежащее оказание медицинской помощи».

При всем многообразии мнений в отношении врачебной ошибки в ее оценке прослеживается единая позиция: не любой дефект медицинской помощи является результатом ошибочных действий, так же, как и не любые ошибочные действия всегда приводят к неблагоприятному исходу или дефекту медицинской помощи. По-разному в связи с этим будут решаться и вопросы ответственности, в том числе юридической.

Поэтому под врачебной ошибкой можно понимать только невиновное причинение вреда здоровью лица в связи с проведением диагностических, лечебных, профилактических мероприятий. Отсутствие вины причинителя вреда (когда речь идет о врачебной ошибке), по общему правилу влечет за собой отсутствие субъективной стороны правонарушения, следовательно, состава правонарушения [11].

Еще одним не проясненным термином, чаще фигурирующим в средствах массовой информации, нежели в обывательском обиходе, является «ятрогения»: емкое понятие, включающее в себя не только технологические дефекты оказания помощи, но и вред пациенту, вызванный явными дефектами коммуникаций с больными [12]. По мнению А.В. Шапошникова ятрогении – это негативные прямые или косвенные последствия действий, а также высказываний медицинских работников, повлекшие за собой изменения психического и физического состояния больного независимо от времени их наступления [13]. Между тем, приходится констатировать расширение сферы трактования данного термина. По данным Ю.Д. Сергеева и соавторов, в заключениях судебно-медицинских экспертных комиссий термины «ятрогения», «врачебная ошибка» встречались в 6,71% случаев, однако в протоколах клинико-анатомических конференций данные дефиниции оказались более распространены и отмечены авторами в 47,43 % случаев [13]. У некоторых патологоанатомов вызывает также тревогу то, что с расширением понятия «ятрогения» увеличилось число жалоб и так называемых «врачебных дел» [14].

Серьезным барьером в построении конструктивного диалога врача с пациентом, предъявляющим претензии, может оказаться размытость понятия «норма» в отношении состояния здоровья пациента, характера течения заболевания или хода лечебно-диагностического процесса. На результат лечения могут оказывать влияние: первичное состояние пациента до обращения к врачу, являющемуся объектом претензии; индивидуальные особенности течения физиологических и патологических процессов, низкая чувствительность организма пациента к применяемым лекарственным средствам, их непереносимость или нарушение всасывания в желудочно-кишечном тракте и др. Установление всех этих факторов до предоставления медицинской услуги не представляется возможным, а констатация их по итогам лечения зачастую носит характер гипотезы, подтверждение которой является дорогостоящей, а иногда и вовсе нереализуемой задачей. В таких случаях выходом из ситуации может оказаться оценка оказанной медицинской услуги конкретному больному на основании ее необходимости и

достаточности в соответствии с установленными медицинскими предписаниями. То, что находится вне рамок, установленных правилами, может рассматриваться как противоправное действие исполнителя услуги со всеми вытекающими отсюда последствиями. Эта позиция стороны, оказывающей медицинскую помощь, должна быть озвучена пациенту в ходе альтернативной процедуры урегулирования конфликта.

Еще одной проблемой при рассмотрении претензий в рамках процедуры медиации могут оказаться переговоры об определении морального вреда пациенту. Сегодня понятие «моральный вред» широко используют средства массовой информации, его особенно часто употребляют пациенты, недовольные качеством оказанной им медицинской помощи. Определение понятия «моральный вред» дал Пленум Верховного Суда РФ в Постановлении «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда» №10 от 20 декабря 1994 года, где сказано: «Под моральным вредом понимаются нравственные или физические страдания, причиненные действиями (бездействием), посягающими на принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона нематериальные блага (жизнь, здоровье, достоинство личности, деловая репутация, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна и т.п.), или нарушающим его личные неимущественные права (право на пользование своим именем, право авторства и другие неимущественные права в соответствии с законом об охране прав на результаты интеллектуальной деятельности) либо нарушающим имущественные права гражданина». Моральный вред, в частности, может заключаться в нравственных переживаниях в связи с утратой родственников, невозможностью продолжать активную общественную жизнь, потерей работы, раскрытием врачебной, семейной тайны, распространением не соответствующих действительности сведений, порочащих честь, достоинство или деловую репутацию гражданина, временным ограничением или лишением каких-либо прав, физической болью, связанной с причиненным увечьем, иным повреждением здоровья либо в связи с заболеванием, перенесенным в результате нравственных страданий и др. [15]

Егизарова С.В. [15] выделяет ряд проблем, которые не позволяют считать вопрос о компенсации морального вреда при неблагоприятных исходах медицинской помощи решенным. Основными из них являются:

- неточность определения понятия «моральный вред»;
- отсутствие объективных критериев для определения размера компенсации морального вреда;
- применение института исковой давности.

Так, по мнению вышеназванного автора в ст.208 ГК РФ устанавливается, что исковая давность не распространяется «на требования о защите личных неимущественных прав и других нематериальных благ». Моральный вред и вред, причиненный жизни и здоровью, являются разновидностями неимущественного вреда.

В ст.151 ГК РФ законодатель установил ряд критериев, которые должны учитываться при определении размера компенсации морального вреда, одним из которых является степень вины нарушителя.

С.В. Егизарова [15] актуализирует необходимость определить следующее:

- находится ли исход в причинно-следственной связи с причинением ущерба здоровью или даже смерти пациента;
- развились ли осложнения объективно независимо от высокого качества оказания медицинской помощи (индивидуальное состояние, особый медицинский статус больного, анатомические аномалии, побочные действия лекарственных или медицинских средств);
- вызван ли исход ненадлежащими действиями медицинского персонала.

Приходится признавать, что в настоящий момент нравственные и физические страдания суд зачастую оценивает огульно, исходя из собственных умозаключений. Вполне логичной представляется мысль, высказанная А.В.Тихомировым [18], о том, что «цена вопроса – возможность имущественного возмещения ухудшения качества жизни». Этот вполне рациональный подход вкупе с ответом на представленный перечень проблемных

вопросов может быть применен модераторами переговоров и медиаторами в ходе процедуры до- и внесудебного рассмотрения претензий пациентов о возмещении морального ущерба, связанного с врачебной ошибкой или с получением медицинской помощи ненадлежащего качества.

Необходимо признать, что выработка и согласование объективных критериев, по которым суды с юридической точки зрения смогут оценивать фактические обстоятельства в связи с приведенными доводами экспертов, займут еще долгие годы. Однако отсутствие единообразного понимания перечисленных понятий, терминологическая неопределенность не являются преградой для применения медиации - конструктивного диалога между сторонами: пациентом и представителями ЛПУ. Более того, проведение переговоров в условиях, когда стороны как бы говорят на разных языках, или, по крайней мере, не договорились о понятиях – типичная задача, с которой работает медиация как технология разрешения спора [17,18]. В основе подхода лежит, в том числе, идея о том, что в основе каждой позиции лежат глубинные интересы или потребности человека, осознаются они им самим или нет – и медиатор обладает компетенциями, позволяющими ему в ходе переговоров делать эти интересы видимыми как для самого их носителя, так и для другой стороны.

Переговоры, проводимые в рамках понимающего подхода в медиации, направлены на «починку» отношений между сторонами посредством прояснения глубинных потребностей каждой из сторон [17,18]. Аккуратная формулировка позиций сторон является лишь отправной точкой для работы со спором, выносимым на процедуру медиации. Отталкиваясь от позиций сторон, которые, как правило звучат беспелляционно и противоречат друг другу, медиатор ведет переговоры так, чтобы прояснить, исследовать интересы каждой из сторон спора, лежащие в основе озвученных позиций. Переводя разговор в плоскость интересов и потребностей сторон, медиатор способствует тому, что картина отношений между сторонами становится видимой во всем

многообразии аспектов и сложности. Это позволяет сторонам, в свою очередь, увидеть и позитивно оценить следующие факты:

- желание сохранить отношения, продолжить их каким-то образом, или как-то хорошо завершить, часто входящее в интересы каждой из сторон;
- «пересечения» или совпадения в потребностях друг друга, наличие похожих или общих потребностей (например, потребность в безопасности, озвученная в процессе медиации пациентом и врачом, может найти сочувствие и у того и у другого, и укрепить их готовность найти решение при помощи «ненасильственного метода», каким является медиация);
- отсутствие противоречий потребностей друг другу, когда их удовлетворение не требует ущемления реализации потребностей другой стороны и не предполагает такое ущемление[17].

Посредством медиации позиции сторон, как бы звучащие на разных языках, переформируются в потребности. При этом разговор на языке потребностей является важным условием для понимания сторонами друг друга. В данном случае медиатор берет на себя коммуникативную функцию: он помогает состояться разговору, который зачастую невозможен или заканчивается неудачей просто потому, что участники говорят на разных языках.

Если медиатор – берет на себя функцию содействия восстановлению способности к продуктивному содержательному взаимодействию, если можно так выразиться «чинит» коммуникацию между врачом и пациентом, то медиация как институт - выполняет важную для российской действительности функцию посредника в диалоге между такими институтами, как здравоохранение – с одной стороны, и гражданское общество – с другой. Так медиаторы на уровне межличностных контактов представителей медицинского персонала и пользователей медицинских услуг выступают в крайне важной для общества роли: они укрепляют историю конструктивного взаимодействия в поле конфликта, снижая риски «уплотнения» проблемных историй, связанных с конфликтом. Преимущество

медиации перед судом заключено в ее конфиденциальности, неформализованности, оперативности разрешения спора без необходимости обязательных экспертных оценок, занимающих, как правило, длительный временной период, в ориентации на выработку взаимоприемлемого решения способного обеспечить условия удовлетворительные для дальнейшей жизни каждой из сторон, а не на вынесение правовой оценки их прошлым действиям. При этом отсутствие однозначности ряда формулировок и базовых понятий только усиливает значение медиации как способа разрешения конфликтов на уровне базовых потребностей и прав сторон, способного создать безопасную среду для диалога о правах и потребностях всех участников конфликта, позволяющего найти путь к реализации этих потребностей. использование медиации позволяет снять имеющееся недопонимание между сторонами, дает возможность пациентам реализовать свое право на охрану здоровья; а врачам – на защищенность в рамках своей профессиональной деятельности [18, 19, 20].

Еще одной помехой или причиной сопротивления развитию медиативной практики в отношении споров, связанных с врачебными ошибками, являются опасения в возможном невольном укрывательстве нарушений врачей в связи с необходимостью соблюдения одного из базовых принципов медиации - «конфиденциальности». Федеральный закон от 27 июля 2010 г. №193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» регулирует отношения, связанные с применением процедуры медиации к спорам, возникающим исключительно из гражданских правоотношений [4]. В рамках базового закона может быть обсуждена компенсация любого ущерба, нанесенного здоровью пациента, как вследствие врачебной ошибки, так и ненадлежащего оказания медицинской помощи и некорректных высказываний медицинских работников (ятрогении). При этом данное обсуждение может ставить своей целью исключительно определение объема компенсации, но не установление вины конкретного врача или сотрудника системы здравоохранения. Между тем, в ходе переговоров факт отсутствия или наличия вины медицинского работника

может быть веским доводом в обосновании позиции лечебного учреждения к готовности к тому или иному объему компенсации нанесенного ущерба. Подробный диалог с пациентом, недовольным качеством оказанной помощи, дает врачу возможность подробно описать состояние его здоровья и сфокусироваться на обсуждении индивидуальной половозрастной «нормы» того или иного конкретного пациента на фоне течения основного и сопутствующих заболеваний; представить пациенту технологические сложности диагностики и лечения, возможно вызвавшие невинные действия врача и приведшие к ухудшению состояния здоровья больного. Подобный формат разговора позволяет актуализировать истинные потребности сторон и уйти от оперирования термином «врачебная ошибка» и другими вышеупомянутыми размытыми формулировками в их обывательском трактовании в плоскость обсуждения предметных вопросов определения объема причиненного вреда, в том числе морального; совместно оценить дальнейшие перспективы лечения и возможность содействия представителями конкретного ЛПУ в его организации. Принесение, в случае необходимости, уполномоченным лицом извинений пациенту или его родственникам от имени лечебного учреждения, совместный поиск сторонами компромиссного решения о компенсации возможного причиненного ущерба должны являться, в итоге, основанием для снятия претензий к ЛПУ. Исключением могут являться случаи наличия в действиях врача состава преступления, приведшего к причинению вреда здоровью граждан, которые должны рассматриваться в соответствии с уголовным законодательством Российской Федерации. При этом случаи, относящиеся к частному обвинению, могут быть также урегулированы в ходе проведения процедуры медиации с последующим прекращением дела посредством отзыва заявления истцом.

Обеспечение условий эффективного решения задач, связанных с урегулированием претензий в связи с оказанием медицинской помощи, лежит в плоскости соблюдения принципов медиации: добровольности, конфиденциальности, сотрудничества и равноправия сторон, беспристрастности и независимости медиатора. Процедура

альтернативного разрешения споров может быть залогом обеспечения необходимого консенсуса при принятии решения сторонами исключительно совместно, на основе равноправия, согласия, самостоятельного свободного волеизъявления. Только такое решение скорее будет признаваться и исполняться всеми участниками переговоров по их завершению. Однако, условием этого конструктивного диалога может быть исключительно его транспарентность и равнодоступность ключевой информации [18,19, 20].

Сегодня все еще нет явной заинтересованности медицинских работников в создании служб внесудебного урегулирования споров (служб медиации). Это может быть объяснено недостаточным уровнем информированности профессионального сообщества о сути, возможностях и преимуществах медиации, правовым нигилизмом и консерватизмом руководителей здравоохранения, чьим интересам в большей степени удовлетворяет ситуация все еще сохраняющейся невысокой социальной активности пациентов. Между тем, сложившееся состояние дел имеет тенденцию к изменению. В ситуации постоянного увеличения числа жалоб и судебных исков, связанных с медицинскими услугами, организаторы здравоохранения должны предпринимать все возможные усилия для предотвращения их дальнейшего роста. В данном случае медиация может выступать не только механизмом урегулирования претензий пациентов, но и способом выявления, анализа, обсуждения и последующего предупреждения дефектов в функционировании системы оказания медицинской помощи.

На современном этапе необходима активная разъяснительная работа в максимально широком публичном пространстве в целом и среди работников системы здравоохранения, в частности, с обязательным вовлечением представителей гражданского общества (общественных организаций) о сути, принципах, преимуществах и возможностях медиации при урегулировании конфликтов и споров, связанных с медицинской помощью. Одной из задач такой информационно-просветительской деятельности должно стать разъяснение гражданам сути таких «размытых» понятий, как «врачебная ошибка», «вина

врача», «ятрогения», «норма» и «моральный вред», зачастую трактуемых обывателями вольно и даже вульгарно, что закономерно порождает недоверие к системе здравоохранения. Отсутствие усилий в данном направлении неизбежно будет приводить к росту неудовлетворенности населения качеством оказываемой медицинской помощи и закономерному увеличению числа жалоб и судебных процессов.

В диалоге с общественностью необходимо подчеркивать единство общей цели возможных сторон конфликта: врача и больного – борьбы с болезнью не только в ходе лечебно-диагностического процесса, но и при надлежащем урегулировании правовых последствий возможных дефектов медицинской помощи. Разрешение подобных споров с помощью медиации является проявлением социальной ответственности как медицинского работника, так и пациента, а также проявлением зрелости и готовности к конструктивному диалогу, сотрудничеству.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федер. Закон Рос. Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (с изм. и доп. от 21.07.2014).
2. Шапошников А.В. Ятрогения (терминологический анализ и конструирование понятия). Ростов-на-Дону: Издательство «Книга»; 1998. 168 с.
3. Родин О.В. К вопросу о правоприменении в сфере оказания медицинских услуг. Медицинское право. 2004; 2 (6): 38-42.
4. Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации): Федер. Закон Рос. Федерации от 27 июля 2010 г. N 193-ФЗ
5. Понкина А.А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов. М.: Кафедра правового обеспечения государственной и муниципальной службы МИГСУ РАНХиГС . Консорциум специалистов по защите прав пациентов; 2012. 200 с.

6. Александрова О.Ю., Григорьев И.Ю., Лебединец О.Н., Тимошенкова Т.В. Юридическая квалификация врачебных ошибок и дефектов медицинской помощи. *Здравоохранение*. 2006; 9: 147-155.
7. Тимофеев И.В., Леонтьев О.В. *Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты*. Спб.; 2002. 80 с.
8. Понкина А.А. К вопросу о дефекте медицинской помощи и его видах. *Право и современные государства*. 2012; 2: 64–70.
9. Стеценко С.Г. *Медицинское право: учебник*. Спб.: Издательство «Юридический центр Пресс»; 2004. 572 с.
10. Малеина М.Н. *Человек и медицина в современном праве: учебное и практическое пособие*. М.: БЕК; 1995. 260 с.
11. Мохов А.А., Мохова И.Н, "Врачебная ошибка" как актуальная проблема судебной практики. *Медицинское право*. 2004; 2(6): 31-42.
12. Козлов С.В. Об отношении врачей и правоприменителей к проблеме ятрогенной патологии (результаты социологического опроса). *Медицинское право*. 2011; 3 (37): 28-31.
13. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. *Неблагоприятный исход медицинской помощи*. М.: 2001. 288 с.
14. Некачалов В.В. *Ятрогения (Патология диагностики и лечения): пособие для врачей*. Спб.: 1998. 42 с.
15. Егизарова С.В. К вопросу о компенсации морального вреда в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи. *Медицинское право*. 2003; 1 (1): 24-26.
16. Тихомиров А.В. К вопросу об обязательствах вследствие причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг. *Закон и право*. 2001; 8: 24-33.
17. Шамликашвили Ц.А. *Основы медиации как процедуры урегулирования споров*. М.: Издательство МЦУПК; 2013. 128 с.

18. Фридман Г., Химмельстайн Дж. Вызов конфликту. Понимающий подход в медиации. М.: Издательство МЦУПК; 2013. 352 с.
19. Шамликашвили Ц.А. Когда спор идет о жизни и здоровье. Медиация и право. 2010; 2 (16): 23-26.
20. Шамликашвили Ц.А. Медиация как современная тенденция развития правовой помощи и юридического консультирования. Вестник Московского университета. Серия 11: Право; 2011; 5: 11.

REFERENCES

1. On the basis of the health of citizens in the Russian Federation: the Federal Law of the Russian Federation dated November 21, 2011 N 323-FZ.(In Russian)
2. Shaposhnikov A.V. Iatrogenesis (terminological analysis and design concept). Rostov-na-Donu: Izdatel'stvo «Kniga»; 1998. 168.(In Russian)
3. Rodin O.V. On the issue of enforcement in the field of medical services. Medical law. 2004; 2 (6): 38-42.(In Russian)
4. AlternativeDisputeResolutionProcedureInvolvingaMediator (MediationProcedure): FederalLawoftheRussian Federation of July 27, 2010 N 193-FZ. (In Russian)
5. Ponkina A.A. Medical error in the context of protecting the rights of patients. M.: Department of legal provision of state and municipal service MigsRANHiGS. A consortium of experts on the protection of patients' rights; 2012. 200 s. (In Russian)
6. AleksandrovaO.Ju., Grigor'evI.Ju.,Lebedinec O.N., Timoshenkova T.V. The legal qualification of medical errors and defects care. Health. 2006; 9: 147-155.(In Russian)
7. Timofeev I.V., Leont'ev O.V. Medical error. Medical and organizational and legal aspects. Spb.; 2002. 80.(In Russian)
8. Ponkina A.A. To a question about the defect of care and its forms. The law and modern states. 2012; 2: 64–70.(In Russian)
9. Stecenko S.G. Medical law: the textbook. SPb.:Izdatel'stvo «Juridicheskijcentr Press»; 2004. 572.(In Russian)
10. Maleina M.N. Man and medicine in modern law: educational and practical guide. M.: BEK; 1995. 260.(In Russian)
11. Mohov A.A., Mohova I.N, "Medical error" as the actual problem of judicial practice. Medical law. 2004; 2 (6): 31-42. (In Russian)
12. Kozlov S.V. On the relation of doctors and law enforcers to the problem of iatrogenic disease (poll results). Medical law. 2011; 3 (37): 28-31. (In Russian)
13. SergeevJu.D., Erofeev S.V. Adverse outcomes of medical care. M.: 2001. 288.(In Russian)

14. Nekachalov V.V. Iatrogenesis (pathology diagnosis and treatment): A guide for doctors. SPb.: 1998. 42.(In Russian)
15. Egizarova S.V. On the issue of compensation for moral damages in cases of inadequate medical care. Medical law. 2003; 1 (1): 24-26. (In Russian)
16. Tihomirov A.V. On the question of obligations owing to injury in the provision of medical services. Laws and regulations. 2001; 8: 24-33.(In Russian)
17. ShamlikashviliTs.A. Basics of mediation as a dispute resolution procedure. M.: Izdatel'stvo MCUPK; 2013. 128.(In Russian)
18. Fridman G., Himmel'stajnDzh. Call conflict. Understanding approach to mediation. M.: Izdatel'stvo MCUPK; 2013. 352.(In Russian)
19. ShamlikashviliTs.A. When the dispute is a question of life and health. Mediation and Law. 2010; 2 (16): 23-26.(In Russian)
20. ShamlikashviliTs.A. Mediation as a modern trend in the development of legal assistance and legal advice. VestnikMoskovskogouniversiteta. Serija 11: Pravo; 2011; 5: 11. (In Russian)

АВТОРЫ

Шамликашвили Цисана Автандиловна (ShamlikashviliTs.A) - научный руководитель ФГБУ «Федеральный Институт Медиации», профессор МГППУ, Президент Национальной организации медиаторов (НОМ), основатель и научный руководитель Научно-методического центра медиации и права, председатель подкомиссии по альтернативному разрешению споров и медиации Ассоциации юристов России, основатель, издатель, главный редактор журнала "Медиация и право. Посредничество и примирение", зав. кафедрой «Медиация в социальной сфере» МГППУ

Островский Антон Николаевич (OstrovskiyAnton N) - научный сотрудник ФГБУ «Федеральный институт медиации», к.м.н, доцент _____

Кабанова Екатерина Викторовна (Kabanova E.V.) – сотрудник ФГБУ «Федеральный институт медиации», юрист _____

Сильницкая Анна Сергеевна (Silnitskaya A.S.) - научный сотрудник ФГБУ «Федеральный институт медиации», аспирант факультета психологии МГУ _____