

Одним из существенных признаков современной постиндустриальной эпохи является возрастание ценности отдельной человеческой жизни, что увеличивает не только частоту и ассортимент потребительских запросов, но и неизбежно способствует ужесточению требований к качеству оказываемой медицинской помощи во всех ее отраслях, начиная с неонатологии и заканчивая паллиативной помощью. Поскольку элемент риска является постоянным спутником оказываемых медицинских услуг, то проблемы их стандартизации и разрешения возникающих конфликтов между участниками медицинских правоотношений не теряют своей актуальности. По данным социологических опросов, в 2021 году удовлетворенность граждан уровнем качества оказанных медицинских услуг не превышала 25 %.

Неотъемлемой частью медицинских услуг является перемещение пациента в индивидуально некомфортную среду лечебного учреждения, что создает объективные причины формирования психического (а зачастую – и физического) стресса, состояний постоянной тревожности у пациентов с разными темпераментами и физическими дефектами различной степени тяжести. Хронический стресс, как правило, потенцируется заведомо ограниченными лечебно-диагностическими и бытовыми условиями пребывания больного в лечебном учреждении, а также – ятрогенными нарушениями со стороны медработников.

Мера ответственности врача как профессионала отсчитывает свою зафиксированную историю от законов царя Хамураппи (1792 – 1750 г.г. до н.э.), предписывавших усекновение руки негодному врачу в случае смерти пациента – свободного гражданина, до современного пула ятрогенных деликтов, включающего уголовные, гражданско-правовые и административные деликты. Наиболее существенными из них следует признать преступления, предусмотренные статьями 118 (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности), 123 (незаконное проведение искусственного прерывания беременности), 124 (неоказание помощи больному), 238 (производство, хранение,

перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности) Уголовного кодекса РФ. Российский законодатель декларирует право медработника застраховать свою профессиональную ответственность, однако регламентированный механизм реализации данного права в настоящее время отсутствует; на уровне законопроекта законодателю предложено заменить данное право на обязательное государственное страхование риска своей профессиональной ответственности.¹ Но в любом случае требует разрешения дилемма страхования профессиональной ответственности лечащего врача, либо - гражданской ответственности медицинской организации. С позиций нивелирования отдельных рисков (находящихся за пределами деятельности конкретного врача, но в границах "зоны ответственности" медицинской организации) может быть поставлена на обсуждение и сочтенная модель страхования ответственности в медицине.²

Необходимо констатировать, что в частном секторе оказания медицинских услуг претензии пациентов удовлетворяются более эффективно нежели в системе государственного здравоохранения. Предположительно, это связано с более гибким механизмом управления частной медициной (создание и эффективность конфликтных комиссий, активное привлечение медицинских адвокатов и медиаторов, полное или частичное признание требований пациентов с бесплатной или льготной коррекцией ассортимента и объема оказания медицинских услуг и др.).

В основе возрастания конфликтности здравоохранения лежит переход отечественной медицины от бюджетно финансируемой патерналистской публично-правовой модели к бюджетно-страховой партнерской частной медицине. Другими словами, на смену медицинской помощи, высокому искусству

¹ См.: П. 7 ч. 1 ст. 72 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // СЗ РФ. 2011. № 48. Ст.6724; ст. 3 проекта Федерального закона № 1173861-7 "О внесении изменений в Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // Официальный интернет-портал правовой информации <https://sozd.duma.gov.ru/> (Дата обращения: 17.10.2022.).

² Мохов А.А. Страхование гражданской (профессиональной) ответственности в период становления биомедицины // "Медицинское право". 2020. № 1. С. 12-18.

врачевания пришли медицинские услуги, предлагающие тарифную сетку по стандартам разного уровня, детально не регламентированным до настоящего времени. Потребителем (и, как правило, заказчиком) возмездной медицинской услуги является физическое лицо (пациент), профессиональным (ответственным) исполнителем выступает медорганизация, содержащая штат работников – лиц с высшим и средним медицинским образованием, которые являются непосредственными исполнителями договора оказания услуг и чья трудовая функция, как правило, исчерпывается выполнением медицинских манипуляций, лечебных назначений и осуществлением мер медицинского ухода (лечебно-профилактических мероприятий).

Организация медпомощи в СССР подразумевала принципиально тождественную медицинскую деятельность со стороны непосредственных исполнителей (с поправкой на уровень развития медицинской науки и практики), однако средства на лечебно-диагностические и иные мероприятия в сфере здравоохранения в плановом порядке закладывались в бюджеты соответствующих уровней и расходовались на обеспечение личных неимущественных интересов (охрана и улучшение качества жизни и здоровья) пациентов путем использования их лечебно-профилактическим медицинским учреждением согласно утвержденного норматива, формирование которого подразумевало экономически защищенную основу. Тем самым, врач в рамках данной модели действовал в интересах пациента, результирующий вектор которых, несмотря на недостатки плановых показателей по числу пролеченных больных, в целом, совпадал с интересами медицинской организации.

Принципиально иное свойство современной конфликтогенной модели отечественного здравоохранения состоит в том, что врач как наемный работник – исполнитель медицинской услуги – априори действует в интересах работодателя. При этом эти интересы далеко не всегда остаются в рамках правового поля (и часто игнорируют гражданско-правовые презумпции разумности и добросовестности сторон), а специальные механизмы прав защиты медработников отсутствуют, либо носят декларативный характер (например,

льготы по продолжительности рабочего дня и обязательного социального страхования для отдельных категорий медработников). В частности, бланкетная конструкция части 1 статьи 72 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" отсылает пользователя к разделу VII Трудового кодекса РФ «Гарантии и компенсации», перечень которых, даже будучи закрепленным в кодифицированном нормативном правовом акте, сам по себе не реализует трудовые права медработников.

Превалирование тенденции сокращения льгот медработникам под предлогом формирования гипотетических экономических гарантий высоких доходов вследствие эффективности страховой модели здравоохранения себя не оправдало. Принцип следования денег за пациентом привел к нивелированию заинтересованности лечебных учреждений в достижении высоких показателей выздоровления больных. Напротив, лечение должно максимально пролонгироваться, увеличивая расходы на оказанные медуслуги и совокупный доход ответственного профессионального исполнителя. С другой стороны, большое количество пациентов ожидаемо возможно либо в крупнейших городских агломерациях (которых в стране порядка 10), либо в отраслях здравоохранения с заведомо низкой точкой безубыточности (например, в стоматологии, использующей импортные лекарства, расходные материалы и оборудование). Кроме этого, сведение правоотношения «врач – страховая медорганизация» к модели заведомо сильного финансового посредника, объективно заинтересованного в увеличении суммы штрафных санкций, взимаемых с заведомо слабого непосредственного исполнителя, приводит к возрастанию до уровня повседневности ситуаций предвзятого отношения к врачам, оштрафованным, к примеру, за внимательное отношение к пациенту, если это привело к превышению временного норматива, отведенного на его обследование, и как правило, составляющего несколько минут.

Отдельной экономической проблемой является механизм оплаты труда работникам здравоохранения, не только допускающий не контролируемую многократную разницу в уровне зарплат руководителей и специалистов лечебного

учреждения, но и объективно исключающий возможность существенного повышения размера оплаты труда специалистов, в связи с субвенциальным характером предоставляемого целевого финансирования, направляемого через территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Ограниченность предоставляемых денежных средств в сочетании с целевым характером их распределения и расходования традиционно вызывает вопросы к качеству распределения выделяемого бюджетного финансирования, предсказуемый ответ на которые сводится к пожеланиям увеличить финансовую эффективность страховой части действующей модели здравоохранения.

Указанные проблемы привели к тому, что в целом по стране зарплата медработников является низкой и может существенно различаться в зависимости от региона России. Закономерно, что по данным опросов, проведенных Общероссийской общественной организацией «Врачи РФ», в 2021 г. дефицит кадров испытывали 87 % медорганизаций. При этом более трети медиков работают на 1,5 ставки и более, а только 25 % медработников работают на ставку (в отсутствие данных об их удовлетворенности уровнем получаемого дохода). Очевидно, что подобная девальвация статуса, престижности и доходности медицинских специальностей не может способствовать улучшению качества медицинского обслуживания пациентов.

Закономерны последствия внедрения такой государственной модели здравоохранения: синдром раннего психологического «выгорания» медработников, уход из профессии клиницистов, прерывание профессиональных врачебных династий, постоянный кадровый дефицит, вызывающий возрастание нагрузки на оставшихся медработников. Такой комплект недостатков формирует порочный круг раннего выгорания, справиться с которым возможно лишь путем психологического избегания ситуаций хронического стресса, что неизбежно влечет увеличение профессиональных ошибок и злоупотреблений, снижение качества медобслуживания вследствие повышенной утомляемости врачей, фактов вымогательства финансов у пациентов и т.п.

Что касается широкого круга законодательно декларируемых прав пациента, то необходимо отметить, что сегодня лишь декларация является их единственным достоинством. Предоставляемые социальные гарантии не носят универсального характера, и трудно реализуемы на практике, как в силу подразделения на федеральные и региональные, так и предоставления под многочисленными условиями (количество которых тем более обширно и затруднительно для добросовестного соответствия, чем беднее выставляющий их регион – что вполне закономерно, учитывая отмеченный выше субвенциальный механизм финансирования регионального здравоохранения).

«Вишенкой на торте» оценки органолептических свойств современной модели отечественного здравоохранения следует признать результат сравнительного анализа финансирования отрасли в России (отказавшейся от бюджетной модели СССР) и зарубежных стран доминирующей рыночной экономики (которым мы обязаны внедрением действующей экономической модели российского здравоохранения). Поставив во главу угла оценки эффективности функционирования отрасли финансовые показатели (вместо проигнорированной советской критериально-рейтинговой оценки показателей оздоровления населения), сталкиваясь с тенденцией ограничения доступа к информации о расходных статьях государственного бюджета, официальные представители российского здравоохранения могут лишь озвучить собственное частное мнение относительно открытых данных ежегодных затрат ВВП на охрану здоровья нации: в России – не более 4 %; в странах ЕС – 7-10 %; в США – 15 %. При этом пересчет приведенных процентов на абсолютные показатели национальных валют, а также – анализ эффективности расходования сумм выделенного финансирования усугубляет финансовый разрыв затрат России на лечение своих граждан относительно передовых мировых держав. Тотально проигрывая указанным странам по абсолютным цифрам финансирования расходов на укрепление здоровья и улучшение качества жизни собственных граждан, Россия добровольно отказалась от таких достоинств советской модели здравоохранения как доступность, ургентность и универсальность.

Наиболее значимым объективным результатом описанных негативных тенденций является комплекс проблем, с которыми сталкивается пациент отечественных медучреждений:

- низкая доступность и качество полученной медпомощи (медуслуг);
- затруднения при попытках реализации отдельных прав пациента;
- формализм, сопряженный с нарушением этических, деонтологических и правовых норм со стороны медработников, игнорирующих претензии, предъявляемые пациентом;
- качество юридического обеспечения потребителей, предъявляющих претензии к качеству предоставленных медицинских услуг.

Последняя проблема инициирует вопрос о конкретизации форм процессуального, материального и/или морального удовлетворения, на которые может рассчитывать обратившийся за правовой защитой пациент. Доминирование в отечественном правовом порядке судебной формы защиты прав в сочетании со сложностью предмета доказывания факта причинения вреда здоровью (особенно – в условиях неочевидности причинной связи медицинского деликта с наступившими гражданско-правовыми последствиями) подталкивает обратившиеся в суд стороны прибегать к использованию инструмента процессуальной преюдиции, формируя пул письменных доказательств для будущей гражданско-правовой тяжбы в виде материалов, полученных в рамках возбужденного уголовного дела или проверки зарегистрированного сообщения о предполагаемом преступлении.

Такое процессуальное обыкновение не только создает избыточную нагрузку на обеспечивающих общественную уголовно-правовую охрану сотрудников правоохранительных органов и проверяемых ими медработников, но и формирует естественное предубеждение медицинского сообщества к процессуальным формам подобной защиты больных, расцениваемым врачами в качестве вариантов злоупотребления своими правами со стороны пациентов.

Формы реагирования российских медиков на обозначенные проблемы сводятся к нескольким весьма масштабным предложениям, однако все предлагаемые идеи не имеют разработанных механизмов реализации. Так, предлагаемая декриминализация медицинской практики полностью или в части могла бы претендовать на инновационное решение, при условии разработки юридического механизма декриминализации одной профессии (здесь возникает проблема разработки правовых критериев разграничения уголовно наказуемого деяния с элементами профессионального риска выполненной медицинской манипуляции).

Инициатива отказа расценивать медицинское вмешательство в качестве гражданско-правовой услуги обусловлена реакцией профессионального врачебного сообщества на возникший феномен злоупотребления правом, а именно – потребительского экстремизма со стороны пациентов медучреждений и их законных (или договорных) представителей. Данной инициативе корреспондируют предложения о введении в медицинское законодательство новых дефиниций («врачебная ошибка», «обоснованный риск в медицине» и др.). Разделяя точку зрения о перспективности данных предложений, отметим его неизбежные (и, по нашему мнению, - негативные) последствия, в виде «юридической сегрегации» медицинской деятельности (услуга – медицинская помощь), в зависимости от работы исполнителя в частном или государственном секторе здравоохранения. Практическая реализация данного пути совершенствования отечественного здравоохранения, на наш взгляд, может привести к формированию привилегированного ряда отдельных медицинских вмешательств, выведенных из-под общих оснований уголовной и гражданско-правовой ответственности. Однако это не даст принципиального снижения количества конфликтов в медицине и не устранил предпосылки их формирования.

По этой же причине сомнительна перспектива передачи функции разрешения отраслевых разноуровневых конфликтов представителям профессионального медицинского сообщества (например, Национальная медицинская ассоциация, Национальная медицинская палата и др.), поскольку объективность,

беспристрастность и независимость их оценок должна быть гарантированно сепарирована от позиции как своих коллег, так и представителей пациентов.

По нашему мнению, перспектива развития альтернативных форм и способов защиты прав пациентов лежит в развитии вариантов внесудебной (досудебной) защиты их прав и свобод. Очевидно, что свободе высказывания частного или коллективного мнения пациентов о проблемах здравоохранения должен корреспондировать объективный добросовестный подход потребительского сообщества к предпосылкам его формирования. Независимое посредническое звено с функциями арбитра, оценивающего позиции конфликтующих потребителей и исполнителей медицинских услуг, может функционировать в разных формах: от советов по этике при медицинских организациях до квазисудебных органов подобно третейским судам (с прописанными в законодательстве перечнем компетенций и гарантиями независимого функционирования для каждой внедряемой формы).

Попытки инкорпорации в российский правопорядок таких зарубежных практик как дисциплинарные комитеты, конфликтные медицинские комиссии и медиационные посредники получили некоторое развитие с принятием закона о медиации.³ Вместе с тем в сегодняшней правовой действительности России медиатор как посредник востребован весьма слабо по всем категориям споров, включая медицинские. Это объясняется относительно низкой стоимостью и высокой скоростью прохождения судебных процессуальных процедур в Российской Федерации по сравнению с Великобританией, США и странами ЕС. Тем самым у спорящих сторон не формируется материальной и процессуальной заинтересованности вовлекать в судебную тяжбу дополнительных участников.

Перспективным инновационным решением, направленным на нивелирование конфликтов в отрасли здравоохранения, представляется учреждение одноименного уполномоченного. Институт Уполномоченного по

³ См.: Федеральный закон от 27.07.2010 № 193-ФЗ "Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)" // СЗ РФ. 2010. № .31. Ст. 4162.

защите прав в сфере охраны здоровья в настоящее время в отечественном правовом порядке отсутствует. Вместе с тем возрастает актуальность появления в нем такого должностного лица как медицинский омбудсмен для внесудебного урегулирования конфликтов на федеральном и региональных уровнях.

Главным образом, это обусловлено положительным опытом инкорпорации в российское законодательство правового института уполномоченных⁴, призванных, в первую очередь, снизить нагрузку на российскую судебную систему. Уровень развития института уполномоченных представлен в таблице 1.

Таблица 1.

Институт уполномоченных в административно-территориальном делении Российской Федерации

Уполномоченный по...	Федеральный уровень	Региональный уровень
правам человека	+	+
защите прав предпринимателей	+ (при Президенте РФ)	+
правам ребенка	+ (при Президенте РФ)	+
правам потребителей финансовых услуг	+	-

Представленные в таблице 1 уполномоченные воспринимаются отечественным правовым порядком как должностные лица государственных органов, назначаемые на должность различными субъектами (Государственная Дума,

4 См. также: Федеральный конституционный закон от 26.02.1997 № 1-ФКЗ "Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации" // СЗ РФ. 1997. № .9. Ст. 1011; Федеральный закон от 07.05.2013 № 78-ФЗ "Об уполномоченных по защите прав предпринимателей в Российской Федерации" // СЗ РФ. 2013. № .19. Ст. 2305; Федеральный закон от 04.06.2018 № 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг" // СЗ РФ. 2018. № .24. Ст. 3390; Федеральный закон от 27.12.2018 № 501-ФЗ "Об уполномоченных по правам ребенка в Российской Федерации" // СЗ РФ. 2018. № 53 (часть I). Ст. 8427.

Президент РФ, Совет директоров Банка России). Наряду с ними, в России также функционируют общественные уполномоченные. Общие цели деятельности уполномоченных заключаются в содействии обеспечению гарантий защиты прав и законных интересов граждан и организаций, что достигается посредством реализации специального статуса уполномоченных (особый порядок назначения и освобождения от должности, специальный круг прав и обязанностей), обеспечивающего независимость их профессиональной деятельности. Тем самым, уполномоченные эффективно дополняют существующие средства защиты прав и свобод субъектов и могут создавать новые, участвуя в реализации государственной политики в области защиты прав и законных интересов организаций и частных лиц.

Традиционными формами взаимодействия аппарата уполномоченных с институтами гражданского общества и профессиональными сообществами являются доклады о положении в соответствующих сферах и отраслях, а также – разработка предложений по улучшению в них ситуации, профилактике новых и деэскалации существующих конфликтов и т.п. Вместе с тем очевидно, что ожидаемым результатом деятельности уполномоченных, по достижению которого социум будет судить о степени их эффективности, является непосредственная защита прав физических лиц и организаций. Осуществляя функцию защиты, уполномоченные рассматривают жалобы, направляют обращения и предложения, обжалуют акты и решения органов и должностных лиц, а также дают по ним заключения.

Перспектива распространения института уполномоченных на сферу здравоохранения обусловлена нарастанием значимости надлежащего и оперативного правового регулирования конфликтов в этой сфере. Достаточно долго в отечественном правопорядке оставались две области права, регулируемые не отраслевыми федеральными законами, а их основами, а именно – здравоохранение и нотариат. Последний представляет собой сферу бесспорной

государственной юрисдикции с неизменным правовым регулированием.⁵ А отрасль здравоохранения с осени 2011 года регулируется базовым федеральным законом, принятым по итогам продолжительных дебатов законодателя с врачебным и юридическим сообществом и сохранившим правопреемство с предшествующим нормативным актом, в том числе на уровне названия.⁶

В последние годы в российском здравоохранении превалирует тенденция устойчивого роста жалоб, заявлений и обращений в руководящие органы и надзирающие службы, связанных с претензиями к качеству медицинской помощи. Неизменно растет количество исков в суды и уголовных дел, возбуждаемых в отношении медработников. Общее количество правонарушений в сфере здравоохранения, ежегодно фиксируемых органами ведомственного и вневедомственного контроля (федеральные и региональные органы управления здравоохранением, Росздравнадзор, Роспотребнадзор, Прокуратура России, страховые медорганизации, фонды ОМС и др.) превышает 1 млн. В 2021 г. страховые медицинские организации по результатам проведенных проверок выявили более 3,5 млн нарушений. Далеко не все кейсы столь объемного пула деликтов приводят к развитию конфликтов с пациентами, однако число жалоб, заявлений и обращений пациентов, связанных с несоответствием качества предоставленной медпомощи их ожиданиям, составляет порядка 100 тыс. в год. В частности, в 2021 г. в страховые медицинские организации обратились с жалобами более 140 тыс. пациентов. Примерно 90 % конфликтных ситуаций разрешается в досудебном порядке, а в стадию судебных споров (иски о возмещении вреда здоровью, морального вреда и т.п.) ежегодно перерастают порядка 10 тыс. обращений пациентов. Также следует отметить ежегодную регистрацию около 6000 обращений граждан в отдел по ятрогенным преступлениям Следственного комитета РФ, подразумевая, что часть из них подана по тем же основаниям, которые стали причиной заявления исковых

⁵ См.: "Основы законодательства Российской Федерации о нотариате" (утв. ВС РФ 11.02.1993 № 4462-1) // РГ. 1993. № 49.

⁶ См.: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // СЗ РФ. 2011. № 48. Ст.6724.

требований в рамках гражданского судопроизводства. Устойчивый рост данных обращений фиксируется с 2015 года, при этом в стадии производства в настоящее время находятся порядка 2000 уголовных дел, из которых около 300 ежегодно направляется в суд.

Одной из причин такой тенденции является отсутствие специальных механизмов защиты прав граждан, призванных разрешать возникающие конфликты в досудебном порядке. Сотрудникам СК РФ приходится выполнять не свойственные им задачи сбора доказательств по ятрогенным деликтам, проверяемым на наличие в факте состава преступления. При этом единственным вариантом повышения квалификации в части, касающейся особенностей сбора и оценки доказательств ятрогений, являются краткосрочные специализированные курсы при медицинских ВУЗах. Объективным следствием такого порядка являются неустранимые сомнения в части, касающейся своевременности, полноты и достоверности доказательств, собранных в рамках расследования ятрогенных преступлений. Также это порождает предпосылки процессуальных злоупотреблений коррупционной направленности, продиктованных личной заинтересованностью расследующих и проверяемых лиц и т.п. Наличие в составе аппарата Уполномоченного по защите прав в сфере охраны здоровья лиц с высшим медицинским образованием будет способствовать принципиальному решению этих проблем.

Кроме этого, дополнение действующих уполномоченных институтом медицинских омбудсменов представляется перспективным для внесудебного урегулирования конфликтов в здравоохранении. Оптимальная инклюзия медицинских омбудсменов в отечественный правопорядок представляется двухэтапной.

На начальном этапе компетенция Уполномоченного по защите прав в сфере охраны здоровья, безусловно, должна включать рассмотрение жалоб уровня «врач – пациент» с передачей своего заключения администрации лечебного учреждения, а в случае эскалации конфликта - в судебный орган для рассмотрения по существу. Также должно быть предусмотрено право уполномоченного на

самостоятельное обращение в суды с исками по защите прав и законных интересов физических лиц, включая право обжалования принятых судебных актов. Традиционные компетенции уполномоченного, связанные с обобщением судебной и административной практики, корреспондируют его правам обращаться с предложениями и рекомендациями в различные службы и органы, включая законодательные. Кроме этого, уполномоченный должен иметь право подавать заключения на проекты нормативно-правовых актов и готовить документы периодической отчетности (традиционно – в формате ежегодного доклада о рассмотренных кейсах по медицинским конфликтам и иным деликтам в сфере здравоохранения курируемого региона России).

На втором этапе, предполагающем наличие сформированного аппарата Уполномоченного по защите прав в сфере охраны здоровья, представляется целесообразной регламентированная федеральным законом полная передача на рассмотрение уполномоченного отдельных категорий конфликтов в сфере защиты прав и законных интересов участников правоотношений, возникающих при оказании медицинских услуг. Полагаем перспективным обязательное включение в состав аппарата Уполномоченного сотрудника с высшим медицинским образованием и специализацией по судебной экспертной деятельности. Это позволит осуществлять независимую проверку обоснованности медицинских экспертных заключений, применяемых экспертами методик экспертной оценки и т.д.

Также полагаем перспективной установление презумпции обязательности исполнения акта, вынесенного уполномоченным, когда ни одна сторона не обжаловала его в предусмотренный срок, продолжительность которого не может быть меньше установленной процессуальным законодательством. Самостоятельному решению подлежит вопрос о правовой природе и источнике финансирования выплат, следуемых к получению по решениям уполномоченного. Механизм и порядок компенсации может быть реализован через создание специального компенсационного фонда, развития института страхования профессиональной ответственности медработников, либо – сочетание обоих

механизмов компенсации. Реализация предложенных инновационных решений, на наш взгляд, будет способствовать снижению конфликтности российского здравоохранения.