МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 1

№ 2 (2)

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

2015

УДК 340.1+614
ББК 67.3-51.1.51.1(0)
М42

М42 Медицинское право: теория и практика. М.: Национальный институт медицинского права, 2015. Том 1. № 2 (2). 298 с.

Редакционная коллегия:

Председатель

Сергеев Юрий Дмитриевич – член-корреспондент Российской академии наук, заслуженный юрист России, доктор медицинских наук, профессор, президент Национального института медицинского права, член совета директоров Всемирной ассоциации медицинского права (WAML), заведующий кафедрой медицинского права ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» МЗ РФ

Члены коллегии

Ерофеев Сергей Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины, правоведения и биоэтики ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» МЗ РФ, начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области

Павлова Юлия Владимировна – кандидат юридических наук, доцент кафедры медицинского права ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» МЗ РФ, генеральный директор Национального института медицинского права

Каменская Наталья Андреевна – кандидат юридических наук, доцент кафедры медицинского права ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» МЗ РФ, исполнительный директор Национального института медицинского права

Поспелова Светлана Игоревна – кандидат юридических наук, доцент кафедры медицинского права ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» МЗ РФ, член совета директоров Всемирной ассоциации медицинского права (WAML), директор по науке Национального института медицинского права

Рамишвили Автандил Демурович – кандидат медицинских наук, доцент

Сборник представляет интерес для руководителей медицинских организаций; практикующих врачей различных специальностей; руководителей и юрисконсультов юридических отделов медицинских организаций; судебно-медицинских экспертов; представителей органов управления здравоохранения; экспертов и специалистов страховых медицинских организаций; профессорско-преподавательского состава профильных кафедр научных и образовательных учреждений, а также для всех, кто интересуется проблемами медицинского права России. В данном номере издания представлены материалы IV Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)», состоявшейся в г. Москве 26-27 ноября 2015 года.

Национальный институт медицинского права,
109444, Москва, Сормовский проезд, 7а, корп. 2, www.med-law.ru, nimp@med-law.ru

© Национальный институт медицинского права, 2015

Сборник научных трудов «Медицинское право: теория и практика» представляет собой комплексное серийное издание научно-практических работ участников ежегодных всероссийских съездов, конгрессов, конференций по актуальным проблемам медицинского права, судебной медицины и биомедицинской этики, непосредственным организатором которых является «Национальный институт медицинского права» (НИМП) – организация, объединяющая ведущих специалистов в области медицинского права.

В современных экономических условиях и состоянии российского законодательства, регулирующего сферу здравоохранения, проблемы медицинского права, судебной медицины и биомедицинской этики являются одними из самых острых и актуальных. Консолидация медицинского и юридического сообщества с целью исследования данных проблем с последующей выработкой практических предложений способствует развитию и фундаментальному становлению в Российской Федерации правовой медицины – медицины, которая безоговорочно соответствует действующим законам, принятым стандартам оказания медицинской помощи, юридическим и деонтологическим требованиям.

В работах сборника исследуется широкий круг вопросов: правовые и этические проблемы обеспечения и защиты прав граждан при оказании медицинской помощи; обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности в сфере здравоохранения; развитие концепции юридической защиты медицинских работников и медицинских организаций; особенности правовой подготовки медицинских работников; проблемы клинической медицины: правовое регулирование трансплантации органов и тканей, применение вспомогательных репродуктивных технологий, безопасность пациента при проведении клинических исследований и т.д.

Особенное внимание уделено проблемам экспертной и судебной практики по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи. В сборник включены научно-практические работы участников ежегодной Всероссийской конференции «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)». Крупнейшими специалистами в данной области рассматриваются особенности назначения и проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз при неблагоприятных исходах оказания медицинской помощи; экспертные ошибки при оценке дефектов медицинской помощи; ошибки врачебных комиссий медицинской организации при анализе дефектов медицинской помощи.

Несомненным достоинством сборника является включение ряда работ студенческих научных кружков кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, МГУ им. М.И. Ломоносова и многих других профильных кафедр крупнейших ВУЗов России.

В сборник включены работы представителей медицинского и юридического сообщества (руководителей бюро судебно-медицинской экспертизы, фондов обязательного медицинского страхования; руководителей крупнейших многопрофильных медицинских организаций, практикующих врачей различных специальностей, руководителей юридических отделов медицинских организаций, представителей органов управления здравоохранения; профессорско-преподавательского состава профильных кафедр ведущих научных и образовательных учреждений) практически всех субъектов РФ, что способствует созданию единого правового поля при осуществлении медицинской деятельности, формирует единые правовые принципы и подходы при оказании медицинской помощи, позволяет сформировать устойчивые и эффективно работающие правовые механизмы, защищающие не только жизнь и здоровье пациентов, но и обеспечивающие правовую безопасность медицинских работников.

Результаты проводимых исследований положены в основу формирования соответствующих законодательных инициатив с последующим внесением изменений в нормативно-правовые акты как федерального значения, так и нормативные акты субъектов РФ.

Принципами отбора работ в сборник научных трудов является прежде, всего, актуальность выбранной темы, а также возможность практического применения результатов исследования в деятельность медицинских организаций любой организационно-правовой формы.

ПРОБЛЕМЫ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

(экспертно-правовые вопросы)

МАТЕРИАЛЫ

IV ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

Москва,
26-27 ноября 2015 года

Москва
2015

XX-летию кафедры медицинского права

Первого Московского государственного медицинского университета

им. И. М. Сеченова

п о с в я щ а е т с я

Содержание

Алиев Н. И., Балахонский В. В.

ФИЛОСОФСКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 11

Артеменко Н. А.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТА МЕДИЦИНСКИМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ, РЕАЛИЗУЕМЫМИ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ УЧАСТКОВЫМ 18

Бабаян А. Э., Бишарян М. С.

ОСНОВНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ И ГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ НА ОСНОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕННЫХ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКПЕРТИЗ 24

Балтуцкая О. И.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ АКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА 29

Бальзамова Л. А., Есина М. В.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРАВОВОЙ ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ 34

Баринов Е. Х., Ромодановский П. О., Косухина О. И.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУДОМ РЕЗУЛЬТАТОВ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 38

Баринов Е. Х., Ромодановский П. О.

АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОШИБОК ВРАЧЕЙ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ 44

Бобровская О. Н.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ИНЫХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ИМУЩЕСТВЕННЫХ ИНТЕРЕСОВ РОССИЙСКИХ ТУРИСТОВ, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА РУБЕЖ 49

Бобровская О. Н.

ОБЗОР ВОПРОСА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 59

Грачева Т. Ю.
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНЫ 71

Евдокимова А. Н., Кулиев Р. М.-О.
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА С РОДИТЕЛЯМИ (ЗАКОННЫМИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ) КАК СРЕДСТВО, СНИЖАЮЩЕЕ ПРАВОВЫЕ РИСКИ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ 76

Елина Н. К.
К ВОПРОСУ О ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ 81

Ермакова Н. А., Тимофеева М. Ю.
ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИНЦИПА ПРИОРИТЕТА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВЫЗОВ 86

Ерофеев С. В., Козырев В. А., Калинин Р. В.
КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ: ПРАВОВЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ, ПОТРЕБНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ И НЕОБХОДИМОСТЬ КОРРЕКТИРОВКИ 93

Калецкий Е. Г.
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛНЕНИЯ РОДИТЕЛЯМИ ОБЯЗАННОСТИ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ИХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 110

Калецкий Е. Г.
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПАЦИЕНТАМ, НУЖДАЮЩИМСЯ В ОБЕЗБОЛИВАНИИ 115

Каменская Н. А.
ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРИНЦИПЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 121

Каминская О. Н.
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 127

Каминская О. Н., Грачева Т. Ю.
ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА И РЕГИСТРАЦИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ 134

Кедров В. С., Копейкин П. А.
ЭТЮДЫ О ПРАВЕ. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРАВА, МОРАЛИ, ЭТИКИ И КУЛЬТУРЫ 140

Крупнов Н. М., Сашин А. В., Дубов Ю. В.
СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ 153

Кузнецов С. В.
ПРОБЛЕМА РАЗДЕЛЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ «ВРАЧЕБНЫХ» УГОЛОВНЫХ ДЕЛ, А ТАКЖЕ ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ 158

Купрюшин А. С., Левашов И. А., Галеева Р. Т.
ХАРЕКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ 166

Куранов В. Г.
ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, ПОСЛЕ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА 173

Лунин А. В.
ИНТЕРАКТИВНЫЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ КАК МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ПРАВОВЕДЕНИЕ» В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ НА ПРИМЕРЕ ПЕРМСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ АКАДЕМИКА Е. А. ВАГНЕРА 179

Максимов И. Л.
ДОСУДЕБНЫЕ СПОСОБЫ РЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ 184

Меньшикова Л. И., Игнатова О. А., Громова Л. А.
РАБОТА С ОБРАЩЕНИЯМИ ГРАЖДАН КАК ЭЛЕМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 191

Москвина Я. В.
ИЗМЕНЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ 195

Москвина Я. В., Грачева Т. Ю.
ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ 199

Налётова Д. М., Белянский К. Д., Борисов А. В.
ЭКСПЕРТНЫЕ ОШИБКИ В ОЦЕНКЕ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ 203

Павлова А. А.
НЕОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ: ПРОБЛЕМЫ ПРАВОПРИМЕНИТЕЬНОЙ ПРАКТИКИ 208

Павлова Ю. В.
ПРЕЦЕДЕНТНАЯ ПРАКТИКА ЕВРОПЕЙСКОГО СУДА ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА ПО ЗАЩИТЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ПРАВА НА ПРИМЕНЕНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ 215

Павлова Ю. В.
ПРОБЛЕМЫ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ПРИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ИСКУССТВЕННОЙ РЕПРОДУКЦИИ 224

Прилуков М. Д.
ОБЩЕСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ, КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 231
Самутичева Е. Ю.
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ У СТУДЕНТОВ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ОФОРМЛЕНИЮ ДОКУМЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ МЕДИКО-ПРАВОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ ИМ ЮРИДИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ 237
Сергеев Ю. Д., Козлов С. В.
ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ В ЭКСПЕРТИЗЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРОИСШЕСТВИЯ 242
Согияйнен А. А.
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ С УЧЁТОМ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ 247
Спиридонов В. А., Гайнетдинов И. Н.
ОТНОШЕНИЕ К ПРОВЕДЕНИЮ АУТОПСИИ ТРУПОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ РЕЛИГИОЗНЫХ АСПЕКТОВ В ИСЛАМЕ 253
Тимофеева М. Ю.
ПРАВОВЫЕ РИСКИ В ПРИМЕНЕНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ 259
Фарбер Е. В.
УПРАВЛЕНИЕ ПРЕТЕНЗИЯМИ ГРАЖДАН КАК ПРОЦЕСС ПОДДЕРЖАНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ 265
Фарбер Е. В.
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВОЗМЕЩЕНИЯ НЕВИНОВНОГО ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА И МОРАЛЬНОГО ВРЕДА 271
Хачатрян Н. К.
КАРТЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО 280
Шамликашвили Ц. А., Островский А. Н., Кабанова Е. В., Сильницкая А. С.
ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕДИАЦИИ ПРИ РАЗРЕШЕНИИ СПОРОВ, СВЯЗАННЫХ С НЕНАДЛЕЖАЩИМ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 286
Щербаков В. А., Абросимова М. Ю., Созинов А. С.
К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ НАНЕСЕНИЯ УЩЕРБА ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 291

УДК 616-082+340+101

Алиев Н. И., Балахонский В. В.

ФИЛОСОФСКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В данной статье рассматриваются философско-правовые аспекты проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи. Актуальность проблемы обусловлено тем, что в медицинской практике обозначились отдельные случаи низкого качества деятельности субъекта. В статье обосновывается мысль о том, что квалификация медицинской помощи как надлежащей, либо ненадлежащей возможна, лишь на основе тщательного изучения конкретного случая.

Ключевые слова: *медицинская помощь, высокотехнологическая медицинская помощь, высококвалифицированная медицинская помощь, нарушения прав пациента, некачественное оказание медицинской помощи, ненадлежащее оказание медицинской помощи, ответственность медицинских работников, стандартизация медицинской деятельности, дисциплинарная ответственность.*

Aliyev N.Y., Balahonsky V.V.

PHILOSOPHICAL AND LEGAL ASPECTS OF THE PROBLEM OF INADEQUATE MEDICAL CARE

This article discusses philosophical and legal aspects of the problem of inadequate medical care. The urgency of the problem due to the fact that in medical practice emerged from individual cases of poor quality activity of the subject. The article substantiates the idea that qualified medical care as proper or improper is possible only on the basis of thorough study of the specific case.

Keywords: *Medical care, high-tech medical assistance, qualified medical care, violations of the rights of patients, poor medical care, inadequate provision of medical care, accountability of health workers, standardization of medical activities, disciplinary responsibility.*

В современной философии медицины и практике оказания медицинской помощи актуализировалось проблема ответственности медицинских работников за ненадлежащее осуществление своей профессиональной деятельности, повлекшее за собой вред здоровью человека или его смерть. Возможность решения этой проблемы видится в объединении познавательных усилий медицины, юриспруденции и философии в определении нормативных

правил осуществления медицинской помощи, допускающих однозначность качественных оценок [1, 3]

Право граждан на охрану здоровья и получение квалифицированной бесплатной медицинской помощи гарантировано статьей 41 Конституции Российской Федерации, однако, следует констатировать, что в действующем законодательстве, регулирующем деятельность по охране здоровья людей, отсутствует четкое определение ненадлежащего оказания медицинской помощи, не прописаны конкретные меры ответственности за нарушение прав пациентов. Подобная юридическая лакуна препятствует повышению качества медицинской деятельности в нашей стране, существенно ограничивает реализацию закрепленной в Конституции нормы.

Следует согласиться с мнением Мурзовой Т. В., Сениной-Волжской И. В. [8], Блинова А. Г. [4], Глушкова В. А. [5], Сергеева Ю. Д., Канунниковой Л. В. [9] и ряда других ученых о необходимости дифференциации понятий «ненадлежащее оказание медицинской помощи» и «некачественное оказание медицинской помощи».

Первое понятие является более широким по своему содержанию, оно включает в себя и характеристику низкого качества деятельности субъекта медицинской помощи. Помимо качественной характеристики понятие «ненадлежащее оказания медицинской помощи» фиксирует и процессуальные отклонения от принятых норм и стандартов в действиях врача, что представляется принципиально важным в теоретическом осмыслении рассматриваемого вопроса.

Проблема нормы в медицинской деятельности теоретически обсуждалась еще в семидесятые годы двадцатого века в работах А. А. Королькова и В. П. Петленко [6, 7]. В современной медицине разрабатываются стандарты оказания врачебной помощи. Однако, ни давние теоретические усилия ученых, ни практика стандартизации медицинской деятельности не дают достаточных оснований считать эту проблему решенной.

Современная практика стандартизации медицинской деятельности, как, впрочем, и любого другого вида творческой деятельности, имеет как свои достоинства, так и серьезные недостатки.

К достоинствам можно отнести:

1. возможности широкого распространения и практического применения достижений современной медицины;

2. стимулирование подъема своего профессионального уровня недостаточно квалифицированным медицинским персоналом;

3. повышение уровня управляемости и регулируемости медицинской деятельности;

4. повышение возможностей юридического сопровождения и оценки процесса оказания медицинской помощи.

К недостаткам практики стандартизации медицинской деятельности следует отнести:

1. усреднение общего уровня оказания медицинской помощи, что обусловлено следующими основными причинами:

1.1 оказание высококвалифицированной и высокотехнологичной медицинской помощи требует соответствующих специалистов и должного медицинского оборудования, что есть далеко не во всех медицинских учреждениях страны, поэтому стандарты, чтобы не отрываться от действительности, должны быть сориентированы на имеющиеся реалии;

1.2 следование стандарту становится нормой, отступление от которой рассматривается как нарушение, что существенно ограничивает уровень творчества в деятельности врача, нивелирует действия опытного и начинающего медика;

2. ограничение возможностей учета индивидуальных физиологических и психологических особенностей больного в процессе оказания ему медицинской помощи;

3. создание препятствий для разработки новых методик оказания медицинской помощи, поскольку любая новация представляет собой отход от утвержденного стандарта;

4. связанная с осуществлением контроля над соблюдением стандартов бюрократизация медицинской деятельности ведет к существенному сокращению времени врача на осуществление самой медицинской помощи больному.

Сравнение достоинств и недостатков практики стандартизации медицинской деятельности позволяет не только выявить ее неоднозначность, но и понять лежащий в ее основе принцип:

само нормирование медицинской деятельности должно осуществляться в соответствии с определенной нормой, то есть организовываться на основе меры, превышение которой влечет за собой негативные последствия.

Для преодоления подобных негативных последствий медицинские стандарты должны включать в себя не только жестко регламентированную меру осуществления соответствующих действий, но и допускать возможный диапазон отклонений от этой меры [1].

Представляется теоретически важным провести дифференциацию понятий «норма» и «мера». Более широким по объему понятием выступает понятие «мера», которое обозначает любое единство количественных и качественных определенностей объекта, в противоположность этому, понятие «норма» характеризует лишь их определенное единство.

Так, например, здоровье и болезнь обладают своей мерой, но мера болезни не может рассматриваться как норма состояния человека, поскольку болезнь представляет собой процесс превращения нормального состояния в патологическое, связанный с изменениями оптимальной меры компенсаторно-приспособительной саморегуляции организма или экстремальностью внешних воздействий.

Понятие «норма» не тождественно понятию «идеал». Идеал – это то, к чему можно и нужно стремиться, но достичь в полном объеме его никогда не возможно, норма всегда является реально наличествующей и достижимой. Движение к идеалу всегда связано с будущим, норма связана с настоящим или прошедшим.

По действующему законодательству ненадлежащее оказание медицинской помощи влечет за собой привлечение медицинских работников к дисциплинарной, административной, гражданско-правовой либо уголовной ответственности.

Дисциплинарная ответственность связана с неисполнением или ненадлежащим исполнением медицинским работником своих трудовых обязанностей. Она регулируется нормами Трудового кодекса Российской Федерации и имеет опосредованное отношение к ненадлежащему оказанию медицинской помощи, через нарушение трудовой дисциплины.

Административная ответственность медицинских работников наступает в случае совершения ими административных правонарушений, под которым понимаются действие или бездействие, нарушающие нормы, предусмотренные Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях, коррелируемые с сущностью и спецификой оказания

медицинской помощи. Примерами подобных правонарушений могут выступать занятие медицинскими работниками незаконной фармацевтической деятельностью, народным целительством и т. д. [2].

Гражданско-правовая ответственность в сфере медицинской деятельности связана с неисполнением или ненадлежащим исполнением договора с пациентом и влечет для нарушителя экономически невыгодные последствия имущественного характера (возмещение материального и морального вреда, уплату неустойки и т.п.).

Следует отметить, что в Гражданском Кодексе Российской Федерации отсутствуют специальные правила об ответственности по договору возмездного оказания медицинских услуг, что порождает множественность интерпретации и споров в области практического правоприменения.

Уголовная ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей возникает при наступлении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ), либо при причинении тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенного вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ).

Очевидным пробелом в действующем законодательстве является исключение из сферы уголовной ответственности случаев причинения медицинскими работниками, вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи, вреда здоровью пациента, средней тяжести.

Юридическая оценка элементов противоправности и виновности в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи должна учитывать следующие обстоятельства:

1. ограниченность (недостаточность) на определенном этапе развития медицинской науки знаний и методики действий в области диагностики, лечения и профилактики конкретных болезней;
2. ярко выраженную специфику индивидуальных особенностей организма пациента;
3. наличие уникальности и атипичности проявления патологических процессов и состояний больного;
4. соответствие (либо несоответствие) между объемом обязанностей конкретного медицинского работника и реальной возможностью (квалификационной, технической, физической или временной), их осуществления;
5. неправильные действия самого пациента либо третьих лиц, принимавших участие в инициации процессов в оказании медицинской помощи (родственников, сослуживцев, прохожих и т.п.), что может проявляться в нарушении режима лечения, отказа от госпитализации, позднее обращение за медицинской помощью и т.д.

Перечисленные обстоятельства могут выступать в качестве решающих факторов детерминирующих негативные результаты оказания медицинской помощи, что должно в полной мере учитываться при оценке действий врача.

На основании изложенного можно сделать вывод о том, что квалификация медицинской помощи как надлежащей, либо ненадлежащей возможна, лишь на основе тщательного изучения конкретного случая.

Список литературы:

1. *Алиев Н. И. Гносеологические аспекты обоснования в научном познании. СПБ: Издательство СПБГУ, 2002. 202 с.*
2. *Алиев Н. И., Балахонский В. В., Нестеров М. З. Философские основания профессиональной врачебной этики: Учебное пособие. Махачкала: Радуга-1, 2004. 80 с.*
3. *Балахонский В. В. Соотношение понятий «право» и «преступление» в философско-правовом дискурсе || Юристъ-Правоведъ, 2011. №5. С. 5-7*
4. *Блинов А. Г. Уголовно правовая охрана прав пациента. Саратов: Изд-во Саратовской государственной академии права, 2004.*

5. *Глушков В. А. Об ответственности медицинских работников за преступно-небрежное нарушение профессиональных обязанностей || Клиническая Хирургия 1984. №12.*
6. *Корольков А. А. Диалектика и теория медицины || Л.: ЛГУ,1979.*
7. *Корольков А. А., Петленко В. П. Философские проблемы теории нормы в биологии и медицине. М.: Медицина, 1977.*
8. *Мурзова Т. В., Сенина-Волжская И. В. Вопросы ненадлежащего оказания медицинской помощи || Фундаментальные исследования: Научный журнал. 2012. №7 (часть 1). С. 224-229.*
9. *Сергеев Ю. Д., Канунникова Л. В. Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его распространения || Медицинское право. 2007. №4.*

Об авторах:

Алиев Назир Ихакович – доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой гуманитарных дисциплин Дагестанской государственной медицинской академии, г. Махачкала, ул. Мира, д. 1а, кв. 26, e-mail: dgmaguman@mail.ru

Балахонский Виталий Витальевич – доктор философских наук, профессор, профессор кафедры философии и социологии Санкт-Петербургского университета МВД России, 198206, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилютова, д. 1

Aliyev Yakovich Nazir – doctor of philosophical Sciences, Professor, head of Department of Humanities, Dagestan State Medical Academy, Mahachkala

Balahonsky of Vitaliy Vitalievich – doctor of philosophical Sciences, Professor, Professor of chair of philosophy and sociology of Saint-Petersburg University of MIA of Russia, Saint-Petersburg

© Алиев Н. И., Балахонский В. В., 2015

УДК 614.253+614.29

Артеменко Н.А.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТА МЕДИЦИНСКИМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ, РЕАЛИЗУЕМЫМИ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ УЧАСТКОВЫМ

Установлены рейтинг-шкалы факторов, обусловливающих неудовлетворенность пациента полученной медицинской помощью, определяющие качество и эффективность медицинских технологий, применяемых врачом общей практики и врачом-терапевтом участковым в амбулаторно-поликлинических условиях.

Ключевые слова: *неудовлетворенность пациента медицинскими технологиями, первичная медицинская помощь; медико-социальная активность; эффективность врачей первичного звена.*

Artiomenko N.A.

EXPERT ASSESSMENT OF A DISSATISFACTION OF THE PATIENT WITH THE MEDICAL TECHNOLOGIES REALIZED BY THE GENERAL PRACTITIONER AND THE THERAPIST LOCAL

Are established a rating scale of the factors causing a dissatisfaction of the patient with the received medical care, the defining quality and efficiency of the medical technologies applied by the general practitioner and the therapist local in outpatient and polyclinic conditions.

Keywords: *patient's dissatisfaction with medical technologies; primary medical care, medico-social activity; efficiency of doctors of primary link.*

Разработка методологических подходов к оценке эффективности деятельности врача общей практики и врача-терапевта участкового особенно актуальна в условиях ограниченности ресурсов с учетом достигнутых результатов на основе системы контроля качества, стандартизации медицинской помощи, выбора наиболее эффективного способа реализации той или иной медицинской технологии и др. [1].

В соответствии с определениями Всемирной Организации Здравоохранения, в перечень показателей для оценки эффективности деятельности врачей первичной медицинской помощи входит удовлетворенность пациентов применяемыми медицинскими технологиями [3, 4].

В целом медицинской наукой изучено влияние медико-социальных факторов на формирование общественного здоровья.

Однако в контексте сравнительного анализа деятельности врачей первичного звена недостаточно информации о влиянии факторов медико-социальной активности пациентов, обусловливающих неудовлетворенность достигнутым результатом при обращении к врачу общей практики и врачу-терапевту участковому [2].

Цель. Научно обосновать влияние факторов медико-социальной активности пациентов, обусловливающих неудовлетворенность достигнутым результатом при обращении к врачу общей практики и врачу-терапевту участковому. Установленные факторы подвергнуть рейтинг-шкалированию в целях определения влияния их на качество и эффективность медицинских технологий, применяемых врачами в амбулаторно-поликлинических условиях.

Объектом исследования: лица, получившие первичной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических организациях всех регионов Республики Беларусь. Объем выборки составил 900 пациентов в возрасте от 15 до 75 лет (средний возраст – 52,6±0,40). Распределение по полу однородно.

Применена методология системного анализа, в рамках которой разработана программно-целевая модель социально-медицинского анализа жизнедеятельности пациентов и эффективности деятельности врача общей практики и врача-терапевта участкового.

Для сравнительной характеристики пациентов врачей первичной медицинской помощи осуществлен анкетный опрос названных контингентов, создана база медико-социальных данных для математико-статистической обработки.

Статистическая обработка данных проведена с использованием программы Statistica for Windows 6.0 и Exell. На первом этапе проведена оценка влияния факторов на величину показателя – однофакторный дисперсионный анализ ANOVA. Затем определена достоверность различий признака посредством расчета критерия соответствия χ^2. Различия принимали значимым при величине ошибки 5% ($p<0,05$).

В рамках исследования оценена удовлетворенность и неудовлетворенность пациентов достигнутым результатом при обращении к врачу. Установлено, что из 450 пациентов врача общей практики: удовлетворены – 320 чел., неудовлетворены – 130 чел.; у врача-терапевта участкового – 263 и 187 чел. соответственно.

Выделены факторы, обеспечивающие неудовлетворенность достигнутым результатом у врача общей практики и врача-терапевта участкового: «социально-психологическая мотивация пациента»; «организационные факторы»; «медико-психологические факторы»; «этико-деонтологические взаимоотношения»; «причины неудовлетворенности применяемым медицинскими технологиями».

Исследовалась неудовлетворенность пациента достигнутым результатом у врача. Выявлен ряд особенностей действующих факторов, осуществлена их типологическая группировка.

Неудовлетворенность респондентов достигнутым результатом у врача обусловлена пятью группами факторов, действие которых статистически достоверно.

Первое рейтинговое место занимают социально-психологические факторы, основные среди которых: желание пациента обратиться к хирургу, травматологу поликлиники, а не к своему врачу, в случае возникновения легкой травмы ($F = 43,7$; $p < 0,001$); желание изменить кандидатуру своего лечащего врача ($F = 17,3$; $p < 0,001$).

Социально-психологическая мотивация, определяющая желание пациента ВОП и ВТУ обследоваться у хирурга, травматолога поликлиники в случае возникновения легкой травмы, на 35,4% выше у пациентов врача-терапевта участкового по сравнению с таковыми врача общей практики ($\chi^2 = 38,6$; $p < 0,001$). Изменить кандидатуру своего лечащего врача изъявили желание 8,5% пациентов врача общей практики и 26,7% пациентов врача-терапевта участкового ($\chi^2 = 16,5$; $p < 0,001$).

Среди организационных факторов, обусловливающих неудовлетворенность достигнутым результатом, установлены (по критерию Фишера): длительное ожидание (несколько дней) результатов обследования, назначенного врачом ($F = 19,6$; $p < 0,001$); большая загруженность лаборатории ($F = 18,9$; $p < 0,001$); недостатки в работе регистратуры ($F = 16,5$; $p < 0,001$); ожидание в очереди для обследования, назначенного врачом ($F = 6,8$; $p < 0,01$); ожидание более часа приема врача в очереди ($F = 6,1$; $p < 0,01$); отсутствие мобильной связи с врачом ($F = 5,5$; $p < 0,05$).

Согласно полученным результатам, 3,9% пациентов врача общей практики отметили длительное (в течение нескольких дней) ожидание результатов исследования. Этот показатель среди пациентов врача-терапевта участкового в 4 раза больше (соответственно 3,9 и 20,9%; $\chi^2 = 18,6$; $p < 0,001$). Практически столько же пациентов отметили недостатки в работе регистратуры (3,1 и 17,7%; $\chi^2 = 15,8$; $p < 0,001$). На загруженность лаборатории указали 10,0% пациентов врача общей практики и 30,0% пациентов врача-терапевта участкового ($\chi^2 = 17,9$). При сравнении результатов установлено, что более часа прием врача дожидались 20,8% пациентов врача общей практики, что на 16,1% меньше, чем таковых пациентов врача-терапевта участкового.

Оценка (по критерию Фишера) влияния факторов врачебной этики и медицинской деонтологии на формирование неудовлетворенности достигнутым результатом у врача общей практики и врача-терапевта участкового осуществлялась по следующим составляющим: невнимательное отношение врача к оценке состояния пациента при осмотре ($F = 6,6$; $p < 0,01$), назначении обследования ($F = 14,1$; $p < 0,001$), лечении ($F = 17,4$; $p < 0,001$); недостаточно вежливое отношение врача к пациенту при осмотре ($F = 4,4$; $p < 0,05$); невнимательное отношение персонала при обследовании ($F = 6,0$; $p < 0,05$); недостаточно вежливое отношение персонала при обследовании ($F = 7,8$; $p < 0,01$), лечении ($F = 6,7$; $p < 0,01$).

Более высокую оценку получили показатели, относящиеся к врачу общей практики. В частности, среди пациентов врача общей практики только 3,1% отметили невнимательное отношение врача к состоянию их здоровья во время лечения, что на 15,1% меньше, чем среди пациентов врача-терапевта участкового ($\chi^2 = 16,6$; $p < 0,001$). По второму критерию (неудовлетворенность врачебными назначениями) получены следующие данные: пациенты врача общей практики – 8,5%, врача-терапевта участкового – 24,6% ($\chi^2 = 13,5$; $p < 0,001$); третий критерий (отношение персонала при лечении) – соответственно 7,7 и 15,5% ($\chi^2 = 4,3$; $p < 0,05$).

Медико-психологическая факторы, обусловливающие формирование неудовлетворенности достигнутым результатом (причины невыполнения назначений и рекомендаций врача), включают: собственное мнение пациента явилось решающим в выборе того или иного метода диагностики и лечения ($F = 17,3$; $p < 0,001$); отсутствие желания пациента выполнять полученные от врача назначения и рекомендации всегда и полностью ($F = 14,6$; $p < 0,001$);

выполнение пациентами полученных от узкого специалиста назначений и рекомендаций под его же контролем ($F = 5,3$; $p < 0,05$).

Установлено, что мнение 25,7% пациентов врача-терапевта участкового явилось решающим при выборе того или иного метода диагностики и лечения, среди пациентов врача общей практики таковых 7,7% ($\chi^2 = 16,6$; $p < 0,001$). Среди пациентов врача общей практики 66,9% предпочитают получать назначения и рекомендации от узкого специалиста и выполнять их под его же контролем, среди пациентов врача-терапевта участкового – 79,1% ($\chi^2 = 6,0$; $p < 0,05$). Среди пациентов врача общей практики на 9,5% меньше тех, которые не выполняют полученные назначения и рекомендации (всегда и полностью), чем таковых у врача-терапевта участкового (соответственно 2,3 и 11,8%; $\chi^2 = 9,4$; $p < 0,01$).

Пятая группа факторов касалась причин неудовлетворенности достигнутым результатом у врача. Выделены причины неудовлетворенности пациента осмотром врача: сообщение не всех результатов ($F = 13,0$; $p < 0,001$), недостаточная информированность о заболевании ($F=9,2$, $p<0,01$), торопливость ($F = 4,3$; $p < 0,05$).

Причины неудовлетворенности обследованием врача: недостаточное предоставление информации врачом о необходимых обследованиях ($F = 5,8$; $p < 0,05$), торопливость при проведении исследования ($F = 6,5$; $p < 0,01$).

Причины неудовлетворенности лечением: затруднение в приобретении лекарственных средств ($F = 14,7$; $p < 0,001$), отсутствие эффекта от лечения ($F = 13,9$; $p < 0,001$), недостаточная информированность о лечении ($F = 10,6$; $p < 0,001$), недостаточная информированность о заболевании ($F = 9,2$; $p < 0,01$).

Так, 5,4% пациентов врача общей практики отметили, что сообщались не все результаты осмотра, что на 13,9% меньше, чем среди пациентов врача-терапевта участкового (соответственно 5,4 и 19,3%; $\chi^2 = 12,6$; $p < 0,001$). На невнимательное проведение осмотра указали 6,9% пациентов врача общей практики и 16,6% пациентов врача-терапевта участкового ($\chi^2 = 6,5$; $p < 0,01$); торопливость при осмотре отметили 3,1% пациентов врача общей практики и 10,7% пациентов врача-терапевта участкового ($\chi^2 = 6,4$; $p < 0,01$), тогда как на большую загруженность врача общей практики указали 11,5%, что на 8,8% меньше, чем среди пациентов врача-терапевта участкового (11,5 и 20,3%; $\chi^2 = 4,1$; $p < 0,05$).

Таким образом, установлены рейтинг-шкалы факторов, обусловливающих неудовлетворенность пациента полученной медицинской помощью.

На первом месте – социально-психологическая мотивация пациента, на втором – организационные факторы. Третье и четвертое соответственно: этико-деонтологические и медико-психологические факторы. Пятое – факторы, обусловливающие причины неудовлетворенности применяемыми медицинскими технологиями у врачей.

Список литературы:

1. *Артеменко, Н. А. Социально-гигиенические характеристики пациентов в условиях совершенствования первичной медико-санитарной помощи в конкретной среде обитания | Н. А. Артеменко // Здоровье и окружающая среда. – 2009. – № 13. – С. 15-18.*
2. *Артеменко, Н. А. Социально-медицинская активность пациентов как критерий эффективности деятельности врачей первичной медико-санитарной помощи | Н. А. Артеменко // Здоровье и образование в XXI веке: инновационные технологии в биологии и медицине: науч. тр. X междунар. конгр. – М., 2009. – С. 986-988.*
3. *Глушанко, В. С. Экономическая оценка эффективности деятельности врачей общей практики и врачей-терапевтов участковых | В. С. Глушанко, Н. А. Артеменко // Экономика здравоохранения. 2010. № 12. С. 21-24.*
4. *Пилипцевич, Н. Н. Врач общей практики – основа национального здравоохранения | Н. Н. Пилипцевич, И. С. Абельская, т.п. Павлович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2006. № 3. С. 3-8.*

Об авторе:

Артеменко Нина Анатольевна – доцент кафедры уголовного права и уголовного процесса юридического факультета учреждения образования «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова», кандидат медицинских наук, Республика Беларусь, 210000, Витебск, пр-т Московский, д. 39, к.1, кв.32, e-mail: ninellart@rambler.ru

Artiomenko Nina Anatolyevna – the associate professor of criminal law and criminal trial of law department of establishment of education «Vitebsk state university of P. M. Masherov», the candidate of medical sciences, Republic of Belarus, Vitebsk

© Артеменко Н.А., 2015

УДК [616-082+340.692](479.25)

Бабаян А. Э., Бишарян М. С.

ОСНОВНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ И ГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ НА ОСНОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕННЫХ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКПЕРТИЗ

Статья посвящена анализу результатов комиссионных судебно-медицинских экспертиз, проведенных за период с 1995 по 2004 гг. на основании постановлений следственных органов и суда в Республике Армения, связанных с дефектами оказания медицинской помощи на различных этапах с учетом конкретных условий, медицинских специальностей, а также исходов заболеваний, с целью установления взаимной связи между ними, что может дать возможность избегать некоторых недостатков и дефектов в процессе лечения пациентов.

Ключевые слова: *дефекты оказания догоспитальной и госпитальной медицинской помощи; комиссионная судебно- медицинская экспертиза.*

Arsen E. Babayan, Mher S. Bisharyan

MAIN CHARACTERISTICS OF DEFECTS IN PREHOSPITAL AND HOSPITAL MEDICAL AID IN THE REPUBLIC OF ARMENIA ON THE BASED ON THE COMMISSION FORENSIC-MEDICAL EXPERTISE RESULTS

The article is devoted to analyzes of the results of commission forensic-medical expertises, which were performed on basis of decisions of the investigating authorities and the court in the Republic of Armenia connected with defects during different stages of medical aid from 1995 to 2004 considering specific conditions, medical specialties, as well as the outcome of diseases, in order to establish mutual connection between them, which may allow to avoid some of the disadvantages and defects during the treatment of patients.

Keywords: *defect during prehospital and hospital medical aid; commission forensic-medical expertise.*

Вопрос о профессиональных ошибках врачей и дефектах оказания медицинской помощи всегда остается весьма актуальным (особенно за последние годы) в связи существенными изменениями нормативной, организационной, экономической и технологической базы здравоохранения, что резко повышает значимость проблемы.

Врачебная ошибка определяется как предотвратимое, объективно неправильное действие или бездействие врача, которое способствовало или могло способствовать нарушению выполнения медицинских технологий, увеличению или не снижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возможности возникновения нового патологического процесса, а также к неоптимальному использованию ресурсов здравоохранения и, в конечном счете, приводящее к неудовлетворенности потребителей медицинской помощи.

Различаются диагностические, лечебные и организационные ошибки, которые могут быть допущены на различных этапах оказания скорой медицинской помщи: в поликлинике, на дому, в машине скорой помощи, в отделении неотложной медицины, приемном отделении стационара, в процесе обследования, диагностики, установления показаний к тому или иному методу лечения на всех этапах стационарного лечения, как в дооперационном, так и послеоперационном периодах.

В процессе оказания медицинской помощи больному врач берет на себя как моральную, так и юридическую ответственность за качество и последствия своих действий, неблагоприятный исход которых становится наиболее вероятной причиной обращения пациента или его родственников с жалобами в правоохранительные органы, в суд (в основном – для восстановления и возмещения морального или материального ущерба, либо строго требуя уголовного наказания неправомерных действий медицинских работников, при оказания медицинских услуг на разных этапах догоспитальной и госпитальной помощи).

Вопросы такого характера, которые возникают перед следствием или судом на основании жалоб пациентов или их родственников, обычно разрешаются путем назначения комиссионных судебно-медицинских экспертиз.

Анализ проведенных комиссионных судебно-медицинских экспертиз по поводу профессиональных ошибок медицинских работников и неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи свидетельствуют, что по результатам судебно-медицинских экспертиз удается выяснить причины их возникновения и разработать комплекс мер по их предупреждению, что, в конеч-

ном итоге, способствует улучшению лечебно-диагностического процесса.

Нами были рассмотрены результаты комиссионных судебно-медицинских экспертиз, проведенных в Республиканском Научно-Практическом Центре Судебной Медицины МЗ Республики Армения по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников и неблагоприятных последствий после оказания медицинской помощи за период с 1995 по 2004 гг., анализ которых показал, что наблюдается тенденция роста количества экспертиз примерно вдвое (соответственно – от 14 экспертиз за 1995 г. до 33 экспертиз за 2004 г.), что наблюдается и по сей день, достигая за последние 10 лет уже трехзначных чисел – (всего было проведено 293 комиссионных экспертиз). В 1995 году во всех назначенных экспертизах имели место случаи только с летальным исходом, а через 10 лет – количество летальных исходов составило уже 28 из общего количества, т. е. всего около 85 процентов. Заслуживает внимания тот факт, что из вышеперечисленных случаев и в 1995 году, и в 2004 году соотношение количеств экспертиз по г. Еревану и районам РА составляет по 75 процентов (8 и 6 из 14, 16 и 12 из 28 соответственно).

Догоспитальное лечение в 1995 году больные получили в 5 случаях (все – со смертельным исходом, из них 2 – по г. Еревану), а в 2004 году – уже 10 (летальные исходи наблюдались в 7 случаях, из которых только 1 – в г. Ереване). В 1995 году все больные продолжали лечение в стационаре, а в 2004 году смерть одного больного наступила в амбулатории, остальные же были госпитализированы. Общее количество больных, которым была оказана догоспитальная помощь, за 10 лет составляет всего 83, 70 – с летальным исходом, тогда как за те же годы число госпитализированных больных достигает 286, из них 241 – со смертельным исходом.

Анализируя результаты комиссионных судебно-медицинских экспертиз, нами была констатирована и разделена на три группы структура дефектов медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах у различных специалистов за два периода: с 1995 по 1999 гг. и с 2000 по 2004 гг. На догоспитальном этапе в основном дефекты наблюдались в действиях врачей общей практики:

диагностические ошибки в первом периоде составили 9 случаев, во втором – 12, поздняя госпитализация – в 6 и 11 соответственно, ошибки в лечении – в 2 и 3 соответственно. Относительно редко встречались дефекты догоспитальной помощи у хирургов и акушер – гинекологов, а единичный случай поздней госпитализации наблюдался у ЛОР специалиста за период с 2000 по 2004 гг.

Совсем другая картина наблюдалась при изучении дефектов оказания госпитальной медицинской помощи. Дефекты лечения были отнесены к следующим группам: запоздалое лечение, недостаточный объем, неправильно выбранный метод и осложнение лечения. У врачей общей практики вышеуказанные случаи за два периода встречались соответственно 1 и 5,6 и 2,6 и 7,1 и 5 раз; у хирургов – 6 и 6,9 и 11,6 и 13,8 и 17; акушер – гинекологов 1 и 0,2 и 1,2 и 3,5 и 10; и единичный случай дефекта лечения в виде неправильно выбранного метода – у окулиста за период с 2000 по 2004 гг.

Резюмируя вышеизложенное, можно прийти к заключению, что подробное и доскональное изучение результатов комиссионных судебно-медицинских экспертиз, связанных с дефектами оказания медицинской помощи на различных этапах с учетом конкретных условий, медицинских специальностей, а также исходов заболеваний позволяет установить взаимную связь, а также выявить некоторые закономерности. Анализируя конкретные данные, а также учитывая уже имеющие место ошибки, иногда можно избегать недостатков и дефектов в процессе лечения пациентов.

Список литературы:

1. *Пашинян Г. А., Попова Т. Г., Ившин И. В, Бабаян А. Э. | Комплексная судебно-медицинская экспертиза по врачебным гражданским делам| Материалы конференции с международным участием || Судебно-медицинская экспертиза дефектов оказания медицинской помощи в стоматологии. М., 2008. С. 74-77.*
2. *Пашинян Г. А. Морально-этические и деонтологические аспекты возникновения профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи || Пед. чтения на Долгоруковской: Материалы учебно-методической конференции. МГМСУ. М., 2005. С. 113-122.*
3. *Баринов Е. Х., Ромодановский П. О., Черкалина Е. Н., Фролов Д. В. | Врач –*

пациент: медико- юридические аспекты // Научные труды VIII международного конгресса // Здоровье и образование в XXI веке // . – М., 2007. С. 129.

Об авторах:

Бабаян Арсен Эдуардович – доцент кафедры судебной медицины Ереванского Государственного Медицинского Университета им. М. Гераци, зав. отделом по науке Научно-практического центра судебной медицины МЗ РА, кандидат медицинских наук, Республика Армения, 0025, Ереван, ул. Мх. Гераци, 5|1, e-mail: ars224@yandex.ru

Бишарян Мгер Спандарович – директор научно-практического центра судебной медицины МЗ РА, доктор медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины Ереванского Государственного Медицинского Университета им. М. Гераци, Республика Армения, 0025, Ереван, ул. Мх. Гераци, 5|1, e-mail: doc.bisharyan@mail.ru

Arsen E. Babayan – Head of Scientific Department Scientific Practical Center of Forensic Medicine, Ministry of Health, Republic of Armenia, Department of Forensic Medicine, Yerevan State Medical University after M. Heratsi, PhD, Assistant Professor, Republic of Armenia, Yerevan

Mher S. Bisharyan – Doctor of Science Director of Scientific Practical Center of Forensic Medicine, Ministry of Health, Republic of Armenia, Assisitant Professor, Yerevan State Medical University after M. Heratsi, Republic of Armenia, Yerevan

© Бабаян А. Э., Бишарян М. С., 2015

УДК [61:34]:378.147+378.661

Балтуцкая О. И.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ АКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

Пропаганда правовых знаний и правовое обучение медицинских работников встают в единый ряд с такими задачами, как финансирование медицинских учреждений, кадровая политика, структурное реформирование и организация медицинской помощи на различных уровнях. Составление студентами ситуационных задач в рамках изучения дисциплин «медицинского права» стимулирует учебную деятельность, что в свою очередь приводит к более высокой усвояемости учебного материала и «выживаемости» знаний.

Ключевые слова: *медицинское право, медицинские работники, обучение в медицинском ВУЗе, правовые знания, ситуационные задачи.*

Olga Baltutskaya

NEW FEATURES IMMUNOHISTOCHEMISTRY RESEARCH PURPOSES AND TASKS OF FORENSIC MEDICAL DIAGNOSIS OF CERTAIN POISONING IN ACTUAL PRACTICE

The importance of legal knowledge promotion and training of healthcare professionals are among such tasks as medical organizations' funding, staff policy, Public Health organization and restructuring at different levels. Drawing up of situational problems by the students during the course of 'Medical Law' encourages learning activities and causes an increase the digestibility of the material and the knowledge «survival».

Keywords: *medical law, healthcare professionals, labor law, High Medical School Education, legal knowledge, situational problems.*

Пропаганда правовых знаний и правовое обучение медицинских работников встают в единый ряд с такими задачами, как финансирование медицинских учреждений, кадровая политика, структурное реформирование и организация медицинской помощи на различных уровнях.

Восполнение пробела в профессиональной подготовке медицинского персонала в области правовых знаний является наиважнейшей задачей в настоящий момент. Это приобретает особое значение в связи с тем, что в статье 54 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» прямо

указано на то, что сертификат специалиста может выдаваться только врачу, обладающему надлежащими знаниями «по теории и практике избранной специальности, а также вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан».

Необходимо также отметить, что потребность получения правовых знаний медицинскими работниками нашла отражение и в новых Федеральных государственных образовательных стандартах (ФГОС) по всем медицинским специальностям.

Изучение дисциплин в рамках «медицинского права» дает выпускникам знание основных правил и принципов профессиональной врачебной этики, морально-этических основ современного медицинского законодательства, прав пациентов; обязанностей, прав и места врача в обществе, моральных норм внутри профессиональных отношений, формы взаимоотношения «врач – пациент», основных этических документов международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций, основных принципов и положений отраслей всех права, современного законодательства, регулирующего деятельность в сфере охраны здоровья граждан.

В процессе своей деятельности профессорско-преподавательский состав кафедры медицинского права столкнулся с такой проблемой: многие студенты младших курсов по целому ряду причин не могут подходить к учебному процессу творчески.

Как правило, основными причинами являлись несформированность личности, недостаток жизненного опыта, а также недостаточное представление о будущей практической деятельности и отсутствие специальных клинических знаний, дающих возможность определить грамотную, с юридической точки зрения тактику ведения пациентов в той или иной ситуации.

Зачастую складывалась такая ситуация, что несколько наиболее активные студенты изучали дополнительную литературу, работали с нормативно-правовыми документами и источниками, а основная масса продолжала учиться по старому способу. Сосредоточение внимание на основной массе студентов приводило к тому, что наиболее активные и перспективные для дальнейшей научно-исследовательской работы студенты постепенно прекращали свои изыскания.

Сложившаяся ситуация заставила сотрудников кафедры провести анализ сложившейся ситуации, согласно результатам которого выявлены наиболее востребованные методы активного обучения – составление ситуационных задач и решение тестовых заданий. Учитывая наличие специальных профессиональных знаний у студентов старших курсов медицинского ВУЗа при подготовке медицинских работников наиболее эффективно использовать систему взаимосвязанных ситуационных задач.

В следующей таблице приведены примеры взаимосвязанных ситуационных задач для курса «Юридические основы деятельности врача» (см. табл. 1).

Таблица 1.

Примеры ситуационных задач

Тема семинара	***Ситуационная задача***	***Познавательный вопрос***
Оказание медицинской помощи без согласия граждан	В приемное отделение городской больницы доставлен молодой человек в состоянии крайней тяжести, без сознания. Диагноз при поступлении: Разрыв селезенки. Внутрибрюшное кровотечение.	Каковы действия дежурной бригады?
Оказание медицинской помощи без согласия граждан	В приемное отделение городской больницы доставлен молодой человек в возрасте 18 лет в сопровождении родителей в состоянии крайней тяжести, без сознания. Диагноз при поступлении: Разрыв селезенки. Внутрибрюшное кровотечение.	Каковы действия дежурной бригады?
Оказание медицинской помощи без согласия граждан	В приемное отделение городской больницы доставлен молодой человек в возрасте 13 лет в сопровождении бабушки в состоянии крайней тяжести, без сознания. Диагноз при поступлении: Разрыв селезенки. Внутрибрюшное кровотечение.	Каковы действия дежурной бригады?
Информированное согласие	В приемное отделение городской больницы доставлен молодой человек в состоянии крайней тяжести, в спутанном сознании. Диагноз при поступлении: Острая кровопотеря. От переливания крови отказался в устной форме.	Каковы действия дежурной бригады?

Тема семинара	*Ситуационная задача*	*Познавательный вопрос*
Информированное согласие	В приемное отделение городской больницы доставлен молодой человек в возрасте 13 лет в сопровождении бабушки в состоянии крайней тяжести, без сознания. Диагноз при поступлении: Острая кровопотеря. От переливания крови бабушка отказалась в устной форме, объясняя это опасением инфицировать ребенка какими-либо вирусными заболеваниями, возбудители которых могут находиться в переливаемой крови.	Каковы действия дежурной бригады?
Информированное согласие	В приемное отделение городской больницы доставлен молодой человек в возрасте 13 лет в сопровождении родителей в состоянии крайней тяжести, без сознания. Диагноз при поступлении: Острая кровопотеря. От переливания крови родители отказались, объясняя это опасением инфицировать ребенка какими-либо вирусными заболеваниями, возбудители которых могут находиться в переливаемой крови. Родители подписали информированный отказ от проведения гемотрансфузии.	Каковы действия дежурной бригады?

Составление студентами ситуационных задач в рамках изучения дисциплин «медицинского права» стимулирует учебную деятельность, что в свою очередь приводит к более высокой усвояемости учебного материала и «выживаемости» знаний.

Список литературы

1. *Сергеев Ю. Д., Павлова Ю. В., Поспелова С. И. и др. Учебно-методическая и научно-практическая деятельность кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И. М. Сеченова || Медицинское право. М.: Юрист, 2013. № 4 (50). С. 3-14.*
2. *Учебник «Правоведение. Медицинское право» под ред. проф. Сергеева Ю. Д. М.: МИА, М. 2014 – 552с*
3. *Галь И. Г., Горленко Е. Е., Журилов Н. В., Каменская Н. А. Задачи и опыт кафедры медицинского права ММА им. И. М. Сеченова в медико-правовой подготовке специалистов сферы здравоохранения || Медицинское право. М.: Юрист, 2003, № 1. С. 49-52.*

Об авторе:

Балтуцкая Ольга Ивановна – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры медицинского права ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, дом 2, стр. 2, e-mail: baltutskaya@yandex.ru

Olga I. Baltutskaya – MD, PhD, senior lecturer of the Medical Law Department Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Балтуцкая О. И., 2015

УДК 614.258:340

Бальзамова Л. А., Есина М. В.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРАВОВОЙ ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Статья посвящена освещению и анализу деятельности профессиональных медицинских организаций и их функций в обеспечении правовой защиты медицинских работников и медицинских организаций.

Ключевые слова: *профессиональная медицинская организация, внесудебные системы разрешения конфликтов, организаторы здравоохранения, медиация).*

Balzamova L. A., Esina M. V.

THE PROFESSIONAL MEDICAL ORGANIZATIONS IN PROVIDING LEGAL PROTECTION FOR MEDICAL PROFESSIONALS AND MEDICAL ORGANIZATIONS

This article is devoted to covering and analyzing the activities of professional medical organizations and their functions in ensuring the legal protection of medical workers and health care organizations.

Keywords: *professional medical organization, extrajudicial system of conflict resolution, organizers of health care, mediation.*

В современном здравоохранении, основанном на развитии пациентоцентрической модели, изменении законодательства в сторону интересов пациента, значительно усилен контроль за результатами оказания медицинской помощи, реализации прав граждан.

Возросла осведомленность пациентов о своих правах, повысилась их требовательность к соблюдению врачами положений медицинской и общечеловеческой этики.

Значительно возросла юридическая ответственность медицинских организаций и медицинских работников при отсутствии законодательного регулирования профессионального риска.

Все это заставило профессиональное медицинское сообщество на первый план выдвинуть вопросы обеспечения правовой и юридической защиты медицинских работников, которые требуют решения следующих задач:

1. Создания системы юридического консультирования и юридического сопровождения в случаях судебного рассмотрения «врачебных дел»;
2. Повышения правовой грамотности профессионального медицинского сообщества, регулирования этических аспектов отношений медицинских работников с пациентами;
3. Внедрения и развития досудебных способов решение конфликтов, возникающих при оказании медицинской помощи;
4. Формирования механизмов страхования профессиональной ответственности врачей.

Решение этих задач профессиональная медицинская организация «Самарская областная ассоциация врачей» (СОАВ) обеспечивает в условиях взаимодействия с Самарским государственным медицинским университетом. В целях повышения уровня правовой грамотности медицинских работников преподаватели кафедры медицинского права СамГМУ и кафедры общественного здоровья и здравоохранения института профессионального образования проводят семинары и лекции в медицинских организациях по вопросам реализации прав граждан в условиях нового законодательстве, способов их защиты, юридической ответственности медицинских работников.

Преподавательский состав этих кафедр, имеющий и медицинское и юридическое образование, осуществляет эффективное юридическое консультирование врачей-членов СОАВ на безвозмездной основе.

Специалисты по медицинскому праву публикуют разъяснения по сложным правовым вопросам, возникающим при осуществлении профессиональной деятельности в журналах «Вестник СОАВ» и «Личный врач», издаваемых под эгидой Самарской областной ассоциации врачей.

В целях рассмотрения медиативного подхода, развития коммуникативных навыков в профессиональной среде, кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ИПО СамГМУ разработаны программы дополнительного профессионального для врачей разных специальностей, председателей этических комиссий по теме «Формирование навыков работы с трудными пациентами», «Организационно-правовые и психологические аспекты стандартизации процесса общения при осуществлении профес-

сиональной деятельности».

Значительную роль в обеспечении правовой защиты имеет деятельность профессиональной ассоциации по развитию внесудебной системы разрешения конфликтов между пациентами и врачами.

В структуре ассоциации создан и начал работу «центр правовой защиты» с функциями:

- ✓ юридического консультирования;
- ✓ процедуры медиации;
- ✓ третейского разбирательства.

К работе в Центре привлечены специалисты, имеющие медицинское и юридическое образование, проведшие обучение на базе ЧУДПО «Институт последипломного медицинского образования» (г. Смоленск), организованного национальной медицинской палатой.

Для членов Самарской областной ассоциации врачей услуги Центра оказываются безвозмездно.

Эффективное развитие досудебных способов разрешения конфликтов, значительно минимизирующих необоснованные финансовые потери медицинских организаций, будет возможно при условии широкого информирования пациентского и профессионального медицинского сообщества, преодоления негативного отношения руководителей медицинских организаций и использованию примирительных процедур. С этой целью в программу усовершенствования организаторов здравоохранения включена лекция и практическое занятие по теме «Досудебные способы урегулирования конфликтов в сфере здравоохранения», подготовлено учебное пособие.

Таким образом, в решении задачи по обеспечению правовой защиты медицинских работников и медицинских организаций значительную роль сыграло сотрудничество образовательных и общественных профессиональных организаций.

Список литературы:

1. *Федеральный закон от 24.07.2002 № 102-ФЗ «О третейских судах в РФ».*

2. *Федеральный закон от 27.07.2010 № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)».*
3. *Канунникова Л. В. «Правовое положение третейского суда». Правовые вопросы в здравоохранении, 2011. № 4.*

Об авторах:

Бальзамова Лидия Алексеевна – доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, кандидат медицинских наук, 443013, Самара, ул. Тухачевского, д. 226, e-mail: balzamova.lidiya@mail.ru

Есина Маргарита Валерьевна – аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института профессионального образования Самарского государственного медицинского университета, Самара, e-mail: Margval@mail.ru

Институт профессионального образования ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Balzamova Lydia Alekseevna – associate Professor of public health and health care, candidate of medical science

Esina Margarita Valerievna – postgraduate of the Department of public health and health care

Institute of professional education of Samara state medical University

© Бальзамова Л. А., Есина М. В., 2015

УДК 340.6:616-035.7

Баринов Е. Х., Ромодановский П. О.

АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОШИБОК ВРАЧЕЙ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

В статье приводятся сведения о возможности использования алгоритма оценки профессиональных ошибок врачей в экспертной практике.

Ключевые слова: *алгоритм, профессиональная ошибка, судебно-медицинская экспертиза.*

Barinov E. H., Romodanovsky P. O.

ALGORITHM OF THE ASSESSMENT OF PROFESSIONAL MISTAKES OF DOCTORS IN MEDICOLEGAL PRACTICE

This article contains information about the use of algorithm for evaluation of professional medical errors in expert practice.

Keywords: *algorithm, professional error, forensics.*

Проблема профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи по-прежнему является весьма актуальной. Анализ литературных источников убедительно подтверждает тот факт, что до настоящего времени не существует однозначных определений врачебных (профессиональных) ошибок медицинских работников, как с точки зрения медицинских, так и юридических позиций. Отсутствуют разработанные достоверные, научно – обоснованные критерии для экспертной оценки профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи [1, 2].

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что имеется явная необходимость тщательного анализа причин и видов профессиональных ошибок врачей различных клинических специальностей по результатам исследований медицинской документации и экспертных заключений [1, 2].

Принимая во внимание данные социологического исследования и результаты анализа заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз целесообразно в качестве критериев оценки профессиональных ошибок выделить следующее:

1. Выявление характера ошибки (диагностическая, лечебно-тактическая, реабилитационная);
2. Установление наличия или отсутствия причинной связи между допущенной ошибкой и возникшим расстройством здоровья пациента;
3. В случае допущения профессиональной ошибки, выяснение причины ее возникновения;
4. Определение наличия причинно-следственной связи между действиями (или бездействием) врача и возникновением дефектов оказания медицинской помощи [1, 2].

В том же случае, если в действиях врача на всех этапах лечебно-диагностического процесса (в том числе и при оформлении медицинской документации) не выявлено нарушений, возникшее расстройство здоровья пациента во время выполнения лечебно-диагностических манипуляций может быть объяснено как несчастный случай в медицинской практике, обусловленный особенностями организма пациента.

В случае наличия профессиональной ошибки, не имеющей причинной связи с расстройством здоровья пациента, врач может привлекаться к административной ответственности, если между действиями врача и ухудшением состояния здоровья пациента установлена прямая причинно-следственная связь, то врач может привлекаться к гражданской ответственности.

Принимая во внимание данные литературы и материалы проведенного исследования, был разработан алгоритм оценки профессиональных ошибок врачей (см. таблицу 1).

Учитывая тот факт, что профессиональная ошибка может быть допущена на любом этапе диагностики и лечения, целесообразно определить перечень наиболее распространенных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи, которые можно оценить при помощи приведенных критериев:

1. Критерии оценки ошибок в ведении медицинской документации.

При оценке качества ведения медицинской документации исследуют документы, используемые в данном лечебном учреждении, и в результате анализа отмечают соответствие данных документов современным требованиям и приказам МЗ РФ и ФЗ РФ, наличие записей о состоянии больного во время приема, перенесенных и сопутствующих заболеваниях, развитии настоящего заболевания и предыдущем лечении; записи о внешнем осмотре.

Таблица 1.

Алгоритм оценки профессиональных ошибок врачей

Уровень ошибки	*Критерий оценки*	*Ответственность врача*
1. Ошибка при ведении медицинской документации 2. Диагностические 3. Лечебно – тактические 4. Реабилитационные	А – ошибка в действиях врача на всех этапах лечебно – диагностического процесса не выявлено В – допущена ошибка (и), не имеющая (ие) причинную связь с расстройством здоровья пациента С – допущена ошибка (и), имеющая (ие) причинную связь с расстройством здоровья пациента	А – не наступает; В – административная С – гражданская

Выделяют следующие стадии оценки:

категория А – хорошее качество ведения медицинской документации, соответствует вышеперечисленным требованиям;

категория В – удовлетворительное

категория С – неудовлетворительное, полное несоответствие вышеперечислен¬ным требованиям.

2. Критерии оценки диагностических ошибок.

2.1. Дается объективная, научно-обоснованная оценка полноты использования функциональных, диагностиче¬ских и лабораторных методов исследования, соблюдения стандартов обследования и лечения. Предлагаются следующие стадии оценки:

А – соответствие вышеперечисленным требованиям;

В – несоответствие либо отсутствие необходимого оборудования, или по другим причинам;

С – отсутствие или не проведение дополнительных функциональных методов исследования.

2.2. Проводится оценка соответствия диагноза описанию клинической картины. Выделяются следующие стадии оценки:

А – соответствует;

В – не указаны сопутствующие заболевания;

С – не соответствует.

3. Критерии оценки лечебно-тактических ошибок.

3.1. Дается научно-обоснованная, достоверная оценка плана обследования и лечения согласно установленному диагнозу.

Выделяют следующие стадии оценки:

А – соответствует;

В – соответствует не в полном объеме;

С – не соответствует.

3.2. Дается достоверная оценка наличия информированного согласия пациента на проводимое лечение и возможных осложнениях.

Выделяются следующие стадии оценки:

А – имеется;

С – не имеется.

3.3. Научно-обоснованную оценку лечения проводят по соответствию стандартам диагностики и лечения.

Выделяются следующие стадии оценки:

А – соответствует;

В – соответствует не в полном объеме;

С – не соответствует.

На основании вышеперечисленно становится ясно, насколько важно для врача правильное оформление медицинской документации, а также правильное выполнение всех врачебных манипуляций на всех этапах лечебно-диагностического процесса.

Примером может служить следующий случай:

Гражданка С. поступила в роддом с диагнозом: «Беременность 40-41 нед. головное предлежание. Пролапс митрального клапана. Хронический пиелонефрит. Мочекаменная болезнь. Миопия средняя. Многоводие?», полностью соответствующем диагнозу, поставленному в женской консультации, т. е. фактическим обстоятельствам протекавшей беременности. Учитывая тенденцию к перенашиванию, крупный плод, многоводие, был выбран консервативный план ведения родов, программированные роды – вскрытие плодного пузыря, назначение окситотических средств. Во время медикаментозного сна-отдыха в процессе родов произошла внезапная остановка сердцебиения плода. Врачами было принято решение о срочном родоразрешении путем операции кесарево сечение. У С. была выявлена преждевременная отслойка нормально расположенной

плаценты, диагностированная врачами только во время операции кесарево сечение и подтвержденная на этапе паталогоанатомического и гистологического исследований. Явных клинических признаков отслойки плаценты (слабость, падение артериального давления, кровотечение) не было, поэтому диагностировать ее до операции не было возможности. Следствием преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты явилась острая гипоксия и последующая интранатальная (внутриутробная) гибель плода.

При проведении судебно-медицинской экспертизы были обнаружены недостатки при оказании медицинской помощи в родильном блоке: кардиомониторное наблюдение велось нерегулярно, во время медикаментозного сна-отдыха отсутствовало. Спрогнозировать и предвидеть возникновение отслойки, по имеющимся данным, не представляется возможным из-за скоротечности процесса. Соответственно, установить время, когда необходимо было делать операцию кесарево сечения, тоже не представляется возможным.

Экспертная комиссия посчитала, что вышеуказанные недостатки не являются причиной смерти плода, поскольку смерть плода от интранатальной асфиксии при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты может наступить даже при ранней диагностике и более быстром родоразрешении.

В рассматриваемом случае были выявлены диагностические и лечебно-тактические ошибки, которые относятся к категории В.

Выработанные на основе проведенного анализа и исследования критерии оценки профессиональных ошибок врачей – клиницистов могут значительно облегчить работу судебно-медицинских экспертов и экспертных комиссий, а специалистам в области общественного здоровья и здравоохранения повысить качество оказания медицинской помощи.

Список литературы:

1. *Баринов Е. Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам (монография). – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав». 2013. 164 с.*
2. *Баринов Е. Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском процессе по медицинским делам. Дисс... доктора мед. наук. М., 2015. 261 с.*

Об авторах:

Баринов Евгений Христофорович – профессор кафедры судебной медицины и медицинского права, доктор медицинских наук, профессор, e-mail: ev.barinov@mail.ru

Ромодановский Павел Олегович – заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права, доктор медицинских наук, профессор

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20|1

Barinov Evgeny Hristoforovich *– Professor of forensic medicine and medical law, doctor of medical sciences, Moscow*

Romodanovsky Pavel Olegovich *– head of the Department of forensic medicine and medical law, doctor of medical sciences, Professor, Moscow*

GBOU SEI HPE «The Moscow State medical stomatological University A. i. Evdokimova» MINISTRY OF HEALTH of the RUSSIAN FEDERATION

© Баринов Е. Х., Ромодановский П. О., 2015

УДК 340.692+347.9+616-082

Баринов Е. Х., Ромодановский П. О., Косухина О. И.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУДОМ РЕЗУЛЬТАТОВ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В статье рассмотрены вопросы, связанные с правовой оценкой выводов судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам.

Ключевые слова: *выводы, судебно-медицинская экспертиза, медицинские услуги.*

Barinov E. H., Romodanovsky P. O., Kosukhina O. I.

USE BY COURT OF RESULTS OF THE FORENSIC MEDICAL EXAMINATION ON THE AFFAIRS BOUND TO DELIVERY OF HEALTH CARE

The article deals with issues related to the legal assessment of the findings of forensic examinations for civil cases.

Keywords: *findings, forensic, medical services.*

Проблемную область судебно-медицинской экспертизы по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг составляют отсутствие обоснования экспертных выводов; попытка дать правовую оценку исследуемым фактам; дача ответов на поставленные перед экспертом вопросы при недостаточности представленных на экспертизу материалов; противоречия выводов экспертов материалам дела; краткость экспертных заключений, следствием которой становится широкое использование медицинской терминологии (обобщающих оценочных суждений), что не позволяет оценить обоснованность выводов; использование в выводах некорректных формулировок, допускающих возможность принятия различных правовых решений по делу и др. [1, 2].

Необходимо отметить, что причиной недостатков и малой информативности экспертных заключений по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг является некорректное (без учета специфики характера деятельности, обстоятельств дела, а порой и мнения сторон) формулирование вопросов – обычно крайне избыточных, повторяющихся и малопонятных в целевом назначении – эксперту, что дезориентирует последнего в потребностях конкретной правовой процедуры. Предмет доказывания, который обычно явно не определяется судом в процессе, имеет большое значение для ориентации сторон в формулировании вопросов для судебно-медицинской экспертизы и судебно-медицинских экспертов для формулирования своих выводов в форме, содержании и объеме, необходимых для правоприменения [1, 2, 3].

Суды по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг не проводят анализ экспертного заключения, его последовательности и согласованности во всех его частях, не проверяют выводы экспертов на предмет достоверности, полноты и объективности. В судебных решениях не указывается, на чем основаны выводы эксперта, приняты ли им во внимание все материалы, представленные на судебно-медицинскую экспертизу по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг, и дан ли им соответствующий анализ.

В результате суд либо передоверяется экспертным выводам, основывая на них правоприменительный вывод, либо дает им юридическую оценку, не имеющую объективного выражения положенных в ее основу критериев. Тем самым суд лишь придает форму своему выводу, содержание которого предопределяется экспертами.

Следует отметить и тот факт, что суды по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг не дифференцируют предмет доказывания в зависимости от применимой нормы права в связи с основанием иска, что прямо отражается на содержании и качестве заключения судебно-медицинской экспертизы. Это обусловливает необходимость формулирования вопросов для судебно-медицинской экспертизы как экспертное задание в зависимости от применимой нормы права и вытекающего из нее предмета доказывания.

В процессуально-правовом значении заключение судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг должно позволять признать его доказательством не только по признакам допустимости, относимости, полноты и достоверности, но также и по признаку соответствия, под которым следует понимать непротиворечие экспертных выводов правилам медицинской профессии, поскольку и деятельность, последствия которой лежат в основании иска, и судебно-экспертная деятельность имеют еди-

ное медицинское происхождение. Это требует от экспертов учета всего многообразия школ медицинской науки и существующих подходов и профессиональных технологий медицинской практики, на обобщенных постулатах которых единственно можно строить обоснование своих выводов [2].

В материально-правовом значении выводы судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг должны так соответствовать существу нормы материального права, применимой в конкретном споре, и предмету доказывания, чтобы позволять сделать единственно возможный правоприменительный вывод.

Судебно-медицинский эксперт имеет предусмотренное законом процессуальное положение. Это процессуальное положение ограничивается его участием в таком качестве в экспертной оценке объекта, формулировании экспертных выводов и в допросе эксперта. Между тем такое участие в полном объеме осуществляет и несет ответственность за организацию работы экспертной комиссии работник экспертной организации. Исключительно о процессуальном положении судебно-медицинских экспертов можно было бы говорить, если бы все члены экспертной комиссии являлись судебно-медицинскими экспертами по профессии, специальности и должности. Но привлекаемые к участию в экспертной комиссии врачи-клиницисты не работают судебно-медицинскими экспертами, не имеют экспертного стажа и излагают в своих выводах не более чем врачебную оценку исследуемых фактов.

Кроме того, если судебно-медицинский эксперт в процессуальном положении недоступен (кроме процессуальных же правонарушений) наступлению ответственности, то в материально-правовом – доступен. Например, к нему в качестве работника экспертной организации могут быть применены меры дисциплинарной ответственности. В отличие от судебно-медицинских экспертов по профессии, специальности и должности, на остальных членов экспертной комиссии (клиницистов) может быть возложена имущественная ответственность в порядке регресса, поскольку и они как практические врачи не избавлены от возможности причинения вреда здоровью пациентов. Тем самым материально-правовое и процессуальное положение членов экспертной комиссии различается [1, 2].

Отличия между профессиональными судебно-медицинскими экспертами и привлекаемыми в качестве членов экспертной комиссии клиницистов значимы для судебного рассмотрения гражданских дел о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг. Чтобы исключить влияние цеховой солидарности, по этой категории дел целесообразно отстранять от участия в комиссионной экспертизе клиницистов, включая в ее состав исключительно профессиональных судебно-медицинских экспертов.

В делах о нарушении прав потребителя, тем более о причинении вреда здоровью, тем более при оказании медицинских услуг презумпция вины причинителя имеет особое значение. Презумпция вины причинителя по такого рода делам должна стать принципом судебно-медицинской экспертизы. Это означает, что судебно-медицинской экспертизе по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг следует исходить из его обусловленности действиями причинителя до тех пор, пока ею не доказано иное происхождение вреда [1, 2].

Медицинскими показателями обоснованности выводов судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг являются: непротиворечие экспертных выводов правилам медицинской профессии, прочность оснований, однозначность в пределах объекта исследования.

Правовыми показателями обоснованности выводов судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг являются: соответствие предмету доказывания и применимой норме права, доступность экспертных выводов юридической интерпретации, непротиворечивость.

Критериями обобщенной оценки судом выводов судебно-медицинской экспертизы по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг являются: их соответствие экспертному заданию, ясность обоснования, пригодность для правоприменительных выводов [1, 2].

Единый алгоритм использования судом судебно-медицинской

экспертизы по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг состоит в следующей общей последовательности: анализ искового заявления – предварительный выбор применимой нормы права – определение предмета доказывания – формулирование экспертного задания – анализ медицинской обоснованности заключения судебно-медицинской экспертизы по делу – анализ правовой обоснованности заключения судебно-медицинской экспертизы по делу – формулирование правоприменительных выводов.

Список литературы:

1. *Баринов Е. Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам (монография). – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав». 2013. 164 с.*
2. *Баринов Е. Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском процессе по медицинским делам. – Дисс... доктора мед. наук. М., 2015. 261 с.*
3. *Россинская Е. Р. Специальные юридические знания и судебно-нормативные экспертизы | Argumentum ad juridicum ВЮЗИ–МЮИ–МГЮА, труды. М.: МГЮА, 2006. Т. 2.*

Об авторах:

Баринов Евгений Христофорович – профессор кафедры судебной медицины и медицинского права, доктор медицинских наук, профессор

Ромодановский Павел Олегович – заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права, доктор медицинских наук, профессор

Косухина Оксана Игоревна – преподаватель кафедры судебной медицины и медицинского права

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20|1

Barinov Evgeny Hristoforovich *– Professor of forensic medicine and medical law, doctor of medical sciences, Moscow*

Romodanovsky Pavel Olegovich *– head of the Department of forensic medicine and medical law, doctor of medical sciences, Professor, Moscow*

Oksana I. Kosukhina *– lecturer in forensic medicine and medical law, Moscow*

GBOU SEI HPE «The Moscow State medical stomatological University A.I. Evdokimova» MINISTRY OF HEALTH of the RUSSIAN FEDERATION

© Баринов Е. Х., Ромодановский П. О., Косухина О. И., 2015

УДК 368.91(470)+338.487-44(1-87):366+616-082:34

Бобровская О. Н.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ИНЫХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ИМУЩЕСТВЕННЫХ ИНТЕРЕСОВ РОССИЙСКИХ ТУРИСТОВ, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА РУБЕЖ

Рост выездного туризма привел к росту числа инцидентов и несчастных случаев на отдыхе. В этой связи возникла необходимость в более детальном анализе правового обеспечения туристов на отдыхе и рассмотрения типовых и индивидуальных страховых продуктов, предлагаемых страховыми компаниями в области международного туризма.

Ключевые слова: *выездной туризм, несчастный случай, правовое обеспечение, страхование.*

Bobrovskaya O. N.

LEGAL ASPECTS OF MEDICAL CARE AND OTHER AUXILIARY SERVICES UNDER A CONTRACT OF VOLUNTARY INSURANCE OF PROPERTY INTERESTS OF RUSSIAN TOURISTS TRAVELING ABROAD

The growth of outbound tourism has led to a rise in the number of incidents and accidents on holidays. In this regard, there is need for a more detailed analysis of the legal security of tourists on vacation and review of standard and individual insurance products offered by insurance companies in the field of international tourism.

Keywords: *outbound tourism, accidents on holidays, legal security, insurance.*

Несмотря на глобальный экономический кризис в Российской Федерации, выездной туризм остается одним из самых востребованных и желанных форм проведения отпускного и каникулярного времени отдыха. Переход с более дорогих на более доступные направления отдыха, отличающиеся своеобразием природных и климатических характеристик, только укрепил актуальность вопросов безопасности и гарантий предоставления помощи и защиты российских граждан на зарубежных курортах.

В настоящее время, аспекты выездного туризма регламентируются несколькими нормативно-правовыми актами: Федеральным законом от 24 ноября 1996 г. № 132-ФЗ «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации [1]; Федеральным законом от 15 августа 1996 г. № 114-ФЗ «О порядке выезда из

Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» [2]; Законом РФ от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» [3]; Постановлением Правительства РФ от 27 февраля 2013 г. № 162 «Об утверждении Правил оказания экстренной помощи туристам и Правил финансирования расходов на оказание экстренной помощи туристам из компенсационного фонда» [4].

Так, например, в статье 6 Федерального закона от 24 ноября 1996 г. № 132-ФЗ «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации» содержатся гарантии обеспечения личной безопасности, потребительских прав, сохранности имущества, беспрепятственного получения неотложной медицинской помощи для туристов, выезжающих за рубеж; статья 14 данного закона разъясняет понятие безопасности туризма и права туристов и туроператоров на расторжение договора в одностороннем порядке в случае возникновения обстоятельств, свидетельствующих о возникновении в стране временного пребывания туристов угрозы безопасности их жизни и здоровья, а равно опасности причинения вреда их имуществу, а также возврате денежной суммы за тур.

Кроме того, порядок и условия, касающиеся добровольного страхования имущественных интересов граждан, выезжающих за рубеж, были существенно изменены Федеральным законом от 29 июня 2015 г. № 155-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» [5].

Наиболее любимыми странами российских путешественников традиционно считаются Турция и Египет. В последнее время к курортным местам добавился Таиланд, с его уникальными ландшафтами, гостеприимным сервисом и необычной гастрономией.

Однако не только радости встречаются на пути туристов. Некоторые нередко не вполне осознают особенности перепадов температур, местной кухни, опасности спортивных развлечений и иных проблем. Простудные заболевания, расстройства пищеварения, травмы различной степени тяжести, ожоги и тепловые удары являются распространенными случаями, омрачающими отдых.

Аналитический центр «Альфа Страхование» провел исследование страховых случаев, произошедших с гражданами России за границей в летние периоды последних трех лет. В результате исследования был составлен рейтинг наиболее распространенных страховых случаев на отдыхе (см. табл. 1) [6].

Таблица 1.

Рейтинг наиболее распространенных страховых случаев. Аналитический центр «Альфа Страхование», данные за летние периоды 2011-2013 гг.

Заболевание	*Доля в общем количестве случаев*
1. Воспалительные заболевания дыхательных путей	*34,1%*
2. Ушибы, вывихи, растяжения	*14,4%*
3. Острый гастроэнтерит	*9,6%*
4. Переломы	*7,9%*
5. Воспаления ушей	*7,5%*
6. Вирусные инфекции	*6,8%*
7. Острый конъюнктивит	*5,5%*

Однако в этой таблице не отражены несчастные случаи со смертельным исходом и убийства, случаи которых весьма велики, а последствия плачевны для членов семей.

Так, например, по информации газеты «РИА Новости», за 2013 и 2014 годы таких случаев было достаточно много [7].

Более того, сложным с точки зрения механизма реализации является возмещение затрат родственникам застрахованного на случай внезапной смерти туриста (например, в результате травмы), пребывшего на отдых без сопровождения, поскольку согласно ст. 14 Федерального закона от 15 августа 1996 г. № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию, (далее ФЗ №114) – оплата медицинской помощи гражданину Российской Федерации, при выезде из Российской Федерации осуществляется согласно условиям, предусмотренным полисом медицинского страхования. Стандартные условия медицинского страхования включают обязанность страховой компании обеспечить в случае смерти застрахованного лица перевозку тела воздушным (водным, наземным) транспортом из

страны пребывания до международного аэропорта, из которого был совершен выезд застрахованного в зарубежную поездку, включая подготовку тела и покупку необходимого для международной перевозки гроба. Однако сроки исполнения данной обязанности, а также возврат личного имущества умершего туриста отличаются в разных странах [В Египте оформление документов и репатриация тела может достигать 20 дней] и не всегда соответствуют, например, христианской традиции предавать тело земле на третьи сутки. Кроме того, если смерть туриста констатирована клиникой, производившей реанимационные экстренные мероприятия, требование об оплате медицинских услуг поступает по факту их производства, и чем дороже оказываемая услуга, тем меньше период времени ожидания платежа [8].

В настоящее время в ст. 14 ФЗ №114 внесены изменения, которые касаются оплаты медицинской эвакуации на территории иностранного государства и из иностранного государства в Российскую Федерацию) и (или) оплаты возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию. Такая оплата осуществляются согласно условиям договора об оказании медицинских услуг, договора добровольного страхования (страхового полиса), предусматривающего оплату и (или) возмещение расходов на оплату медицинской помощи за пределами территории Российской Федерации и оплату возвращения тела (останков) в Российскую Федерацию, и (или) иного документа, действительного для получения медицинской помощи за пределами территории Российской Федерации. В ином случае, при отсутствии полиса, как экстренная, так и неотложная формы помощи (включая медицинскую эвакуацию на территории иностранного государства и из иностранного государства в Российскую Федерацию), несет либо сам гражданин РФ, либо заинтересованные лица, а расходы на возвращение тела (останков) в РФ несут лица, заинтересованные в возвращении тела (останков) в РФ.

Таким образом, заключенный туристом договор добровольного страхования (страховой полис) обеспечивает оплату и (или) возмещение расходов на оплату медицинской помощи в экстренной и неотложной формах в стране временного пребывания и (или) возвращения тела (останков).

При этом согласно ст. 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [9]:

- ✓ экстренная медицинская помощь оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- ✓ неотложная медицинская помощь оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Главным критерием экстренности медицинской помощи является наличие угрожающих жизни состояний. При этом экстренной помощью считаются действия по организации эвакуации туриста из страны временного пребывания (в том числе оплата услуг по перевозке и (или) размещению), осуществляемые объединением туроператоров в сфере выездного туризма.

Сложным на практике, можно считать также случай смерти на отдыхе за границей единственного родителя ребенка до 15 лет, поскольку возвращение в РФ возможно только в сопровождении опекуна. Можно ли считать смерть единственного родителя ребенка, на отдыхе за границей страховым случаем, а ребенка – выгодоприобретателем по договору? Вероятно только в том случае, когда такой риск был предусмотрен договором добровольного страхования. Постановление Правительства РФ от 6 апреля 2011 г. № 249 «Об организации выезда из Российской Федерации для отдыха и (или) оздоровления несовершеннолетних граждан Российской Федерации, оставшихся без попечения родителей и находящихся в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» [10], предусматривает правила оформления документов для детей, оставшихся без попечения родителей, выезжающих на отдых за границу. Однако, конкретного случая оказания помощи ребенку умершего родителя в данных правилах нет. Единственное упоминание, которое содержит общую установку можно рассмотреть в Правилах осуществления органами опеки и попечительства учета несовершеннолетних граждан Российской Федерации, оставшихся без попечения родителей и находящихся в организациях для детей-сирот и детей,

оставшихся без попечения родителей, выехавших из Российской Федерации для отдыха и (или) оздоровления, и контроля за их своевременным возвращением в Российскую Федерацию: «В случае невозвращения несовершеннолетних в Российскую Федерацию в установленный срок орган опеки и попечительства принимает меры по установлению причин их невозвращения и возвращению в Российскую Федерацию, в том числе информирует о невозвращении несовершеннолетних дипломатическое представительство либо консульское учреждение Российской Федерации на территории соответствующего иностранного государства».

Новые правила страхования предусматривают также исполнение страховщиком обязанности по оплате и (или) возмещению расходов на оплату медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, независимо от даты окончания действия договора добровольного страхования, если страховой случай наступил в период действия этого договора; вступление договора в силу не позднее даты пересечения застрахованного лица границы Российской Федерации, и установление страховой суммы в размере, определенном исходя из требований к размеру страховой суммы, предъявляемых иностранным государством, которое намеревается посетить застрахованное лицо, но не менее суммы, эквивалентной двум миллионам рублей по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному на дату заключения договора добровольного страхования.

Указанные правила, равным образом, отражены и в изменениях, коснувшихся Федерального закона от 24 ноября 1996 года № 132-ФЗ «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации» (далее ФЗ №132).

Так, статья 17 ФЗ №132 «Страхование при осуществлении туристской деятельности» теперь носит иное название «Добровольное страхование имущественных интересов туристов» и содержит равнозначное правило о гарантиях возмещения расходов застрахованного на оплату медицинской помощи в экстренной и неотложных формах, при наличии страхового полиса добровольного страхования. В обязанность туроператора вменяется разъяснение туристу под личную подпись о самостоятельном несении бремени расходов на все виды медицинской помощи, которые

могут понадобиться туристу на отдыхе, а расходами на возвращение тела (останков) обременяются лица, заинтересованные в возвращении тела (останков), при отказе от оформления договора страхования туристом.

В страховой компании СОГАЗ программы выездного туризма включают расходы на оказание экстренной медпомощи, в том числе и пребывание в стационаре (стоимость операций, услуги медперсонала); предусмотрена услуга по транспортировке застрахованного в клинику или в международный аэропорт к месту выезда туриста на отдых, включая медицинское сопровождение или репатриацию тела к месту погребения [11].

В настоящее время путешественники, выбирающие местом отдыха Турцию и Египет, где часто случаются автобусные аварии (6 августа 2015, произошло крупное ДТП с туристическим автобусом в Денизли на юго-западе Турции; автобус опрокинулся по дороге из Памуккале в Анталью и едва не упал в пропасть), проявляют интерес к страхованию от несчастных случаев. Страхование от несчастных случаев – вид личного страхования, предназначенный для возмещения ущерба, вызванного потерей здоровья или смертью застрахованного.

Несчастным случаем признается одномоментное кратковременное внезапное воздействие внешних (механических, термических, химических) факторов, произошедшее помимо воли застрахованного и повлекшее возникновение травм, иных расстройства здоровья, либо смерть застрахованного.

Договор страхования может предусматривать страхование по одному или нескольким рискам: смерть застрахованного в результате несчастного случая; физическая травма (увечье); постоянная утрата трудоспособности в результате несчастного случая.

Выплаты по страхованию от несчастных случаев позволяют обеспечить материальные потребности семьи, в случае потери кормильца или утраты им трудоспособности, и покрыть дополнительные затраты на лечение и питание. Если в результате страхового несчастного случая наступила смерть или тяжелая форма инвалидности застрахованного, выплата производится в форме страховой суммы, в полном объеме, единовременно. Инвалидность средней степени тяжести обеспечивается выплатой в раз-

мере 50% от страховой суммы. Травмы, не связанные с установлением инвалидности подлежат возмещению в размере 5-10% от страховой суммы [12].

Одним из новых страховых продуктов является страхование от невозможности совершить поездку. Главным преимуществом данного вида страхования является возможность отказа от дорогостоящего тура в стране с нестабильными погодными условиями или чрезвычайными ситуациями.

В группе «РЕСО-Гарантия» страховыми случаями в страховании от невозможности совершения выезда в тур признаются следующие события:

- ✓ внезапное расстройство здоровья (при условии госпитализации) или смерти участника тура;
- ✓ смерть, внезапное расстройство здоровья (при условии госпитализации) близкого родственника участника тура;
- ✓ отказ или задержка в получении визы;
- ✓ обязательное участие участника тура в судебном разбирательстве по постановлению суда в период действия договора страхования, при условии, что о начале судебного разбирательства участнику тура не было известно на момент приобретения тура;
- ✓ призыв на срочную военную службу или на военные сборы в период действия договора страхования;
- ✓ повреждение или гибель его имущества по причине пожара, возникшего в период действия договора страхования;
- ✓ досрочное возвращение участника тура из-за границы по причине внезапного расстройства здоровья (при условии госпитализации) или смерти его близкого родственника.

Страховщик возмещает следующие расходы по компенсации убытков, связанных с оплатой стоимости проезда; бронирования номера; заказанных и полученных туристом услуг [13].

Страховые эксперты считают, что страховая программа для выездного туризма должна быть максимально расширена за счет услуг по оплате расходов на посещение в клинике заболевшего одним из ближайших родственников, а также возвращения в Россию детей в возрасте до 15 лет, которые остались без родительского попечения в результате болезни или смерти застрахованного [14].

Таким образом, можно констатировать, что любая страховая программа по выездному туризму направлена на минимизацию рисков отдыхающего за рубежом, однако программы, предлагаемые страховыми компаниями включают лишь один или несколько типовых формализованных случаев, распространенных на отдыхе в конкретной стране.

Изменения, внесенные Федеральным законом от 29 июня 2015 г. № 155-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» направлены на устранение неопределенности в обеспечении гарантий предоставления помощи и защиты российским туристам на отдыхе. В этой связи типовые продукты страховых компаний должны быть скорректированы в целях обеспечения соблюдения интересов туристов на отдыхе, а правила страхования от определенных рисков должны быть приведены в соответствие с новыми требованиями закона.

Список литературы:

1. *Федеральный закон от 24 ноября 1996 г. № 132-ФЗ «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации» // Собрании законодательства Российской Федерации от 2 декабря 1996 г. № 49 ст. 5491*
2. *Федеральный закон от 15 августа 1996 г. № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» // Собрании законодательства Российской Федерации от 19 августа 1996 г. № 34 ст. 4029*
3. *Закон РФ от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»// «Российская газета» от 12 января 1993 г*
4. *Постановление Правительства РФ от 27 февраля 2013 г. № 162 «Об утверждении Правил оказания экстренной помощи туристам и Правил финансирования расходов на оказание экстренной помощи туристам из компенсационного фонда» // Собрании законодательства Российской Федерации от 4 марта 2013 г. № 9 ст. 958*
5. *Федеральный закон от 29 июня 2015 г. № 155-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» // http://www. garant.ru/hotlaw/federal/633806/*
6. *Аналитический центр «Альфа Страхование», данные за летние периоды 2011-2013 гг. // http://www. insur-info.ru/pressr/52402/*

7. *Случаи гибели российских туристов за границей в 2013 – 2014 гг || http:||ria.ru|spravka|20141028|1030576970. html.*
8. *Компания ВСК, страховавшая тур россиянина, погибшего на курорте в Хургаде, объявила, что этот случай не является страховым, поскольку договор не предусматривает оплату лечения травм, полученных в состоянии алкогольного опьянения. http:||www. km.ru|turizm|2014|11|19|bezopasnost-turistov-za-rubezhom|751128-rossiyanina-v-kome-otklyuchili-ot-zhizneob*
9. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» || Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. № 48 ст. 6724*
10. *Постановление Правительства РФ от 6 апреля 2011 г. № 249 «Об организации выезда из Российской Федерации для отдыха и (или) оздоровления несовершеннолетних граждан Российской Федерации, оставшихся без попечения родителей и находящихся в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» || Собрание законодательства Российской Федерации от 11 апреля 2011 г. № 15 ст. 2128*
11. *Выезжающим за рубеж туристам необходимо предусмотреть возможные расходы на медпомощь || Золотой рог, Владивосток, 20 августа 2015 г. http:||www. insur-info.ru|press|109091|*
12. *http:||www. advokat. my1.ru. Медицинская страховка туриста, выезжающего за рубеж и «подводные камни»*
13. *http:||www. reso.ru|Retail|Travel| Правила страхования расходов, возникших вследствие отмены поездки за границу или изменения сроков пребывания за границей*
14. *Выезжающим за рубеж туристам необходимо предусмотреть возможные расходы на медпомощь || Золотой рог, Владивосток, 20 августа 2015 г. http:||www. insur-info.ru|press|109091|*

Об авторе:

Бобровская Ольга Николаевна – доцент кафедры медицинского права, кандидат юридических наук, доцент, ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, дом 2, стр. 2, e-mail: uracadem@yandex. ru

Bobrovskaya Olga Nikolayevna – docent of Medical Law Department Sechenov First Moscow State Medical University, associate professor, PhD, Moscow

© Бобровская О. Н., 2015

УДК 616-08-07+368.91

Бобровская О. Н.

ОБЗОР ВОПРОСА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Качественная и доступная медицинская помощь направлена на достижение запланированного результата. Достижимость высокого лечебного и (или) реабилитационного эффекта зависит от многих составляющих. Но прежде всего, такой результат является отражением состояния организации медицинской помощи в медицинской организации, а также проведением всех форм контроля качества медицинской помощи, закрепленных законодательством.

Ключевые слова: *медицинская помощь, организация медицинской помощи, контроль качества.*

Bobrovskaya O. N.

SURVEY OF THE QUALITY ASSESSMENT OF MEDICAL CARE IN RUSSIAN PUBLIC HEALTH INSURANCE SYSTEM

This article deals with the evaluation of the quality of public health care in Russia. High-quality and accessible health care is aimed at reaching the planned results, such as the achievement of high curative and (or) rehabilitating effects. These results depend on many components. But above all, this results reflect the state of medical care in the medical organization and conduct of all forms of control of the quality of health care set forth by law.

Keywords: *health care, medical care, control of the quality.*

Необходимость всестороннего исследования современного состояния доступности и качества оказания медицинской помощи в России обусловлена рядом причин, таких как изменение методов экспертной оценки качества медицинской помощи, переход на однолинейное (страховое) финансирование, слияние отдельных лечебно-профилактических медицинских организаций в укрупненные научно-диагностические центры и другие важные изменения.

Для объективной оценки современного состояния доступности и качества оказания медицинской помощи в России необходимо обратиться к самым разным показателям ее эффективности. Однако особого внимания заслуживают наиболее общие из них:

- ✓ низкий уровень продолжительности жизни граждан по всей территории РФ;
- ✓ высокий уровень смертности дееспособного населения РФ;

- ✓ не снижающийся уровень выявленных случаев врачебных ошибок и дефектов медицинской помощи.

При этом если первые два показателя отражают зависимость качества жизни от социально-экономического благополучия в стране, то показатель качества медицинской помощи влияет как на среднюю продолжительность жизни, так и на показатели смертности от разных заболеваний.

Обратимся к изучению некоторых показателей официальных данных статистики и прессы.

Так, по данным председателя правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медпомощи и медицинского образования, ответственного секретаря российского общества по организации здравоохранения и общественному здоровью Гузели Улумбековой, – ожидаемая продолжительность жизни в России, в настоящее время, составляет 71 год [1], что на 11 лет меньше уровня жизни в Германии, Италии и других странах западной Европы [2]. Осмысление этих показателей приводит к признанию поспешности любых дискуссий, связанных с возможным и вероятным повышением пенсионного возраста мужчин и женщин до 63 лет в России [3].

Показатели смертности отличаются в зависимости от источника. Министр труда и социальной защиты Максим Топилин, с оптимизмом отмечает снижение смертности. В январе-июне 2014 года умерли на 11 тысяч человек, или на 1,1 процента, меньше, чем в 2013 году. За первое полугодие 2014 года естественная убыль населения в России составила 28,6 тысячи человек. «Это на 27,3 тысячи человек меньше, чем в январе-июне 2013 года», – подчеркнул глава Минтруда [4].

Его оптимизм не разделяет председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медпомощи и медицинского образования Гузель Улумбекова, утверждая, что за первое полугодие 2014 года число случаев смертей превысило показатели 2013 года.

Показатель качества медицинской помощи отражается в экспертизе качества, которую ежегодно во всех учреждениях проводят страховые компании. По данным экспертизы, нарушения в проведенном лечении выявляются в каждом третьем случае; а

непосредственно связанные с неправильным лечением пациентов – в каждом шестом» [5].

Рассмотренные показатели являют собой лишь поверхностный срез проблем в системе здравоохранения. Вместе с тем, они помогают определить наиболее важные области для мониторинга и координации деятельности, направленной на достижение оптимального результата в достижении высокого качества оказываемых гражданам видах медицинской помощи.

Вновь обратимся к некоторым официальным данным.

В соответствие с Постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» [6], критериями доступности и качества медицинской помощи являются:

- ✓ удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского, сельского населения;
- ✓ смертность населения, в том числе городского, сельского населения (число умерших на 1000 человек населения);
- ✓ обеспеченность населения врачами и средним медицинским персоналом (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население);
- ✓ доля расходов на оказание медицинской помощи.

В этом же нормативно-правовом акте определены средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2015 и 2016 годы:

- ✓ на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС – 1582,8 рубля на 2015 год, 1635,6 рубля на 2016 год;
- ✓ на 1 посещение на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями за счет средств соответствующих бюджетов – 448,9 рубля на 2015 год, 468,2 рубля на 2016 год, за счет средств ОМС – 351 рубль на 2015 год, 355,5 рубля на 2016 год;
- ✓ на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями за счет средств соответствующих бюджетов – 1256,9

рубля на 2015 год, 1310,9 рубля на 2016 год, за счет средств ОМС – 1023,2 рубля на 2015 год, 1066,5 рубля на 2016 год;

- ✓ на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств ОМС – 449,3 рубля на 2015 год, 452,2 рубля на 2016 год;
- ✓ на 1 день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов – 734,5 рубля на 2015 год, 766,8 рубля на 2016 год, за счет средств ОМС – 1309,1 рубля на 2015 год и 1323,4 рубля на 2016 год;
- ✓ на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств ОМС – 119964,1 рубля на 2015 год, 125962 рубля на 2016 год;
- ✓ на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов – 79668,6 рубля на 2015 год, 83094 рубля на 2016 год, за счет средств ОМС – 22452,3 рубля на 2015 год, 23544,2 рубля на 2016 год;
- ✓ на 1 день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств ОМС – 1539,3 рубля на 2015 год, 1623,4 рубля на 2016 год;
- ✓ на 1 день в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов – 2137 рублей на 2015 год, 2228,9 рубля на 2016 год.

Порядок формирования тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, определяется в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [7].

Более того, как отметила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в интервью канала «Россия 24», размер ресурсов фонда ОМС на 2016 год увеличится почти на 100 млрд. руб. Это приведет к увеличению норматива – примерно на 500 руб. на каждого застрахованного гражданина РФ.

Система двойного финансирования, либо финансирование только из бюджета, заложенная по ряду позиций, демонстрирует

признание со стороны государства важности сохранения разных видов медицинской помощи, а также готовности ее финансирования в краткосрочной перспективе.

Представляется, что существующий метод финансирования для ЛПУ – простой и надежный способ получения гарантированного обеспечения, в том числе в случаях превышения объемов оказанной помощи, над заложенными в программу ОМС. Такие случаи вероятны в период пика респираторных заболеваний осенне-зимнего сезона. Однако, поскольку такие объемы определяются комиссиями субъектов РФ по разработке территориальных программ ОМС, превышение объемов оказанной медицинской помощи требует от страховой организации согласования и утверждения их оплаты из территориального фонда ОМС.

Вместе с тем, в настоящее время сложившаяся практика уже не устраивает страховые компании. Так, президент Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков Дмитрий Кузнецов считает, что сохранение бюджетного финансирования «создает стимул для увеличения расходов медицинской организации без учета результатов ее деятельности».

Он придерживается довольно жесткой позиции относительно подушевого финансирования, называя его «извращенным случаем сметного финансирования; кредитованием медицинских организаций под невнятные обязательства» [8].

Новая модель финансирования предусматривает оплату фактически оказанных видов медицинской помощи, включая прием, осмотр, постановку диагноза и проведенное лечение. Для страховой модели объективным критерием оплаты выставленных ЛПУ счетов в законе предусмотрены различные экспертизы. По результатам экспертиз оплате подлежит только та медицинская помощь, которая соответствует признакам надлежащего качества.

В соответствии с положениями ст. 87. Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями), – контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:

1. государственного контроля;
2. ведомственного контроля;

3. внутреннего контроля.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

1. соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;
2. определения показателей качества деятельности медицинских организаций;
3. соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании и другими.

Порядок и условия проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации устанавливается руководителем организации. Менеджмент организации внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи направлен на проведение проверок соблюдения медицинскими организациями стандартов медицинской помощи, сроков и условий проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований.

При проведении внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи оценке подлежит результат, а «при проведении экспертизы качества медицинской помощи устанавливаются также причинно-следственные связи» [9].

В соответствии с п. 2 ст. 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями), – контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

Для лучшего понимания порядка и условий реализации основных контрольных мероприятий, следует провести сопоставление понятий медицинской деятельности и медицинской помощи.

Относительно медицинской деятельности сформировалось представление, что она является родовым понятием, включающим в себя несколько видов медицинской помощи, работ и медицинских услуг.

При этом в юридической литературе выделяют общие для всех видов медицинской деятельности юридические и экономические черты:

- ✓ объектом деятельности является жизнь и здоровье граждан (нематериальное благо – ст. 150 ГК РФ);
- ✓ деятельность осуществляется в области охраны здоровья граждан;
- ✓ причинения вреда жизни или здоровью гражданина сопровождается одним из видов ответственности, предусмотренных законом [10].

Так, понятие медицинской деятельности содержится в п. 10 ст. 2 Федерального Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которого (она) представляет собой профессиональную деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, что следует из п. 3 ст. 2 Федерального Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [11].

Можно выделить 3 основных критерия качества медицинской помощи: своевременность оказания медицинской помощи, эффективное использование методов и ресурсов при оказании медицинской помощи и результативность лечения.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности включает в качестве элемента контроль качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

В настоящее время, экспертиза качества медицинской помощи в обязательном медицинском страховании регламентируется Законом № 326-ФЗ и Приказом ФФОМС № 230 [12].

Экспертная оценка страхового случая производится исходя из основного заболевания и его осложнений по профилю клинической специальности. Все дефекты, выходящие за рамки клинической специальности, должен оценивать эксперт качества медицинской помощи соответствующей специальности [13].

Сложившаяся методика экспертной оценки по всем видам оказания медицинской помощи строится на методе сравнения случая с эталоном, в соответствии с установленными стандартами оказания медицинской помощи, актов Минздрава России и органов управления здравоохранением субъекта РФ, а при их отсутствии, на основании сложившейся клинической практики.

Эталон позволяет рассмотреть возможные несоответствия в методах избранного обследования и (или) лечения, либо служить основанием признания невозможности его достижения в данном конкретном случае. То есть служит критерием наличия или отсутствия дефектов в действиях или бездействиях врача (медицинской организации).

Выявленные дефекты рассматриваются в качестве страхового случая и подлежат оценке с точки зрения вероятного вреда для жизни и здоровья гражданина неправильно поставленным диагнозом и (или) неправильным лечением заболевания.

На основании данной оценки эксперт принимает решение об оплате или отказе в оплате медицинской помощи, опираясь на Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [14].

Возможность отказа в оплате организации оказанных медицинских услуг производится после проведения экспертизы истории болезни. При этом экспертизу проводят специалисты той же страховой компании, где застраховано лицо, получившее медицинские услуги.

Приказом ФОМС от 21 июля 2015 года № 130 внесены изменения в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 230 [15].

Прежде всего, в приказе определены сроки проведения целевой медико-экономической экспертизы.

Так, экспертиза проводится в течение месяца после предоставления ЛПУ реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам. При повторном обращении лица (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания, целевая медико-экономическая экспертиза проводится с момента предоставления к оплате счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации). В случае поступления жалоб застрахованных лиц целевая медико-экономическая экспертиза проводится вне связи от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

Возможность продления сроков проведения экспертизы качества медицинской помощи, поставлена в зависимость от необходимости получения результатов патологоанатомического вскрытия при летальном случае, результатов расследования Роспотребнадзора при внутрибольничном инфицировании и иных случаях. Организационные экспертные мероприятия (например, запрос материалов, необходимых для проведения экспертизы качества медицинской помощи и их анализ, переговоры с экспертом качества необходимой специальности) осуществляются в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам.

Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится независимо от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи при выявлении страховой медицинской организацией (по результатам жалобы, по результатам внутреннего контроля, по запросам органов прокуратуры Российской Федерации, Росздравнадзора, иных государственных органов и организаций, юридических лиц и индивидуальных предприни-

мателей) случаев летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей.

Расширен перечень дефектов медицинской помощи и нарушений при оказании медицинской помощи:

- ✓ определены дефекты, связанные с нарушением условий оказания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке застрахованным лицам;
- ✓ дефекты, связанные с причинением вреда здоровью застрахованным лицам, при ухудшении состояния здоровья, выражающемся в телесных повреждениях, заболеваниях, патологических состояниях, возникших в результате действия механических, физических, биологических и иных факторов внешней среды, а также бездействии в том случае, если оно повлекло ухудшение состояния здоровья;
- ✓ случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации;
- ✓ случаи невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения пациенту диагностических и или лечебных мероприятий, оперативных вмешательств или преждевременным прекращением проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта;
- ✓ нарушение по вине медицинской организации преемственности, необоснованная или непрофильная госпитализация застрахованного лица;
- ✓ развитие ятрогенного заболевания;
- ✓ дефекты оформления медицинской документации.

Кроме того, важным изменением следует считать сокращение перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи.

Исключены следующие случаи отказа в оплате | уменьшения оплаты:

- ✓ необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи;

- ✓ включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней, не подтвержденных первичной медицинской документацией;
- ✓ несоответствие сроков лечения, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета.

Представляется, что внесенные изменения направлены на улучшение взаимодействия между медицинской организаций и страховой компанией, и, в конечном счете, повлияют на реализацию задач оказания гражданам медицинской помощи надлежащего качества, без вовлечения последних в тяжелые дискуссии по поводу сокращения времени приема, сокращения медицинского персонала и отсутствия квалифицированных кадров, являющиеся следствием системных преобразований отрасли.

Список литературы:

1. *Заседание коллегии Министерства здравоохранения РФ и министерства здравоохранения Республики Беларусь || http:||tass.ru|obschestvo|1614450*
2. *wikipedia. org|wiki|Список стран по ожидаемой продолжительности жизни*
3. *3http:||www. rg.ru|2015|06|20|pensii-site. html*
4. *http:||www. rg.ru|2014|08|05|rozhdaemost. html*
5. *07. 10. 2014. Такая боль || lenta.ru*
6. *Собрание законодательства Российской Федерации от 28 октября 2013 г. № 43 ст. 5558*
7. *Собрание законодательства Российской Федерации от 6 декабря 2010 г. № 49 ст. 6422, в ред.*
8. *Федерального Закона РФ от 1 декабря 2014 г. № 418-ФЗ*
9. *Кузнецов Д. Ю. Внедрение рисковой модели обязательного медицинского страхования требует изменений законодательства || Здравоохранение. 27 июля 2015 год*
10. *Рыжаков АД., Березников А. В., Лебедева А. М., Промин М. Е., Онуфрийчук Ю. О. Качество медицинской помощи: принципы взаимодействия медицинских организаций и страховых медицинских организаций || Вестник Росздравнадзора. Выпуск № 4. 2014.*

11. *Сидорова В. Н. Соотношение понятий «медицинская помощь», «медицинская услуга» и «медицинская работа» как проблема гражданского законодательства. || Медицинское право, 2012, № 4*
12. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» || Собрании законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. № 48 ст. 6724, в ред. Федерального Закона РФ от 13 июля 2015 г. № 271-ФЗ*
13. *Российская газета от 2 февраля 2011 г. № 20*
14. *Рыжаков А. Д., Березников А. В., «Выявление несоответствий страхового случая нормативным документам: применение оснований для снятия с оплаты» || Здравоохранение, 2014.*
15. *Приказ ФФОМС от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» || «Российская газета» от 2 февраля 2011 г. № 20*
16. *Приказ ФФОМС от 21 июля 2015 года № 130 «Об изменении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденному приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 230. Источник: http://www. zdrav.ru/news/100116/*

Об авторе:

Бобровская Ольга Николаевна – доцент кафедры медицинского права, кандидат юридических наук, доцент, ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, дом 2, стр. 2, e-mail: uracadem@yandex. ru

Bobrovskaya Olga Nikolayevna – docent of Medical Law Department Sechenov First Moscow State Medical University, associate professor, PhD, Moscow

© Бобровская О. Н., 2015

УДК [61:621.38]:34

Грачева Т. Ю.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНЫ

Статья посвящена анализу законодательства, касающейся правомерности использования дистанционных медицинских услуг.

Ключевые слова: *лицензирование дистанционных медицинских услуг, электронная медицина.*

Tatyana Gracheva

LEGAL ASPECTS OF ELECTRONIC MEDICINE

The Article is sanctified to the analysis of legislation, touching legitimacy of the use of the controlled from distance medical services.

Keywords: *licensing of the controlled from distance medical services, electronic medicine.*

Современное здравоохранение невозможно представить без использования дистанционных технологий, мобильных устройств, телемедицины. Именно применение таких методов позволяет оказывать современную и качественную медицинскую помощь с учетом неравномерного распределения кадров, аппаратуры и значительной протяженностью территории Российской Федерации.

В настоящее время обсуждаются несколько терминов: электронная медицина, телекоммуникационные технологии, дистанционные медицинские услуги, информационно-коммуникационные технологии в медицине, дистанционное обслуживание пациентов, телемедицинские услуги. Представляется наиболее оптимальным использование первого термина – электронная медицина, как включающего в обобщенном виде все последующие и, возможно, будущие дополнения.

Насколько имеющееся законодательство позволяет применять способы и средства электронной медицины? Имеется две диаметрально противоположные точки зрения: ряд специалистов считают, что такое использование находится вне правового поля, другими отстаивается точка зрения об отсутствии прямых запретов [1, 2].

Рассмотрим фактическую нормативно-правовую базу, действующую в настоящее время и регламентирующую использование дистанционных методов обследования и (или) лечения. Глав-

ный документ, регламентирующий охрану здоровья – федеральный закон 323-ФЗ от 21.11.2011, не содержит прямых или косвенных запретов на оказание такой помощи. Но в пункте 4 статьи 48 Врачебная комиссия и консилиум врачей имеется прямое указание на дистанционное участие врача или врачей в консилиуме. Так как под консилиумом понимается совещание, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, то, следовательно возможно дистанционное обследование или лечение.

В то же время, предусмотренные в статье 32 условия оказания медицинской помощи не содержат упомянутого дистанционного способа, но позволяют оказывать медицинскую помощь «вне медицинской организации». Расширение в этом пункте возможности оказывать такую помощь не только «по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации», но и при дистанционной медицинской помощи следует предложить профильному комитету Государственной Думы для обсуждения.

Среди порядков оказания медицинской помощи в шести содержится упоминание о возможности дистанционных консультаций: «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», утвержденный Приказом Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2012 № 566н; «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 924н; «Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями», утвержденный Приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 925н; «Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», утвержденный Приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 928н; «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология …», утвержденный Приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н; «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», утвержденный Приказом Минздрава России от 20.06.2012 № 388н.

Хотя остальные порядки и не содержат прямого упоминания о возможности дистанционной помощи, вывод о законности таких медицинских услуг следует из многочисленных упоминаний в серьезных документах федерального и регионального уровня. К ним относятся: Распоряжение Правительства РФ от 03.02.2014 № 133-р «О подписании Соглашения о сотрудничестве государств – членов Евразийского экономического сообщества по созданию и развитию совместимых национальных телемедицинских систем»; «Стратегия развития Арктической зоны Российской Федерации и обеспечения национальной безопасности на период до 2020 года» (утв. Президентом РФ); Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2009 № 2094-р «Об утверждении Стратегии социально-экономического развития Дальнего Востока и Байкальского региона на период до 2025 года»; Решение Совета глав правительств СНГ «О Стратегии сотрудничества государств-участников СНГ в построении и развитии информационного общества и Плане действий по ее реализации на период до 2015 года» (принято в г. Ялте 28.09.2012); «Модельный закон о телемедицинских услугах» (принят в г. Санкт-Петербурге 28.10.2010 Постановлением 35-7 на 35-ом пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств-участников СНГ) и многие другие. Маловероятно принятие законов и программных, а также стратегических документов, предусматривающих противозаконные действия собственных граждан, поэтому следует ускорить внесение дополнений в законодательство с прямым, а не косвенным разрешением дистанционных медицинских услуг.

Судебная практика также показывает положительные оценки оказываемых телемедицинских услуг. Так, в Постановлении ФАС Поволжского округа от 27.10.2010 по делу № А55-518|2010, исследовав и оценив представленные доказательства по правилам статьи 71 АПК РФ, судебные инстанции установили, что общество является действующим инновационным предприятием, оказывающим населению Самарской области и других регионов России современную медицинскую услугу – дистанционную диагностику состояния сердечно-сосудистой системы человека по телефону при помощи компьютерной техники и специализиро-

ванного программного обеспечения, имеет разветвленную клиентскую сеть. Дальнейшее решение суда основывалось на признании данного факта.

Внесенные в Государственную Думу законопроекты – проект Федерального закона № 308883-4 «Об информационно-коммуникационных технологиях в медицине» и проект Федерального закона № 158540-4 «Об электронной медицине» были отклонены по достаточно формальным основаниям, хотя представляют значительный интерес, актуальны и необходимы. Представляется важным повторное рассмотрение этих (в доработанном виде) или других законов по обсуждаемой тематике.

Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 г., в соответствии с распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. », является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. Эта цель развертывается в ряде задач, одной из которых выступает информатизация системы здравоохранения, включая внедрение электронного документооборота в медицинских организациях, и создание медицинского информационного и образовательного ресурса [3].

Работа с медицинскими изделиями для персонального дистанционного мониторирования пациента предусмотрена в Постановлении Правительства РФ от 01.10.2015 № 1048 «Об утверждении Правил предоставления субсидий из федерального бюджета российским организациям на возмещение части затрат на реализацию проектов по организации производства медицинских изделий в рамках подпрограммы «Развитие производства медицинских изделий» государственной программы Российской Федерации «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013-2020 годы» [4].

Таким образом, анализ действующего законодательства, внесенных законопроектов, судебной практики позволяет однозначно трактовать дистанционные медицинские услуги как оказываемые законно, на основе действующих нормативно-правовых актов и сложившихся обычаев делового оборота.

Список литературы

1. *Кобринский Б. А. Электронное здравоохранение – синтез медицины и информационно-коммуникационных технологий // Документальная электросвязь. – 2011. – № 21. – С. 38-39.*
2. *Чупрова А. Ю. Проблемы использования электронных медицинских карт: уголовно-правовые аспекты // Ученые труды Российской академии адвокатуры и нотариата. – 2014. – № 4 (35). – С. 48-51.*
3. *Штыкова Н. Н. Сущность и проблемы реализации электронной медицины (на примере Владимирской области) // Медицинское право. 2014. № 5. С. 22 – 27.*
4. *Постановление Правительства РФ от 01. 10. 2015 № 1048 «Об утверждении Правил предоставления субсидий из федерального бюджета российским организациям на возмещение части затрат на реализацию проектов по организации производства медицинских изделий в рамках подпрограммы «Развитие производства медицинских изделий» государственной программы Российской Федерации «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013 – 2020 годы» // «Собрание законодательства РФ», 12. 10. 2015, № 41 (часть III), ст. 5659. – Официальный интернет-портал правовой информации http://www. pravo. gov.ru – (дата обращения: 06. 10. 2015).*

Об авторе:

Грачева Татьяна Юрьевна – профессор кафедры последипломной подготовки врачей по надзору в сфере защиты прав потребителей, благополучия человека и медицинского права ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» МЗ РФ, доктор медицинских наук, 650055, Кемерово, ул. Волгоградская, 41, e-mail: medpravo@bk.ru

Tatyana Gracheva – professor of department of postgrad preparation of doctors on a supervision in the field of protection of rights of consumers, prosperity of man and medical right to the Kemerovo state medical academy of Russian Federation, doctor of medical sciences, Kemerovo

© Грачева Т. Ю., 2015

УДК 616.31-085-053.71+159.9+37

Евдокимова А. Н., Кулиев Р. М.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА С РОДИТЕЛЯМИ (ЗАКОННЫМИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ) КАК СРЕДСТВО, СНИЖАЮЩЕЕ ПРАВОВЫЕ РИСКИ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ

Статья посвящена анализу универсальных и профессиональных компетенция, предусмотренных ФГОС по направлению Стоматология с целью установления связи между качеством преподавания дисциплин на возможность решения специалистами различных задач при оказании медицинской помощи, в том числе несовершеннолетним.

Ключевые слова: *ФГОС, психолого-педагогическая деятельность, стоматологическая помощь несовершеннолетним.*

Evdokimova A. N., Kuliyev R. M.

PSYCHOLOGICAL AND EDUCATIONAL INTERACTIONS WITH PARENTS (LEGAL REPRESENTATIVES) AS A MEANS OF REDUCING LEGAL RISKS IN THE PROVISION OF DENTAL CARE FOR MINORS

The article is devoted to the analysis of universal and professional competences stipulated by the GEF in the direction of Dentistry for the purpose of establishing a connection between the quality of teaching on the possibility of solving by specialists in a variety of tasks in the provision of medical assistance, including minors.

Keywords: *GEF, psychological-pedagogical activity, dental care minor.*

На сегодняшний день при подготовке специалистов в высшей медицинской школе преподаватель ищет эффективные способы качественного усвоения дисциплины студентами. Программы и методические комплексы готовятся на основе компетентностного подхода. Проанализировав ФГОС, на примере подготовки специальности Стоматология, становится ясно, что к врачам со временем предъявляются все более высокие требования, помимо лечебной, диагностической и профилактической деятельности, они должен быть готовы использовать навыки и умения также в области психологии и педагогики. Приказом Министерства образования и науки РФ от 14 января 2011 г. № 16 психолого-педагогическая деятельность раскрывается в обладании специалистом способности и готовности к обучению пациентов правилам медицинского поведения; обучению пациентов гигиене полости рта [1]. Следующий Приказ Минобрнауки России от 26.08.2014 № 1116 при подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре еще более широко раскрывает психолого-педагогическую деятельность как «готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний [2].

В соответствии с законом медицинские работники обязаны оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями, а для оказания стоматологических услуг детям предъявляются специальные требования, утвержденные Приказом Министерства здравоохранения РФ, включая специальные требования к стоматологическим кабинетам и оснащению оборудованием. Так, в структуре Поликлиники рекомендуется предусматривать: административно-хозяйственную часть; информационно-аналитическое отделение, включающее регистратуру, организационно-методический кабинет (кабинет медицинской статистики); лечебно-профилактическое отделение (в том числе стоматологические кабинеты в образовательных учреждениях); отделение (кабинет) терапевтическое; отделение (кабинет) хирургическое; отделение (кабинет) ортодонтическое; мобильный стоматологический кабинет; физиотерапевтический кабинет; рентгенологический кабинет; ортодонтическую зуботехническую лабораторию; комнату гигиены; кабинет логопеда; кабинет психолога детского; централизованное стерилизационное отделение [3]. Но специалисты подчеркивают, что «отсутствие в штате необходимого количества специалистов профилактической направленности (детский психолог, врач-гигиенист, логопед и пр.), а также необходимость выделения дополнительного времени штатным врачам – стоматологам для проведения разъяснительной работы среди родителей, повышения мотивации детей на лечение зубов и дачи рекомендаций по дальнейшей тактике санации полости рта ребенка» [4]

могут быть причиной дефектов оказания медицинской помощи детскому населению при стоматологических заболеваниях. Следовательно, перед врачом встают следующие задачи: во-первых, правового характера. Очевидное оформление ИДС на практике, к примеру, до сих пор зачастую игнорируется из-за неправильного регламента общения, в том числе с законными представителями подростков. Родители могут ограничиться звонком врачу о местонахождении ребенка, в дальнейшем же законно предъявлять претензии по лечению. Поэтому тактика остается по прежнему единственной ИДС – важнейший документ «его содержание и правильное оформление служит источником доказательства по делам о привлечении медицинского работника (или медицинской организации) к тому или иному виду юридической ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи» [5].

Отсутствие специальных государственных программ по гигиеническому воспитанию населения, а чаще и безответственное отношение родителей к здоровью своих детей мотивирует каждого врача на выбор психолого-педагогической тактики взаимодействия с законными представителями. Как правило, у взрослых возникает интерес к проблеме воспитания привычки к здоровому образу жизни лишь тогда, когда ребёнку уже требуется психологическая или медицинская помощь. На этом этапе врач применяет навыки обучения самих взрослых, ставя в свою очередь, перед родителями задачу, по возможно более ранней выработки у ребенка умений и навыков, способствующих сохранению своего здоровья, учитывая при этом и условия жизни в семье, санитарную грамотность, гигиеническую культуру родителей и уровень их образования. Благодаря этому возможно качественно приступать к диагностической и лечебной деятельности. При этом врач демонстрирует обширные знания и методы психологии по преодолению эмоциональной напряженности детей, часто связанной с предыдущим отрицательным опытом общения с медицинскими работниками. Так, известно, что ребенок может быть аудиалом, визуалом, кинестетиком или дискретом. Отталкиваясь от этого, врач формирует индивидуальный подход к ребенку, вовлекая в процесс родителей (законных

представителей)и исходит от того, что малыш – аудиал боится звуков, визуал – боится одного вида шприца, тогда как кинестетик – хочет потрогать этот шприц или зеркало и успокоится, а ребенку – дискрету несомненно нужно точно и четко изложить весь ход манипуляции в доступной для его понимания форме. Особенно важно для профилактики правовых конфликтов и психологического комфорта врача и пациента личное присутствие родителей (законных представителей) в кабинете. Во-первых они видят, как лечат ребенка, а при невозможности осознанного контроля телодвижений со стороны ребенка обеспечивают неподвижность и спокойное пребывание ребенка в кресле стоматолога во время манипуляций, особенно с острым, режущим инструментарием.

В заключении, авторам хотелось бы отметить, что ФГОС отмечает такую универсальную компетенцию, как «готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование) в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. Поэтому развитие педагогической деятельности преподавателя, в том числе и на кафедре медицинского права сегодня представители психолого-педагогического сообщества усматривают в овладении большим блоком психолого-педагогического материала о формируемых в голове обучающихся умственной деятельности и понятий [7].

Существующая зависимость качества подготовки студентов от уровня педагогической деятельности преподавателя доказывает, что преподаватель должен развивать свою педагогическую деятельность, чтобы повысить качественную подготовку своих студентов. Овладение психологической составляющей деятельности преподавания позволит врачу организовать ее в различных учебно-педагогических ситуациях своей медицинской деятельности.

Список литературы:

1. *Приказ Министерства образования и науки РФ от 14 января 2011 г. № 16 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060201 Стоматология (квалификация (степень) «специалист»)».*
2. *Приказ Минобрнауки России от 26.08.2014 № 1116 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.73 Стоматология терапевтическая (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2014 № 34432).*
3. *Приказ Минздрава России от 13.11.2012 № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями».*
4. *Материалы Всероссийской научно-практической конференции – М.: Национальный институт медицинского права, 2015. 184 с.*
5. *Правовые риски профессиональной медицинской деятельности в условиях нового законодательства: Научно-практический обзор | Ю. Д. Сергеев, Ю. В. Павлова, Н. А. Каменская, С. И. Поспелова. М.: НИМП, 2012. 43 с.*
6. *Материалы Всерос. науч. -практ. конф. с междунар. участием. Иркутск,22-23 июня 2015г. | ФГБОУ ВПО ИГУ; [под ред. О. А. Лапиной, М. Г. Голубчиковой, О. М. Коломиец]. Иркутск: Изд-во ИГУ, 2015. 304 с.*

Об авторах:

Евдокимова Анна Николаевна – ассистент кафедры медицинского права ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, дом 2, стр. 2, e-mail: evdokimovaan@bk.ru

Кулиев Рахим Муталлим-оглы – врач-ординатор Государственного ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, 117335, г. Москва, улица Архитектора Власова, дом 11, корпус 1, кв. 30, e-mail: kuliev46@yandex.ru

Evdokimova Anna N. – assistant Professor of Medical Law Department, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Kuliyev Rahim Mutallim-oglu – the resident physician of the State budget establishment of health care MO MONICA them. M. F. Vladimirsky, Moscow

© Евдокимова А. Н., Кулиев Р. М., 2015

УДК 614.251.2

Елина Н. К.

К ВОПРОСУ О ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ

В статье рассматривается нормативно-правовое регулирование дачи информированного добровольного согласия и заключения договора на оказание платной медицинской услуги.

Ключевые слова: *врач, закон, медицинская деятельность, медицинский работник, медицинское учреждение, юридическая ответственность, информированное согласие, договор возмездного оказания услуг, медицинское вмешательство, оферта, акцепт.*

Elina Natali

TO THE QUESTION OF RIGHT RIGULATING OF PATIENT'S FREE-WILL INFORMED CONSENT

The article is devoted legal and regulatory framework of right regulating of patient's free-will informed consent and conclusion of a treaty for paid medical service.

Keywords: *doctor, law, medical activity, medical personal, medical institutions, legal responsibility, paid service agreement, the informed consent. medical intervention, offer, bill of acceptance.*

Много уже было сказано об информированном добровольном согласии пациента или его законного представителя, казалось бы, что необходимости в этом не может быть. Но вопросы, возникающие у медицинских работников, вновь заставляют нас говорить об информированном добровольном согласии и отказе пациента или его законного представителя на медицинское вмешательство. Является ли информированное добровольное согласие подписанное пациентом или его законным представителем обязанностью, гарантией, офертой заключить договор на оказание платной (возмездной) медицинской услуги? Возникает ли обязанность у пациента, оплатить услуги, на осуществление которых он подписал информированное добровольное согласие?

Предпосылкой норм дачи согласия пациента на медицинское вмешательство, являются нормы, заложенные еще в советский период, в период, когда взаимоотношения между пациентом и врачом были патерналистические. «Хирургические операции производятся и сложные методы диагностики применяются с согласия больных, а

больным, не достигшим шестнадцатилетнего возраста и психически больным – с согласия их родителей, опекунов или попечителей.

Неотложные хирургические операции производятся и сложные методы диагностики применяются врачами без согласия самих больных либо их родителей, опекунов или попечителей только в тех исключительных случаях, когда промедление в установлении диагноза или исключительных случаях, когда промедление в установлении диагноза или проведение операции угрожает жизни больного, а получать согласие указанных лиц не представляется возможным» [1].

Существенные изменения в регулировании медицинской деятельности появились в последнее десятилетие прошлого века. Особенно начиная с 1993 года: Конституция РФ, Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан 22 июля 1993г. №5487-1, и др.

В настоящее время, правовому регулированию информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства, посвящена статья 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Основы об охране здоровья граждан Российской Федерации». «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента» [2].

В настоящее время система здравоохранения в Российской Федерации предусматривает возможность получения платной медицинской помощи. Неотъемлемой составляющей таких отношений, безусловно является не только получение информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, но и заключение договора на оказание платных (возмездных) медицинских услуг.

Конечно, до заключения договора оказания платных медицинских услуг, будущие стороны предпринимают действия, часть из которых имеет юридическое значение или в той или иной степени может повлиять на формирование и последующее исполнение договорного обязательства. Одно из действий которое осуществляется сторонами договора на оказание возмездных медицинских услуг- это подписание, дача или получение от пациента информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или на отказ.

Классическая процедура заключения договора состоит в том, что одна из сторон направляет другой свое предложение о заключении договора (оферту), а другая сторона, получив оферту, принимает предложение заключить договор (п. 2. ст. 432 ГК РФ).

Договор считается заключенным при соблюдении двух необходимых условий:

- ✓ сторонами должно быть достигнуто соглашение по всем существенным условиям договора;
- ✓ достигнутое сторонами соглашение по своей форме должно соответствовать требованиям, предъявляемым к такого рода договорам (ст. 432 ГК РФ).

Из выше сказанного соответственно можно выделить следующие стадии заключения договора:

1. преддоговорные контакты сторон (переговоры);
2. оферта;
3. рассмотрение оферты;
4. акцепт оферты.

При этом обе стадии – оферта и акцепт оферты – являются обязательными для всех случаев заключения договора.

Под офертой понимается предложение заключить договор, которое должно отвечать следующим обязательным требованиям:

- ✓ во-первых, быть адресованным конкретному лицу (лицам);
- ✓ во-вторых, быть достаточно определенным;
- ✓ в-третьих, выражать намерение сделавшего его лица заключить договор с адресатом, которым будет принято предложение;

✓ в-четвертых, содержать указание на существенные условия, на которых предлагается заключить договор (ст. 435 ГК РФ).

Акцепт (ст. 438 ГК РФ), т.е. ответ лица, которому была направлена оферта, о принятии ее условий, должен быть полным и безоговорочным [3].

Под существенными условиями договора понимаются условия: во-первых, о предмете договора; во-вторых, условия, которые названы в законе или в иных правовых актах в качестве существенных; в-третьих, условия, которые необходимы для договоров оказания возмездных медицинских услуг, а также все те условия, относительно которых по заявлению одной из сторон должно быть достигнуто соглашение.

Информированное добровольное согласие пациента – это документ, форма которого утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В нем, должно быть расписано, то медицинское вмешательство, на которое пациент согласился, как раз то, что при заключении договора – мы называем предметом договора на оказание платной медицинской услуги.

Конечно, в данном документе много иной информации, которая не входит в перечень существенных условий для заключения договора на оказание платной (возмездной) медицинской услуги.

Для признания информированного согласия офертой, согласно требований законодательства, в ней должно быть указано такое существенное условие как полная стоимость услуги. А также еще одно существенное условие – это сроки оказания платной медицинской услуги.

Таким образом, информированное добровольное согласие пациента не может быть офертой, обязательством заключить договор на оказание платной медицинской услуги. Понуждение к заключению договора не допускается.

Список литературы

1. *Основы законодательства Союза ССР и Союзных республик о здравоохранении Утвержденные Верховным Советом Социалистических Республик от 12. 12. 1969. || Ведомости ВС СССР. 1969. №52. ст. 466.*
2. *Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Принят Государственной Думой 1. 11. 2011., Одобрен Советом Федерации 9. 11. 2011. || Российская газета №263,23. 11. 2011.*
3. *Гражданский кодекс Российской Федерации 1 часть от 30. 11. 1994. №51-ФЗ Принят Государственной Думой 21. 10. 1994. || Российская газета №238-239, 08. 12. 1994.*
4. *Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан 22 июля 1993г. №5487-1 || Российские вести №174,09. 09. 1993.*

Об авторе:

Елина Наталья Константиновна – заведующий кафедрой гуманитарных дисциплин Частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз», кандидат юридических наук, доцент, 443030, Самара, ул. Чкалова, 100, корпус 4, каб.204, e-mail: Elina-Natali@mail.ru

Elina Natali – *The Head of the Humanitarian disciplines department of Private educational of higher education «Medical university «Reaviz», humanitarian disciplines department manager, candidate of law sciences, docent, Samara.*

© Елина Н. К., 2015

УДК 616-084:34+378.661-057.87

Ермакова Н. А., Тимофеева М. Ю.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИНЦИПА ПРИОРИТЕТА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВЫЗОВ

Статья посвящена анализу законодательства в системе здравоохранения с целью выделения отдельных составляющих системы контроля обеспечения студентов надлежащим образом жизни и здоровья на период их обучения в медицинском вузе.

Ключевые слова: *ненадлежащее оказание помощи студентам; обеспечение образа жизни и здоровья, правовые основы.*

Ermacova N. A., Timofeeva M. U.

LEGAL ASPECT OF THE PRINCIHPS CJNTROL QUALITY AND SAFETY OF CARE STUDENTS MEDICAL UNIVERSITY

This article analyzer the legislation in the field of health in order to separate the individual components of the mandatory system of internal control and safety of care at the health facility.

Keywords: *legal and civil aspects students, civil practice, system of control quality and safety of care student.*

На современном этапе развития, одним из кардинальных направлений построения в России правового государства является повышение правовой культуры всех российских граждан, в том числе медицинских работников в лице студентов медицинских вузов [1].

Несмотря на огромный запас знаний в области коррекции биологического возраста человека, и обладая практическими умениями по формированию здорового образа жизни, владея технологиями физической культуры, отдельные студенты умудряются на практике не применять в повседневной своей жизни и долю полученных знаний.

Необходимо отметить, что за последние десятилетия, на территории Российской Федерации проблема охраны и укрепления здоровья студенчества», как и здоровый образ жизни всей нации стали национальными идеями, не только на уровне общественного сознания, образования, воспитания, а легли в основу законодательной базы.

Так, ст. 41 Конституции РФ закрепляет, право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь, которая оказывается

гражданам в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно, за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений.

В свою очередь, Федеральный закон от 21 ноября 2011г. ФЗ-№323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», не только закрепляет все аспекты медицинской деятельности, но и регулирует в гл. 4 ст. 18 – общие положения на охрану здоровья; ст. 19 право на медицинскую помощь любого человека и гражданина, выступающего в качестве пациента, не зависимо от его гражданства, вероисповедания и социального статуса.

Необходимо выделить, что ч. 3ст. 30, закрепляет формирование здорового образа жизни у граждан РФ начиная с детского возраста, с помощью проведение мероприятий, направленных на информирование о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации и создания условий к ведению здорового образа жизни и занятий физической культурой и спортом.

Учитывая, что большинство первокурсников относятся к категории несовершеннолетних, не достигших 18летнего возраста, несмотря на некоторую размытость формулировки ч. 2 ст. 7ФЗ-№323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», закрепляет приоритет пациентов- детей при оказании им медицинской помощи, особенно в экстренных случаях и в период прохождения диспансеризации. Это имеет практическое значение при ограниченном запасе лекарств и при решении об очередности использования редкого и дорогостоящего оборудования, на которое имеется очередь.

Проведенные за 2013-2015 гг. исследования о жизнедеятельности студентов выявили ряд существенных недостатков, таких как несвоевременный прием пиши, систематическое недосыпание, малое пребывание на свежем воздухе, недостаточная двигательная активность, отсутствие закаливающих процедур, выполнение самостоятельной учебной работы во время, предназначенного для сна, курение и др. [2, 4]

В результате, накапливающиеся в течение учебного года, негативные последствия такой организации жизнедеятельности наиболее ярко проявляются в увеличении числа хронических заболеваний к окончании 3-4 курсов. А так как эти процессы наблюдаются в течение 5-6 лет обучения, то они оказывают существенное влияние на состояние здоровья студентов [2, 3, 4].

Формирование здоровья зависит от многих составляющих образа жизни, среди которых ведущее место, кроме занятия спортом принадлежит условиям проживания, организации питания и наличию вредных привычек.

Основную часть времени студент проводит вне учебного заведения, находясь в жилых помещениях и на улицах мегаполиса. Поэтому комфорт и благоустроенность жилья имеет большое значение для восстановления работоспособности и поддержания здоровья на должном уровне.

Так ст. 17 ФЗ -№323»Об основах охраны здоровья граждан» закрепляет право граждан на охрану здоровья, которое обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Согласно последним исследованиям, низкое качество жилья способствует возникновению у учащихся заболеваний центральной нервной системой, органов дыхания и костно-мышечной системы [3, 4]. Особенно неблагоприятное влияние оказывает низкая температура жилья, его запылённость и загазованность.

Остается отрытым вопрос – о выстроенных студентами приоритетах на свободное от учебных занятий время: на отдых, подготовку домашних заданий, занятий физической культурой, для выполнения других элементов здорового образа жизни в зависимости от жилищных условий.

В результате исследований установлено, что у подавляющего большинства студентов Первого МГМУ им. И. М. Сеченова жилищные условия хорошие, Удовлетворительную оценку занимаемому жилью дали 21,2% респондентов.

В тоже время от 47,1 до 79,2% дают негативную оценку экологического состояния в местах постоянного проживания по физическим (шум) и химическим (запыленность, загазованность) факторам.

Известно, что одной из важнейших составляющих здорового образа жизни является рациональное питание. Нехватка времени, недостаточная компетентность в вопросах культуры питания, темп современной жизни студента – все это приводит

к нарушениям приема пищи, режима питания, выбора пищевых продуктов. Неправильное питание становится серьезным фактором риска развития многих заболеваний [5, 6].

Анализ результатов анкетирования студентов по оценке регулярности приема пищи показал следующие нарушения режима питания: около 18,5% студентов не завтракают, 8,7% не обедают или не ужинают – 7,8%, а, следовательно, это та часть учащихся (35,0%), которые питаются менее 3 раз в день.

К следующим, значимыми факторами риска, относящихся к ненадлежащему образу жизни учащихся являются вредные привычки, такие как курение, употребление алкоголя, наркотических средств и психоактивных веществ.

Из полученных данных за 2014-2015 гг. видно, что курят 29,2% студентов; частое употребление алкоголя и энергетиков (ежемесячно – еженедельно) – 36,2% и 12,2% соответственно.

В формировании здорового образа жизни индивида весомый вклад вносит его физическая подготовленность, то есть способность организма к выполнению мышечной работы. Человек, имеющий высокий уровень физической подготовленности, характеризуется также относительно высоким объемом двигательных навыков и функциональных возможностей кардиореспираторной, выделительной, терморегулирующей систем, правильным строением тела, что позволяет улучшить их субъективное здоровье, оптимизировать процесс обучения и качественно подготовится к будущей профессии.

В структуре предъявляемых студентами жалоб первые значения занимают: повышенная утомляемость (73,5%), вялость (72,5%), раздражение слизистых глаз (49,4%) и головные боли (46,7%). Жалобы на боли в сердце, головокружения, шум в ушах, онемение конечностей, одышку и тяжесть в ногах составляют так же высокий процент – от 9 до 33%. Это свидетельствует о негативных изменениях в центральной нервной, сердечнососудистой и легочной системах.

В результате проведенного анализа заболеваемости студентов по выданным справкам временной нетрудоспособности было установлено, что на первом месте стоят простудные заболевания: ОРВИ, трахеиты, фарингиты; затем заболевания органов дыхания: бронхиты, пневмонии, обострения бронхиальной астмы.

Подавляющее число справок с освобождением от занятий выдается с сентября по декабрь.

В тоже время без учета ОРВИ в структуре заболеваемости наибольший удельный вес по выданным справкам занимают заболевания органов дыхания 44%, ЛОР-органов 11%, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) 9%, неврология 8%, вегето-сосудистой дистонии (ВСД) 7%, мочеполовой системы (МПС) 5%. На долю травм и инфекционных заболеваний приходится 10 и 6% соответственно.

Выявленные недостатки в состоянии здоровья студентов и их порой ненадлежащего образа жизни и легкомысленного отношения к своему здоровью во многом связаны не столько с неблагоприятным воздействием социально-гигиенических факторов окружающей среды, сколько, на наш взгляд с излишним демократизмом действующего законодательства. Все перечисленные ссылки на нормативную базу, закрепляют и расширяет возможности граждан – пациентов для реализации своих прав и потребностей, и только в ст. 27 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» содержится перечень обязанностей пациента.

К сожалению, включение охраны здоровья в сферу обязанностей гражданина является новеллой отечественного законодательства.

Ранее действующие «основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» подобной нормы не имели, и появившаяся ч. 1ст. 27 ФЗ-№323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» данная норма является только декларативной, поскольку действующее законодательство не предусматривает никакой ответственности за уклонение от исполнения данной обязанности, ведь гражданин, в данном случае студент, не может быть привлечен к юридической ответственности не только за легкие формы уклонения от заботы о своем здоровье (нарушение правил здорового питания), но и за тяжкие. Так, студент может фактически поставить себя на край гибели курением табака, или злоупотреблением алкоголем, но правовых норм, наказывающих за такое поведение – нет.

Российское публичное право закрепляет некоторые составы правонарушений, объективная сторона которых включает нанесение вреда своему здоровью, так ст. 6.9 КоАП РФ предусматривает административную ответственность за немедицинское употребление наркотических средств.

В этой ситуации для студентов именно медицинских вузов, данный факт является причиной отчисления, за предполагаемую профессиональную непригодность.

На наш взгляд, если бы законодатель закрепил определенные санкции для выпускников вузов, за ухудшение в состоянии здоровья и физических данных за период обучения, может это субъективно могло бы повлиять на стремление студенчества придерживаться надлежащего образа жизни, улучшая собственное здоровье за весь период обучения.

Список литературы:

1. *Сергеев Ю. Д., Павлова Ю. В., Поспелова С. И., Каменская Н. А. Правоведение || Медицинское право. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. С. 9.*
2. *Состояние здоровья студентов и основные задачи университетской медицины Гончарова Г. А., Миннибаев Т. Ш., Рапопорт И. К.,Тимошенко К. Т., Чубаровский В. В. || Здоровье населения и среда обитания, 2012, № 3.*
3. *Архангельский В. И. и др. Социально-гигиеническая и психолого-педагогическая адаптация студентов || Гигиена и санитария, 2012. № 1.*
4. *Миннибаев Т. Ш. и др. Изучение влияния условий и организации обучения на показатели успеваемости и здоровья студентов. || Гигиена и санитария, 2015. Т. 94. № 4. С. 57-60.*
5. *Мишина С. А. и др. Оценка характера питания и состояния здоровья студентов 2 и 3 курсов Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. || «Роль и место гигиенической науки и практики в формировании здоровья нации». Сборник тезисов. Межвузовская научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 130-летию кафедры общей гигиены МПФ Первого МГМУ имени И. М. Сеченова. 2014 г. Москва. С. 121-123.*
6. *Алексеенко С. Н.,Авдеева М. Г.,Дробот Е. В. Ценностно-мотивационные приоритеты студентов медицинского вуза в отношении здорового образа жизни. || Фундаментальные исследования, 2013. № 2.*

Об авторах:

Ермакова Нина Анатольевна – старший преподаватель кафедры гигиены ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, дом 2, стр. 2, e-mail: nina_ok11@gmail.com

Тимофеева Маргарита Юрьевна – старший преподаватель кафедры медицинского права ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, дом 2, стр. 2, e-mail: timofeeva_info @mail.ru

Ermacova Nina Anatoletvna – senior lecture, PhD, Department, Sechenow First State Medical University, Moscow

Timofeeva Margarita Urihvna – senior lecture, professor, PhD, Medical Law Department, Sechenow First State Medical University, Moscow

© Ермакова Н. А., Тимофеева М. Ю., 2015

УДК 616-036.88+616-091+340.624.6

Ерофеев С. В., Козырев В. А., Калинин Р. В.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ: ПРАВОВЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ, ПОТРЕБНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ И НЕОБХОДИМОСТЬ КОРРЕКТИРОВКИ

На основании многолетнего экспертного опыта по уголовным и гражданским делам и с учётом перехода от патерналистической модели отношений с пациентом к медико-правовой в работе даны предложения по изменению организации клинико-анатомического анализа в больнице. Наиболее существенные из этих изменений: отказ от двойного – клинического и морфологического – диагноза, формирование единого клинико-морфологического диагноза; субъектом этой работы должна стать Врачебная Комиссия больницы.

Ключевые слова: *неблагоприятный исход медицинской помощи; ненадлежащее врачевание; клинико-анатомический анализ; судебно-медицинская экспертиза; патологическая анатомия; врачебная комиссия.*

Erofeev S. V., Kozyrev V. A., Kalinin R. V.

CLINICAL AND ANATOMICAL ANALYSIS OF FATAL OUTCOMES: LEGAL IMPLICATIONS, NEEDS OF MEDICAL PRACTICE AND THE NEED TO ADJUST

Based on many years of expertise in criminal and civil cases and taking into account the transition from a paternalistic model of relations with the patient to medico-legal model the paper are given in the proposals for changing the organization of clinical-anatomic analysis in the hospital. The most significant of these changes: waiver of dual clinical and morphological diagnosis, the formation of a unified clinical-morphological diagnosis; the subject of this work must become the Medical Commission of the hospital.

Keywords: *an adverse outcome of medical care; improper healing; the clinical-anatomic analysis; forensic examination; pathological anatomy; medical Commission.*

Следуя разумным традициям, существующим в отечественной судебно-медицинской и патологоанатомической службе ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области» всегда уделяю внимание клинико-анатомической работе в составе комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ), на клинико-анатомических конференциях, в ведомственных и вневедомственных комиссиях. Одновременное накопление и анализ

опыта исполнения комиссионных экспертиз в связи с правонарушениями медицинских работников заставили нас задуматься о целесообразности прежних форм организации клинико-анатомического анализа. Оценив его сущность и условия применения в современных условиях (высокая требовательность больных, активность средств массовой информации и правоохранительных органов), мы сочли, что существование двух диагнозов – клинического и морфологического – у одного больного нецелесообразно, а их противопоставление ведёт к росту необоснованных претензий к ЛПУ. В продолжение этой темы предлагаем оценить реальную возможность:

- ✓ отказа от двойного диагноза – клинического и патологоанатомического;
- ✓ формирования единого окончательного клинико-морфологического диагноза, существование которого соответствует и действующему правовому регламенту, и потребностям медицинской практики;
- ✓ ведение клинико-анатомического анализа и формирования окончательного посмертного диагноза возложить на врачебную комиссию ЛПУ, что в современных условиях не только соответствует нормативной правовой базе, но позитивно скажется на результатах экспертизы качества медицинской помощи.

Начнём с анализа определений понятия «диагноз» в законодательстве и обратимся к федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21. 11. 2011г. №323-ФЗ (далее закон №323-ФЗ) [1]. В ст. 2 (п. 7) находим понятие «диагностика» как «комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление фактора наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий».

Из этого определения следует, что законодатель предусматривает в длинной цепочке участников диагностики и прозектора (патологоанатома или судебно-медицинского эксперта) как субъекта посмертного этапа диагностики: среди инструментов установления диагноза упомянуты и патологоанатомические (читай – морфологические) методы, которые используются в том числе и в «целях определения диагноза ...и|или контроля за осуществлением этих (лечебно-диагностических) мероприятий».

Отдельного определения «диагноз» в федеральном законе не предусмотрено. Отсутствуют в нём и отдельные понятия «диагностика клиническая» и «диагностика патологоанатомическая». Поэтому мы обращаем далее внимание на то, кто является субъектом установления диагноза и убеждаемся, что им является лечащий врач (ст. 70, п. 5 закона №323-ФЗ): он «...устанавливает диагноз, который является основанным на всестороннем обследовании пациента и составленным с использованием медицинских терминов медицинским заключением о заболевании (состоянии) пациента, в том числе, явившемся причиной смерти пациента».

Аналогичную задачу – «получение данных о причине смерти и диагнозе заболевания» закон возлагает на патологоанатома в ст. 67 (п. 1). При этом упоминания о некоем особом «патологоанатомическом» диагнозе мы не находим. Внимательное прочтение ст. 67 закона №323-ФЗ и сопоставление с содержанием ст. 2 (п. 7) показывает, что вскрытие проводят с целью исследования морфологического компонента имевшейся патологии – с последующим включением этих данных в понимание причины смерти и диагноза заболевания. Очевидно, что речь вновь идёт о верификации прижизненного диагноза – на последнем, посмертном этапе диагностики. Современная диагностика в любом ЛПУ происходит с участием множества врачей – специалистов, проводящих сложные и обширные исследования различных органов и систем. При этом ни один из них не претендует на формулирование собственного диагноза – рентгенологического, компьютерно-томографического, эндоскопического и т.п. По аналогии – прозектора как «одного из равных» в ряду специалистов, предоставляющих диагностическую информацию, вряд ли целесообразно наделять правом выражать своё мнение в особом «патологоанатомическом диагнозе». Тем самым сознательно увеличивается вероятность разногласий с клиницистами, особенно если учесть, что

прозектор нередко трудится бесконтрольно. К тому же остаётся не урегулированным законом вопрос о субъектах передачи информации о причине смерти родственникам умершего больного.

Так, ст. 67 (п. 5) закона №323-ФЗ определяет, что «заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдаётся супругу, близкому родственнику… правоохранительным органам, органу, осуществляющему контроль качества и безопасности медицинской деятельности, и органу, осуществляющему контроль качества и условий предоставления медицинской помощи, по их требованию». Это положение, по существу, устанавливает изъятие из общего правила о запрете предоставления таких сведений (в соответствии со ст. 13 «Врачебная тайна» закона №323-ФЗ) [3].

Из формулировки п. 5 ст. 67 закона №323-ФЗ неясно:

- ✓ о каком заключении идёт речь – клинико-анатомическом или патологоанатомическом?
- ✓ кто имеет право это заключение предоставлять – патологоанатом, либо лечащий врач, либо администрация ЛПУ?
- ✓ в какой форме оно должно быть предоставлено – в виде медицинского свидетельства о смерти, либо справки, либо ксерокопии протокола патологоанатомического вскрытия трупа, либо в виде выписки из истории болезни с указанием диагноза и посмертного эпикриза, либо в виде выписки из протокола заседания врачебной комиссии?
- ✓ когда заключение должно быть предоставлено – тотчас после вскрытия либо по окончании всех необходимых дополнительных исследований, либо после клинико-анатомической конференции, либо после заседания врачебной комиссии?

Эта неопределённость регламента выдачи заключения о причине смерти, в частности, допускает выдачу заключения патологоанатома (или судебного медика) тотчас после вскрытия, без ведома администрации ЛПУ и без проведения врачебной комиссии. Подобные действия прозектора по своим последствиям, в том числе и правовым, могут быть непредсказуемыми. Наш опыт анализа уголовных и гражданских дел свидетельствует о возникновении необоснованных претензий к ЛПУ при таком порядке передачи информации родственникам умершего.

Не исключаем, что наша тревога по поводу опасной неопределенности в законе №323-ФЗ преждевременна, поскольку законодатель мог рассчитывать на чёткий регламент указанных выше ситуаций в подзаконных нормативных актах. Обратимся к приказу МЗ РФ от 06. 06. 2013г. №354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий (далее – приказ №354н) [7].

Именно в нём впервые из действующих ныне нормативных правовых актов возникает термин «патологоанатомический диагноз» (п. 29 Приказа №354н). Но ни определения этого важного по медико-правовым последствиям понятия, ни его отличий от клинического диагноза в приказе не приведено.

В этом же п. 29 изложена цель и сущность процесса сопоставления диагнозов. «Для выявления расхождения заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза, а также дефектов оказания медицинской помощи производится сопоставление заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза…сведения о расхождении заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза, а также о выявленных дефектах оказания медицинской помощи вносятся врачом-патологоанатомом в протокол вскрытия и направляются в медицинскую организацию…» Более того, результаты действий по поиску дефектов диагностики и лечения, подкреплённые подписью заведующего патологоанатомическим отделением (ПАО), должны быть отражены официально в Протоколах патологоанатомического вскрытия (п.п. 35,36 Приложения №2 и п.п. 44,45 Приложения №3 к приказу №354н).

Подводя итог содержанию п. 29 Приказа, отмечаем:

- ✓ цель сопоставления диагнозов – поиск оснований для их расхождения и поиск дефектов медицинской помощи;
- ✓ это поручено решать только одному специалисту – патологоанатому, и место для регистрации дефектов заранее предусмотрено в каждом протоколе вскрытия;
- ✓ однако нигде не закреплено нормативно, является ли мнение прозектора окончательным по сравнению с клиническим диагнозом.

В этой связи невольно обращаешь внимание на то, что только прозекторы по сравнению с десятками врачей иных специально-

стей наделены единоличным правом и независимо от квалификации регистрировать дефекты медицинской помощи и оценивать некие изменения по своему усмотрению как дефекты медицинской помощи. Отметим, что столь широкими правами наделены преимущественно патологоанатомы: в ныне действующих приказах МЗ РФ деятельность судебно-медицинских экспертов по выявлению дефектов медицинской помощи не обозначена. О чём это заставляет задуматься?

- ✓ Обеспечивает ли подобная организация вскрытий объективность диагноза, и не ведёт ли она к субъективизму?
- ✓ Целесообразно ли сохранять порядок вскрытий, установленный в 30-х годах прошлого века, когда медицинская помощь не была столь высоко коллективной, когда клиницисты не обладали современными возможностями визуализации патологии, а в сфере диагностики одному лечащему врачу противостоял один прозектор?

Весьма важным с точки зрения возникновения конфликта с родственниками является процедура передачи им информации о причине смерти. Но анализируемый приказ №354н только добавляет в регламент этого процесса неоднозначность – как в отношении понятий «заключение о причине смерти и диагнозе заболевания», так и в отношении сроков предоставления этой информации родственникам умершего.

Неясность в формулировки пунктов 31 и 32 Приказа вносит дважды упоминаемая фраза «заключение о причине смерти и диагнозе заболевания», которая настраивает понимать под этим один и тот же документ – одинакового содержания и объема. Однако в п. 32 под ним действительно имеется в виду окончательное развёрнутое мнение патологоанатома, оформленное выпиской из протокола вскрытия. А в п. 31 это «заключение» является схематичной записью в бланке медицинского свидетельства о смерти (ф. 106|у-08), которое на практике нередко носит ещё и предварительный характер. Существенные различия этих двух документов требуют и различного их наименования в тексте закона, а определение «заключение о причине смерти и диагнозе заболевания» целесообразно применять только в отношении понятия, описанного в п. 32 Приказа, где продублировано определение из п. 5 ст. 67 закона №323- ФЗ.

От определения нормативных сроков предоставления «заключения о причине смерти» зависит качество и полнота передаваемой родственникам умершего информации. Однако и здесь мы столкнулись с неоднозначностью регламента. При внимательном прочтении п.п. 29,30,31,32 Приказа №354н возникает сомнение, в какой последовательности должен действовать прозектор. Если исходить из того, что предыдущие пункты приказа предписывали его действия в хронологической последовательности, то и действия, описанные в п.п. 28-32, должны также следовать друг за другом. Тогда прозектору (согласно п. 28) следует «...в день проведения патологоанатомического вскрытия оформить «Протокол патологоанатомического вскрытия» и внести в него (согласно п. 29, абз. 2) «...сведения о расхождении заключительного клинического…и патологоанатомического диагноза, а также о выявленных дефектах оказания медицинской помощи», которые направить «в медицинскую организацию». Очевидно, что в день проведения исследования трупа эти сведения редко могут быть достоверными.

Наконец, п. 32 Приказа определяет порядок выдачи «заключения о причине смерти и диагнозе заболевания» без участия клиницистов и администрации больницы, т.е. лично патологоанатомом, оформившим протокол вскрытия, в котором предусмотрены только его личные действия. Нет сомнений, что регламент процесса передачи информации о причине смерти не должен иметь столь неоднозначного толкования.

Последствия описанной правовой неопределённости в сочетании с широкими полномочиями прозектора по формулировке посмертного диагноза, сопоставлению его с клиническим могут принести больнице необоснованные претензии по поводу дефектов лечебно-диагностического процесса. А претензии эти могут в настоящее время иметь исходы в четырёх вариантах.

1. Штрафные санкции страховых медицинских организаций. Например, в Ивановской области приложение №21 к «Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования ... на 2015 год» (раздел 3, табл. 1) [9] содержит указание на санкцию весьма серьёзного объёма «… п. 3.13.1. Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 ка-

тегории (при отсутствии объективных причин) – 500% размера норматива финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год». Штраф значителен. Однако по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз нам приходилось видеть дефекты, обозначенные как расхождение второй или даже третьей категории, которое фактически возникало из-за неправильного оформления окончательного клинического диагноза, а не из-за диагностических ошибок. В таких ситуациях коллегиальный клинико-анатомический анализ, например, врачебной комиссией, вполне мог бы установить, что сущность лечебно-диагностического процесса не нарушена, а дефект имеет отношение к оформлению медицинской карты. Мы уверены, что аналогичные необоснованные санкции применяют эксперты СМО и в иных субъектах РФ.

2. Обращение с претензиями в страховые медицинские организации, государственные органы управления здравоохранением, территориальные и федеральные надзорные органы в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), в сфере соблюдения прав потребителя и благополучия человека (Роспотребнадзор).

Многочисленные проверки, которые основаны в своих решениях на дефектной нормативной правовой базе, допускающей неоднозначное толкование, неопределенность (как это было показано выше) обычно не ведут к истинному решению либо приводят к нему после продолжительных дискуссий по поводу толкования терминологии.

3. Обращение в следственное управление СК РФ, следственное управление УМВД, в прокуратуру субъекта РФ с претензиями на не верифицированое расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов, которое нередко основано на обывательских представлениях, влечёт за собой доследственную проверку либо следствие по уголовному делу продолжительностью до нескольких месяцев.

4. Обращение с аналогичными претензиями, изложенными в исковом заявлении в суд, предполагает материальную компенсацию вреда здоровью со стороны ЛПУ – как максимум. Но как минимум – многомесячный гражданский процесс со всеми вытекающими расходами и трудозатратами.

Любой из этих четырёх сценариев, которые могут возникнуть из-за неопределённости нормативной базы, ошибочных или безответственных действий прозектора, отсутствия должного профессионального контакта между клиницистами и патологоанатомической (судебно-медицинской) службами, из-за отсутствия прозрачной и понятной методики посмертного клинико-анатомического анализа, несёт при необоснованных претензиях к ЛПУ весьма существенные и негативные последствия.

Возможно ли предусмотреть и предупредить эти негативные последствия? С этой целью считаем возможным изложить собственный опыт организации клинико-анатомического анализа, что мы практикуем в течение нескольких последних лет и убедились, что в современных условиях это не только эффективно, но и полностью соответствует действующей нормативной правовой базе.

Практикуемый нами подход основан на двух принципиальных положениях:

- ✓ прозектор совместно с клиницистами, сохраняя независимость позиции, должен сформулировать единый окончательный клинико-морфологический диагноз;
- ✓ совместная клинико-анатомическая деятельность должна проходить в составе врачебной комиссии, работа которой полностью соответствует федеральному законодательству и ведомственным нормативным актам Минздрава России.

Последнее положение подтвердим сведениями правового характера и убедимся, что законом №323-ФЗ (ст. 48, п. 2) уже более четырех лет назад предусмотрен порядок рассмотрения сложных клинических случаев: «Врачебная комиссия создается … в целях принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях … осуществления оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий …, а также принятия решений по иным вопросам. Решение врачебной комиссии оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента».

Кроме того, клинико-анатомический анализ летальных исходов – составляющая контроля качества медицинской помощи, что соответствует содержанию ст. ст. 85, 87 (п. 1.3 и 2.1), 90 Закона

№323-ФЗ. Статьёй 87 (п. 1) среди трёх уровней контроля качества и безопасности медицинской деятельности предусмотрен внутренний контроль, субъекты которого (ЛПУ) перечислены в ст. 90 Закона №323-ФЗ.

Мы убедились, что в этом уникальном случае нормативная правовая база опередила в своём развитии реальную организацию дела в здравоохранении и разумно предоставила право ведения клинико-анатомического анализа врачебной комиссии ЛПУ, обладающей серьёзными полномочиями [4].

Деятельность врачебной комиссии (ВК) логично вписывается в федеральный регламент «Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» [2], в «Порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [6], а также в «Порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (далее – Порядок ВК) [4].

Для организации объективного и обоснованного клинико-анатомического анализа из Порядка ВК важны следующие положения.

В функции ВК входит оценка качества лечебно-диагностических мероприятий (п. 4.6), оценка порядка ведения медицинской документации (п. 4.7), разработка мероприятий по устранению нарушений в диагностике и лечении (п. 4.8), «изучение каждого случая смерти пациента для выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации» (п. 4.9), организация и ведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, (п. 4.20), «рассмотрение обращений (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи» (4.22). В нормативных документах есть рекомендации вводить в состав комиссий, осуществляющих контроль качества медицинской деятельности, компетентных специалистов. Следовательно, ограничений для участия в ВК патологоанатома, состоящего в штате патологоанатомического Бюро, или судебно-медицинского эксперта, а также юриста, нет. Включение в состав ВК заведующего патологоанатомическим отделением ЛПУ следует из текста «Положения о ВК».

Частота заседаний ВК (не реже одного раза в неделю) вполне достаточна для эффективного исполнения функций ВК (п. 14). Что же касается принятия решения ВК, то в локальном Положении ЛПУ было бы целесообразно предусмотреть вариант на случай принципиального расхождения во мнениях у членов ВК: в такой ситуации любой из членов ВК может не согласиться с общим мнением и вправе изложить своё. Причем, следует закрепить в локальном акте ЛПУ, что и общее, и индивидуальное мнение имеют одинаковую силу, что будет обеспечивать в целом и коллегиальность, и независимость суждений всех членов ВК.

Наконец, «Положение о ВК» вводит разумный порядок передачи информации о причине смерти и диагнозе заболевания – в противовес неопределённости, допущенной в приказе МЗ РФ от 06.06.2013г. №354н.

Мы согласны с целесообразным положением о том, что «выписка из протокола решения врачебной комиссии выдаётся на руки пациенту либо его законному представителю на основании письменного заявления» (п. 18 приказа №502н). По всем случаям смерти больных выдача «заключения о причине смерти и диагнозе заболевания», как обозначено в ст. 67 (п. 5) Закона №323-ФЗ, должна стать прерогативой ВК.

На наш взгляд, для анализа летальных исходов очевидны преимущества врачебной комиссии (ВК) по сравнению с такими «органами» как распространенная ранее клинико-анатомическая конференция (КлАК) и комиссия по изучению летальных исходов (КИЛИ). В обоснование этого тезиса приведём следующие аргументы:

- ✓ Прежде всего работа ВК регламентирована на уровне федерального законодательства и ведомственных приказов МЗ РФ, что обеспечивает унифицированный подход к её деятельности. И это – в отличие от регламента КИЛИ и КлАК, которые обычно организованы в ЛПУ на уровне локальных нормативных актов либо вследствие пожеланий, высказанных в методических указаниях.
- ✓ ВК включает узкий круг заинтересованных специалистов, равных в правах. Считаем целесообразным ввести в её состав юриста ЛПУ, поскольку функции ВК предполагают профес-

сиональное знание правового регламента и прогнозирование юридических последствий медицинской деятельности [10].

В отличие от клинико-анатомической конференции Врачебная Комиссия:

- ✓ лишена излишней огласки, которая может негативно (а иногда и незаслуженно) сказаться на репутации отдельного врача;
- ✓ она лишена «базарных» тенденций при обсуждении и необдуманных высказываний, так же необдуманно внесённых в протокол конференции, который фигурирует затем в материалах уголовного дела;
- ✓ состав ВК имеет возможность профессионально оценить юридические последствия неблагоприятного исхода медицинской помощи, не допуская субъективизма, неаргументированных обвинений, что также недопустимо по своим последствиям. Более того – построение правового прогноза ценно уже тем, что оно заставляет думать о путях разрешения конфликта с больным, планировать линию защиты при перспективе уголовного или гражданского процесса;
- ✓ результаты работы ВК изложены в профессионально оформленном унифицированном протоколе, который вполне может стать доказательством в уголовном или гражданском процессе. Заключение ВК является законным, юридически значимым документом, который вполне может быть противопоставлен иным нормативно обоснованным документам – например, оформленным при проведении вневедомственного контроля.

Описанный выше новый подход к ведению клинико-анатомического анализа как функция врачебной комиссии гармонично вписывается в систему контроля качества и безопасности медицинской деятельности. В настоящее время система контроля включает несколько форм (ст. 87 федерального закона №323-ФЗ):

- ✓ государственный контроль;
- ✓ ведомственный контроль;
- ✓ внутренний контроль.

Деятельность Врачебной Комиссии ЛПУ является формой внутреннего контроля. Официальное и полноправное положение этой формы контроля весьма важно в связи с активизацией деятельности правоохранительных органов по заявлениям граждан о неоказании или ненадлежащем оказании медицинской помощи.

Эта активность проявляется в резком росте числа доследственных проверок по всей стране. В последние два года они назначаются не только по жалобам больных и их родственников, но и по всем случаям смерти беременных, рожениц, родильниц, несовершеннолетних независимо от того, наступила смерть в стационаре или в иных условиях. Причем обо всех подобных случаях правоохранители обязывают ЛПУ сообщать в дежурную часть отдела полиции – во исполнение приказа МЗ РФ от 17.05.2012 г. №565н [5].

Сейчас основным документом, помогающим правоохранителям сориентироваться в медицинской сущности происшедшего, является протокол (заключение) клинико-экспертной комиссии органа управления здравоохранением (ведомственный контроль). Это медицинское расследование ранее проводилось в соответствии с письмом МЗ СССР от 12.06.1987 г. №06-14022 (согласованным с прокуратурой СССР) «О порядке проверки фактов нарушения правил, регламентирующих профессиональную деятельность медицинских работников» [8]. Изложенных в этом письме методических рекомендаций субъекты ведомственного контроля придерживаются и поныне. Для следователя заключение клинико-экспертной комиссии органа управления здравоохранением является документом, в котором изложена медицинская сущность происшедшего. Это даёт ему возможность с помощью специалистов определить, имеются ли условия для наступления уголовной ответственности. Учитывая, что в среднем более половины «медицинских» жалоб, как в России, так и за рубежом признаются необоснованными [11], то этого заключения клинико-экспертной комиссии вполне достаточно для вынесения постановления об отказе в возбуждении уголовного дела.

Такова сущность и цель этой объемной и сложной работы, которая тяжелым бременем ложится на органы управления здравоохранением. При этом ЛПУ, обязанное провести внутренний контроль при неблагоприятном исходе медицинской

помощи, в работе по жалобе не участвует. Наш опыт оценки материалов уголовных и гражданских дел показывает, что внутренний контроль по жалобам пациентов целесообразен. В настоящее время существуют правовые основания для его осуществления Врачебной Комиссией, а также для использования правоохранителями заключения ВК в материалах доследственной проверки. Таким образом, и согласно нормативной правовой базе, и по сущности работы процесс экспертной оценки медицинской помощи при расследовании уголовного дела может быть четырехэтапным: до возбуждения уголовного дела и при повторяющихся жалобах потерпевших – внутренний, ведомственный и государственный контроль, а на стадии возбужденного уголовного дела – комиссионная судебно-медицинская экспертиза.

В нашей области крупные ЛПУ уже около трёх лет успешно практикуют внутренний контроль при неблагоприятных исходах медицинской помощи, и заключение ВК является одним из экспертных документов, позволяющих следствию оценить медицинскую сущность происшествия и решить вопросы об условиях наступления уголовной ответственности.

Подводя итог, считаем необходимым подчеркнуть следующее:

1. Ввиду существенных изменений нормативной правовой базы здравоохранения, роста правосознания и правовой активности населения, пристального внимания правоохранительной системы и СМИ к качеству и доступности медицинской помощи, вследствие перехода системы здравоохранения к медико-правовой модели отношений с пациентом возникли необходимые условия для изменения традиционной модели клинико-анатомического анализа летальных исходов.

2. В реальных условиях одновременное существование в истории болезни двух окончательных диагнозов – клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) – имеет существенные негативные последствия в виде их противопоставления и возникновения необоснованных претензий к лечебно-диагностическому процессу в ЛПУ.

3. Выходом из возникшего положения является корректировка традиционных для прошлого века правил клинико-анатомического анализа и взглядов на роль и место прозектора в лечебно-диагностическом процессе:

3.1. считать аутопсию одним из этапов клинической диагностики наравне с участием в диагностике других специалистов, помогающих лечащему врачу в установлении диагноза и контроле за результатами лечения;

3.2. объединить объем информации и интеллектуальный потенциал клиницистов и прозектора для формулировки единого клинико-морфологического диагноза и эпикриза в рамках деятельности Врачебной Комиссии ЛПУ, но сохраняя для членов ВК право независимости суждений и особого мнения;

3.3. признать, что в современных условиях существование «двойного» диагноза и принцип противопоставления клинического и морфологического диагнозов имеет ряд существенных недостатков, не соответствует правовому регламенту, современным правоотношениям в системе здравоохранения и действующим системам контроля медицинской помощи – как ведомственным, так и вневедомственным вплоть до правоохранительных органов и общественных организаций.

4. Оптимальной структурой для ведения клинико-анатомического анализа в предлагаемом варианте является Врачебная Комиссия ЛПУ, полномочия которой гарантированы (по сравнению с КИЛИ и клинико-анатомической конференцией) в правовом и организационном отношении, а также эффективны для контроля медицинской помощи внутри ЛПУ и достаточны для обеспечения полноценной клинической экспертизы.

5. Особенности организации ВК ЛПУ с учетом специфики местных условий могут быть предусмотрены в локальном нормативном акте, соответствующем совокупности законодательных и ведомственных актов, значимые и корректные положения из которых приведены нами в этой публикации.

Список литературы:

1. *Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ.*
2. *Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 №1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».*

3. *Определение Конституционного Суда РФ об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гр. Зубкова В. Н. на нарушение его конституционных прав частями 2, 3 и 4 ст. 13 Федерального закона Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ.*
4. *Приказ МЗ СР РФ от 05.05.2012г. №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».*
5. *Приказ МЗ РФ от 17.05.2012 №565н «Об утверждении порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий».*
6. *Приказ МЗ РФ от 21.12.2012 №1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (п. 20-22,28).*
7. *Приказ МЗ РФ от 06.06.2013 №354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий».*
8. *Письмо МЗ СССР от 12.06.1987 №06-14022 (согласовано с Прокуратурой СССР) «О порядке проверки фактов нарушения правил, регламентирующих профессиональную деятельность медицинских работников».*
9. *Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ивановской области на 2015 год; приложение 21, раздел 3 «Дефекты медицинской помощи», таблица 1. – Иваново, ТФОМС. 2015. 23 с.*
10. *Волохович Т. В. Нужен ли врачебной комиссии юрист? // Медицинское право. 2015. №2. С. 26-27.*
11. *Сергеев Ю. Д., Ерофеев С. В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М., 2001. 293 с.*

Об авторах:

Ерофеев Сергей Владимирович – начальник бюро, заведующий кафедрой судебной медицины и правоведения ГБОУ ВПО «ИвГМА МЗ РФ», доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник здравоохранения РФ, Иваново, e-mail: sva00011@rambler.ru

Козырев Владимир Анатольевич – врач-судебно-медицинский эксперт, заведующий Ивановским межрайонным отделением, e-mail: kalininrw@rambler.ru

Калинин Роман Викторович – врач-судебно-медицинский эксперт, e-mail: kalininrw@rambler.ru

ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области», 153003, Иваново, ул. Парижской Коммуны, д. 5г

Erofeev Sergey Vladimirovich – chief of Bureau of Forensic Medicine of Ivanovo Region, professor, MD, Ivanovo

Kozyrev Vladimir Anatolyevich – doctor-forensic medical expert, Head of Ivanovo inter-district department burden, Ivanovo

Kalinin Roman Viktorovich – doctor-forensic medical expert of Bureau of Forensic Medicine of Ivanovo Region, Ivanovo

Bureau of Forensic Medicine of the Ivanovo Region, Ivanovo

© Ерофеев С. В., Козырев В. А., Калинин Р. В., 2015

УДК [616-053.71-084+347.63](470)

Калецкий Е. Г.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛНЕНИЯ РОДИТЕЛЯМИ ОБЯЗАННОСТИ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ИХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Статья посвящена анализу законодательства Российской Федерации с целью выявления проблем правового регулирования по вопросу исполнения родителями обязанности по охране здоровья их несовершеннолетних детей.

Ключевые слова: *здравоохранение; обязанности родителей.*

Eugene Kaletskiy

LEGAL ASPECTS OF EXECUTION OF PARENTS RESPONSIBILITIES FOR HEALTH OF MINOR CHILDREN IN THE RUSSIAN FEDERATION

This article analyzes the legislation in the field of health in order to identify problems of legal regulation on the enforcement of duties of parents to protect the health of their minor children.

Keywords: *health care; responsibilities of parents.*

Забота о сохранении своего здоровья, соблюдение режима лечения и правил поведения пациента в медицинских организациях, как устанавливает ст. 27 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об охране здоровья граждан), является обязанностью каждого гражданина России. Из содержания данной статьи следует логичный вывод о том, что данная обязанность относится как к совершеннолетним, так и к несовершеннолетним российским гражданам. Представляется важным рассмотреть вопрос о том, имеются ли особенности реализации данной обязанности несовершеннолетними лицами, и как связаны нормы Закона об охране здоровья граждан с положениями семейного законодательства России.

Как известно, родители обязаны заботиться о здоровье, физическом и психическом развитии своих детей, на родителей возлагается защита прав и интересов своих детей; родители являются законными представителями своих детей и выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и

юридическими лицами без специальных полномочий. Также законными представителями несовершеннолетнего ребенка могут являться усыновители, опекуны и попечители (данные лица назначаются детям, оставшимся без попечения родителей, решением органа опеки и попечительства). Вышеназванные обязанности родителей закреплены в ст. 63 и 64 Семейного кодекса РФ, ст. 26 и 28 Гражданского кодекса РФ.

Определим, каким образом взаимосвязаны данные обязанности родителей с положениями действующего законодательства о здравоохранении. Как определено ст. 20 и ст. 54 Закона об охране здоровья граждан, дать информированное добровольное согласие на осуществление какого-либо медицинского вмешательства и на отказ от медицинского вмешательства в отношении ребенка, не достигшего возраста старше 15 лет, может только один из родителей или иной законный представитель. Кроме того, согласно ст. 22 названного Закона, информация о состоянии здоровья ребенка, не достигшего возраста старше 15 лет, может предоставляться только его родителям или иным законным представителям. Помимо этого, предусматривается, что несовершеннолетние, не достигшие возраста старше 15 лет, для прохождения медицинских осмотров должны прибывать в медицинскую организацию в сопровождении родителя или иного законного представителя [1].

Из изложенного следует, что в отношении несовершеннолетних в возрасте младше 15 лет основные полномочия, предоставляемые Законом об охране здоровья граждан, фактически реализуют их законные представители, а прежде всего, родители. Однако возникает некоторая неопределенность при участии в здравоохранительных отношениях пациента в возрасте старше 15 лет, но младше 18 лет.

В соответствии со ст. 20 и ст. 54 Закона об охране здоровья граждан, несовершеннолетний пациент в возрасте старше 15 лет самостоятельно дает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, вправе самостоятельно отказаться от медицинского вмешательства. Также не менее важно то обстоятельство, что на основании ст. 22 рассматриваемого Закона, сведения, составляющие врачебную тайну (т.е. все сведения о состоянии здоровья пациента и его диагнозе, иные сведения,

полученные при его медицинском обследовании и лечении), сообщаются медицинским работником лично пациенту, всем прочим лицам сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть сообщены только по письменному разрешению пациента (за некоторыми исключениями, предусмотренными ч. 3 ст. 22 рассматриваемого Закона). Однако, в соответствии со ст. 63 Семейного кодекса РФ, а равно и применимыми нормами международного права [2], ребенком признается лицо, не достигшее 18-летнего возраста; соответственно, в отношении несовершеннолетнего пациента, который на основании Закона об охране здоровья граждан имеет право самостоятельно решать вопросы, связанные с получением медицинской помощи, его родители продолжают нести ответственность за состояние его физического и психического здоровья. Между тем из вышеизложенного явно следует, что ни медицинская организация, ни лечащий врач не обязаны предоставлять родителям такого несовершеннолетнего пациента никакой информации о его здоровье, их участие в заботе о здоровье ребенка предполагается как право (например, право присутствовать вместе с ребенком в медицинской организации), что может привести к затруднениям в осуществлении родителями своих законных обязанностей (обращает на себя внимание характерное название ст. 51 рассматриваемого Закона – «Права семьи в сфере охраны здоровья»). А ведь неучастие родителей в осуществлении обязанностей по охране здоровья их несовершеннолетних детей может быть признано судом уклонением от выполнения обязанностей родителей, что может повлечь лишение их родительских прав или ограничение их родительских прав (см. ст. 69 и ст. 73 Семейного кодекса РФ).

В научной литературе высказывалось мнение о том, что согласие на медицинское вмешательство следует рассматривать как гражданско-правовой акт, так как две стороны подписывают соглашение о том, что одна сторона выполняет требуемую услугу (оказывает медицинскую помощь), а другая предоставляет свое согласие на ее использование. Соответственно, поскольку здоровье является более ценным правом несовершеннолетнего лица, ответственность за которое несет не он сам, а его законные представители, но при этом несовершеннолетнему ребенку предоставляется большая свобода в решении вопросов касающихся таких основополагающих благ человека, как здоровье и жизнь, чем при заключении гражданско-правовых сделок, касающихся материальных благ, определение 15-летнего возраста, как рубежа дееспособности несовершеннолетнего ребенка для самостоятельного принятия решения по поводу медицинского вмешательства представляется не совсем корректным [3]. Из возможности представления информированного добровольного согласия как гражданско-правовой сделки автор делает вполне убедительный вывод о том, что соответствующее возрастное ограничение установлено необоснованно. Заметим, однако, что данное представление по объективным причинам не учитывает различие понятий «медицинская услуга» и «медицинское вмешательство», применяемых в современном законодательстве об охране здоровья, вследствие чего оно явно небесспорно.

Исходя из изложенного, для разрешения выявленной неопределенности в регулировании отношений несовершеннолетних пациентов, их родителей (законных представителей) и субъектов здравоохранительной деятельности, представляется обоснованным предпринять следующие меры:

1. В ст. 20 и ст. 54 Закона об охране здоровья граждан предусмотреть, что правом самостоятельно давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него обладают граждане, достигшие возраста 14 лет;
2. Предусмотреть в ст. 20, 22 и 51 названного Закона положения о том, что родители (законные представители) несовершеннолетнего пациента в возрасте от 14 до 18 лет обязаны получать информацию о состоянии здоровья своего несовершеннолетнего ребенка, для чего им предоставляется право знакомиться с медицинской документацией такого несовершеннолетнего пациента.

Такие изменения в рассматриваемом Законе позволят привести его в соответствие с гражданским и семейным законодательством России, и снимут выявленную неопределенность из здравоохранительных правоотношений с участием вышеперечисленных субъектов.

Список литературы;

1. *Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989), ст. 1 || Сборник международных договоров СССР. 1993. Выпуск XLVI.*
2. *Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2013 № 27961) || Российская газета (специальный выпуск). 25.04.2013. № 90/1.*
3. *О. Ю. Александрова, О. Н. Лебединец Проблемы информированности и получения добровольного согласия при осуществлении медицинского вмешательства пациентам из уязвимых групп населения. || ГлавВрач. 2008. № 2. С. 22-27.*

Об авторе:

Калецкий Евгений Геннадьевич – старший преподаватель кафедры медицинского права ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, 119991, ул. Большая Пироговская, дом 2, стр. 2, e-mail: kalez@mail.ru

Eugene Kaletskiy – assistant professor of Medical Law Department Sechenov First Moscow State Medical University, Candidate of Law, Moscow

© Калецкий Е. Г., 2015

УДК 616-08-039.75(470)

Калецкий Е. Г.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПАЦИЕНТАМ, НУЖДАЮЩИМСЯ В ОБЕЗБОЛИВАНИИ

Статья посвящена анализу законодательства Российской Федерации с целью выявления проблем правового регулирования по вопросу обезболивания пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь.

Ключевые слова: *здравоохранение; обезболивание; паллиативная помощь.*

Eugene Kaletskiy

CONTEMPORARY ISSUES OF PALLIATIVE CARE IN RUSSIAN FEDERATION FOR PATIENTS IN NEED OF PAIN RELIEF

This article analyzes the legislation of the Russian Federation in order to identify problems of legal regulation on anesthesia of patients receiving palliative care.

Keywords: *health care; anesthesia; palliative care.*

Проблема обеспечения пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, необходимыми обезболивающими, в том числе и наркотическими, до сих пор остается весьма острой. Так, по данным Международного комитета по контролю над наркотиками, Россия занимает 38-е место (из 42) в Европе и 82-е место в мире по доступности наркотического обезболивания. Уровень использования наркотических лекарственных препаратов в РФ составляет 107 статических условных суточных доз на миллион человек в сутки (СУСД). Потребление меньше 100 СУСД оценивается экспертами как недостаточное [1; с. 23].

По оценкам ВОЗ, в мире около 50% умерших от неинфекционных заболеваний и внешних причин нуждаются в паллиативной помощи. Подобные исследования проводились и в раде городов РФ, например, в Нижнем Новгороде анализ карт умерших пациентов показал примерно те же цифры. Если говорить о Москве, то, по нашим данным, около 50 тысяч пациентов ежегодно нуждаются в паллиативной помощи и в идеале должны были ее получать. В 2014 году около 6 тысяч больных

получили помощь в организациях паллиативного профиля. За 6 месяцев 2015 года эту помощь получили уже около 7 тысяч человек [2; с. 20].

Вице-премьер правительства России Ольга Голодец подтверждает, что не все нуждающиеся в обезболивании онкологические больные в РФ имеют свободный доступ к обезболивающим наркотическим препаратам. «Есть сигналы, я сама их получаю, у нас продолжается в отдельных случаях необеспечение обезболивающими препаратами тех, кто в них действительно нуждается…», – заявила вице-премьер [3]. Ольга Голодец считает, что необходимо разработать механизмы эффективного информирования врачей и пациентов об их правах и обязанностях; обезболивающие же должны выписываться врачом пациенту сразу после обращения – день в день [4].

Рассмотрим, какие меры принимаются для обеспечения данной категории больных необходимыми медикаментами. С 30 июня 2015 г. вступили в силу изменения, внесенные в Федеральный закон от 08. 01. 1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», в соответствии с которыми срок действия рецепта на отпуск наркотических средств и психотропных веществ составляет 15 дней (до этого данный срок составлял 5 дней). Медицинским организациям и их обособленным подразделениям, расположенным в отдаленных населенных пунктах, в которых отсутствуют аптеки, было разрешено отпускать наркотические средства и психотропные вещества. Был установлен запрет требовать от пациентов возврата первичных упаковок и вторичных (потребительских) упаковок, использованных в медицинских целях наркотических средств и психотропных веществ. Сокращен до пяти лет срок хранения журналов, где регистрируются любые операции, в результате которых меняется количество таких препаратов. Кроме того, Минздравом разработаны проекты документов, предусматривающих упрощение требований в части хранения, перевозки, учета наркотических средств и психотропных веществ. Данные меры, безусловно, имеют положительный характер и изменяют к лучшему положение нуждающихся в обезболивании пациентов. В то же время, на основании сравнения ранее действовавших и ныне действующих положений указанного закона, представляется возможным утверждать, что правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ находились в существенном противоречии с утвержденным ст. 6 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» принципом приоритета прав пациента в части обеспечения оказания медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния.

Помимо вышеперечисленного, Министерство здравоохранения в настоящее время активно разъясняет различные вопросы, связанные с получением пациентами сильнодействующих обезболивающих (см., например, письмо Минздрава России от 27.02.2014 № 25-4|10|2-1277 об обезболивающей терапии нуждающимся пациентам при оказании им медицинской помощи, письмо Минздрава России от 20.11.2014 № 25-4|10|2-8738 по вопросу совершенствования доступности оказания обезболивающей терапии, письмо Минздрава России от 28.05.2015 № 17-9|10|2-2519 по вопросу организации медицинской помощи пациентам паллиативного профиля и некоторые другие).

Тем не менее, по мнению специалистов, главные врачи не осознают всю остроту недостаточной доступности паллиативной терапии и не стремятся в своей организации что-то изменить, сохраняется нежелание самих медиков повернуться лицом к проблеме. До сих пор возникают ситуации, когда вопросы с обезболиванием пациентов приходится решать в ручном режиме; например, умирающий неврологический больной в последние часы своей жизни страдал от сильнейшего болевого синдрома, но, пока скорая помощь и участковая служба решали, кто должен проводить обезболивание и нужно ли госпитализировать больного, он скончался [2; с. 19]. Причинами такого положения вещей могут заключаться в том, что медики не назначают наркотические обезболивающие, хотя имеют на это право, поскольку остерегаются проверок ФСКН, неадекватно оценивают интенсивность боли пациента, не учитывают его психоэмоциональное состояние, не знают, как оформлять рецепты [5].

Здесь необходимо отметить, что, хотя при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях назначение и выписывание лекарственных препаратов может, в соот-

ветствии с приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н, осуществляется медицинским работником (лечащим врачом или фельдшером, акушеркой в случае возложения на них полномочий лечащего врача) единолично в случаях типичного течения заболевания пациента исходя из тяжести и характера заболевания, оговаривается, что назначения пациенту наркотических и психотропных лекарственных препаратов списков II и III соответствующего Перечня могут осуществляться врачебной комиссией в случае принятия руководителем медицинской организации решения о необходимости согласования назначения таких лекарственных препаратов; таким образом, возможность излишней «перестраховки» и сопутствующие ей негативные последствия снимаются в настоящее время не полностью.

Необходимо отметить, что аптечные организации не обязаны иметь какой-либо минимальный неснижаемый запас обезболивающих препаратов. Из-за этого возникают ситуации, когда врач выписывает пациенту препарат, но тот не может его получить из-за отсутствия лекарственного средства в аптеке. Пути решения вышеназванных проблем видятся в откреплении больных от аптек, чтобы пациент по рецепту мог получать препарат в любой аптечной организации без привязки к месту жительства в пределах одного населенного пункта, переход от бумажных бланков рецептов к электронным, уход от понятия норм месячных и годовых запасов обезболивающих в медучреждениях [2; с. 20].

В связи с вышеизложенным отметим, что Минздрав России рассматривает возможность создания единого реестра, в который войдут все пациенты, нуждающиеся в обезболивании; предлагается вести учет номеров страховых полисов тех пациентов, кому необходимы наркотические или психотропные препараты. [6]. Данное предложение в настоящее время представляется недостаточно конкретизированной; необходим не просто учет нуждающихся в обезболивании лиц, видится возможным доводить указанные сведения до соответствующих медицинских и фармацевтических организаций с последующим обеспечением пациента надлежащими обезболивающими без обязанности предоставлять иные медицинские документы, подтверждающие необходимость получения таких препаратов.

Исходя из вышеизложенного, представляется возможным сделать следующие выводы:

1. В период до 2013-2015 гг. в российском законодательстве о здравоохранении и об обороте наркотических средств и психотропных веществ наблюдалось противоречие между необходимостью ограничения такого оборота в целях предотвращения противоправных деяний и принципом приоритета прав пациента;
2. В настоящее время органами государственной власти предпринимаются меры по преодолению сложившегося противоречия с целью скорейшего и полнейшего обеспечения пациентов, нуждающихся в обезболивании, соответствующими лекарственными препаратами;
3. Тем не менее, вышеназванный процесс продвигается с затруднениями в силу сохранения некоторой «инерции» в подходе субъектов здравоохранительной деятельности по назначению сильнодействующих наркотических обезболивающих, а также в силу объективных причин обеспечения пациентов необходимым количеством соответствующих препаратов.

Таким образом, необходимо продолжение работы Министерства здравоохранения и иных органов государственной власти РФ по разъяснению и упрощению порядка назначения данной категории обезболивающих, обеспечения производства и доступности таких лекарственных средств.

Список литературы:

1. *Валова С. Выписка и отпуск наркотических средств и психотропных веществ пациентам || Учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение. 2015. № 8. С. 23 – 29.*
2. *Редакционный материал. Диана Невзорова: проблемы прежде всего в головах медицинских работников. || Медицинский вестник. 2015. № 22. С. 19-20.*
3. *Информационное агентство «Росбалт». 26. 10. 2015 Голодец признала наличие проблем с доступом к обезболивающим для пациентов. URL: http:||www. rosbalt.ru|main|2015|10|26|1454877. html (дата обращения: 01.11.2015);*

4. *Больная тема. В России появится реестр пациентов, которым нужно обезболивание || Российская газета. URL: http:||www.rg.ru|2015|10|27|reestr. html (дата обращения: 01.11.2015)*
5. *Портал «Милосердие.ру». 16. 01. 2015. Москва сама собой проблему обезболивания не решит: НКО информируют общество и ждут федеральных преобразований. URL: https: || www.miloserdie.ru|article|moskva-sama-soboj-problemu-obezbolivaniya-ne-reshit-nko-informiruyut-obshhestvo-i-zhdut-federalnyh-preobrazovanij|(дата обращения: 01.11.2015)*
6. *Медицинская информационная сеть www. medicinform. net. 27.10.2015. Россиян, нуждающихся в обезболивании, включат в единый реестр. URL: http:||www.medicinform.net|news|news39947.htm (дата обращения: 01.11.2015)*

Об авторе:

Калецкий Евгений Геннадьевич – старший преподаватель кафедры медицинского права ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, 119991, ул. Большая Пироговская, дом 2, стр. 2, e-mail: kalez@mail.ru

Eugene Kaletskiy – assistant professor of Medical Law Department Sechenov First Moscow State Medical University, Candidate of Law, Moscow

© Калецкий Е. Г., 2015

УДК 614.25+616-08-07

Каменская Н.А.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРИНЦИПЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Работа посвящена формированию в Российской Федерации современной системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Раскрыты организационные механизмы осуществления данной деятельности и принципы, положенные в её основу.

Ключевые слова: *вопросы организации, контроль качества, контроль безопасности, медицинская деятельность.*

Katenskaya N.A.

QUESTIONS OF THE ORGANIZATION AND IMPLEMENTATION OF THE PRINCIPLES OF MEDICAL ACTIVITY QUALITY CONTROL AND SECURITY AT THE PRESENT STAGE

The work is dedicated to the formation of the Russian Federation in the modern system of quality control and safety of medical activity. Disclosed institutional arrangements for the implementation of this activity and the principles on the basis of it.

Keywords: *questions of the organization, quality control, security control, medical activities.*

В настоящее время сформирована разнообразная правоприменительная практика по вопросам, связанным с выделением объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Анализ и изучение судебной практики позволяет медицинским организациям, участвующим в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, применять нормы действующего законодательства, выстраивая концепцию эффективного взаимодействия с другими участниками системы обязательного медицинского страхования.

В данной статье рассмотрены две группы исковых обращений:

1. обращения в суд о признании незаконным решения Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в части выделения объемов медицинской помощи;

2. требования о взыскании задолженности по договору на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, возникающие из договорных отношений в системе ОМС.

1. Рассматривая обращения в суд о признании незаконным решения Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в части выделения объемов медицинской помощи, необходимо выделить следующие положения действующего законодательства.

В соответствии со ст. 41 Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Реализация права гражданина на получение бесплатной медицинской помощи реализуется через программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемую Правительством Российской Федерации.

Согласно ст. 35 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», базовая программа обязательного медицинского страхования – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации [1]. Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, являются едиными на всей территории Российской Федерации.

Органы государственной власти субъектов РФ утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

В соответствии со ст. 35 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций и профессиональных союзов медицинских работников на паритетных началах.

Решением комиссии объемы медицинской помощи, установленные территориальной программой, распределяются между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

Проведенный анализ правоприменительной практики по вопросам оспаривания решений Комиссий по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования в части распределения объемов медицинской помощи позволяет обобщить практику применения судами норм, регулирующих правоотношения в сфере обязательного медицинского страхования.

Применяя указанные нормы, суды ссылаются на положения:

- ✓ статей 15, 20, 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- ✓ статьи 16, 19, частей 1 и 3 статьи 81 Федерального закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2];
- ✓ Положения о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (приложение к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н) [3].

При этом суды приходят к следующим выводам: решение о выделении каждому медицинскому учреждению конкретного объема медицинской помощи должно быть мотивировано как принципами сбалансированности распределения медицинской помощи между медицинскими учреждениями региона в пределах установленных территориальной программой объемов предо-

ставления медицинской помощи, так и показателями, применимыми к данному лечебному учреждению (показатель потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, учитывая потребность застрахованных в медицинской помощи и их право на выбор медицинской организации). Следовательно, выделение комиссией недостаточных объемов медицинской помощи нарушает право медицинского учреждения, включенного в реестр медицинских организаций, на получение финансового обеспечения своей деятельности за счет средств территориальной программы ОМС.

2. Рассматривая обращения в суд, возникающие из договорных отношений в системе ОМС, необходимо отметить следующие нормы действующего законодательства.

Согласно ст. 37 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализуется на основании заключенных в его пользу договоров:

- ✓ договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (ст. 38 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»);
- ✓ договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (ст. 39 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

Сторонами в данных договорах выступают следующие участники обязательного медицинского страхования - ТФОМС, страховые медицинские организации и медицинские организации, правовой статус которых определен соответственно ст. 13, 14 и 15 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Согласно ст. 15 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», к медицинским организациям, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, относятся организации любой предусмотренной российским законодательством организационно-правовой формы (учреждение, больница, поликлиника и т.п.), а также индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой. При этом они должны быть включены в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Именно эти организации участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и им решением комиссии субъекта РФ по разработке ТФОМС устанавливается объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС.

Согласно ст. 14 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», страховая медицинская организация, участвующая в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования должна иметь лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности. Страховая медицинская организация также включается в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС. Порядок ведения, форма и перечень сведений реестра медицинских организаций и реестра страховых медицинских организаций устанавливаются Правилами обязательного медицинского страхования.

Основное содержание договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию заключается в том, что медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС.

Проведенный анализ правоприменительной практики, связанной с требованиями о взыскании задолженности по договору на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, позволяет обобщить практику применения судами норм, регулирующих правоотношения в сфере обязательного медицинского страхования.

Применяя указанные нормы, суды ссылаются на положения:

- ✓ статей 15, 20, 33, 36-39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- ✓ статьи 11, 19, частей 1 и 3 статьи 81 Федерального закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- ✓ Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н;
- ✓ Приказа Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. № 227 «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования» [4].

Список литературы:

1. *Годовалова М.Н. Понятие и значение презюмирования вины в гражданском праве // Вестник Пермского университета. Юридические науки.- выпуск 4 (октябрь-декабрь 2013 г.). С.62.*
2. *Пашенцев Д.А. Особенности вины в гражданском праве // Журнал Экономика и право. XXI век. № 4, октябрь-декабрь 2015 г. С. 53-57.*
3. *Анучин П.М. Первичный обзор системы страхования гражданской ответственности в связи с Проектом Федерального закона «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами» от 01.09.10 г. // Менеджер здравоохранения». № 12, декабрь 2010 г. С. 54.*
4. *Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». URL:http://internet.garant.ru/#/document/12180688/paragraph/9310:2*

Каменская Наталья Андреевна – доцент кафедры медицинского права ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, кандидат юридических наук, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2, стр. 2, e-mail: privet.03@mail.ru

Kamenskaya Natalya Andreyevna – associate professor of Medical Law Department Sechenov First Moscow State Medical University, PhD, Moscow

© Каменская Н. А., 2015

УДК 614.252.7(571.17)

Каминская О. Н.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Статья посвящена обзору нормативно-правовых актов, регулирующих развитие государственно-частного партнерства в Российской Федерации, и перспективы его развития в Кемеровской области.

Ключевые слова: *государственно-частное партнерство, концессионные проекты, нормативно-правовые акты.*

Kaminskaya O. N.

PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN HEALTH CARE OF THE KEMEROVO REGION

The article is devoted to the review of normative legal acts, regulating the development public-private partnership in the Russian Federation and prospects of its development in the Kemerovo region.

Keywords: *public-private partnership concession projects, normative-legal acts.*

Государственно-частное партнерство – это юридически оформленное на определенный срок и основанное на объединении ресурсов, распределении рисков сотрудничество публичного партнера, с одной стороны, и частного партнера, с другой стороны, осуществляемое на основании соглашения о государственно-частном партнерстве, в целях привлечения в экономику частных инвестиций, обеспечения доступности и повышения качества товаров, работ, услуг, обеспечение которыми потребителей обусловлено полномочиями органов государственной власти и органов местного самоуправления [1, 6, 7].

ГЧП включает в себя ряд форм сотрудничества, позволяющих государству и частному сектору извлекать взаимную выгоду.

На основании инновационных методов, применяемым государством для заключения контракта с бизнесом, который использует свой капитал и управленческий потенциал при реализации проектов в соответствии с установленными временными рамками и бюджетом достигается взаимная выгода. Государственный сектор несет ответственность за обеспечение населения услугами

по выгодным для него условиям и стимулирует на экономический рост и улучшение качества жизни населения [2, 3].

ГЧП реализует проекты совместно с государственными органами и частными компаниями на объектах федеральной, региональной и муниципальной собственности.

Для России государственно-частное партнерство (ГЧП) является новым видом средне- и долгосрочного взаимодействия бизнеса и государства на взаимовыгодных основаниях для достижения общественно значимых целей. Родоначальницей ГЧП в форме инвестиционных проектов считают Великобританию, хотя первые оформленные отношения возникли только в 1981 году. Развитие государственно-частного партнерства во всех странах относится к транспортной и социальной сфере [8].

По данным Центра развития ГЧП Минэкономразвития на декабрь 2013 г. в России действовало 79 концессионных проектов. Общий объем частных вложений по 71 проекту – 307 млрд. руб. Менее 10% объектов находятся в эксплуатации.

Чаще всего в концессию передают автодороги (17 проектов). Около трети концессий в России – в сфере социальной инфраструктуры (здравоохранение, культура и образование, спорт и туризм), основная часть – в здравоохранении. В России ГЧП в сфере здравоохранения зарегистрировано с 2006 года. Проекты чаще предполагают реконструкцию уже имеющихся объектов инфраструктуры. Чаще частный партнер оказывает услуги по фиксированному тарифу – расходы на бесплатные медицинские услуги покрываются из фонда ОМС или – реже – из бюджета [5].

По данным Министерства здравоохранения РФ в рамках государственно-частного партнерства в 24 регионах РФ активно развиваются инфраструктурные проекты: фельдшерско-акушерские центры, кабинеты врачей общей практики, центры семейной медицины. Так, ГЧП в сфере здравоохранения развивают республики Татарстан, Северная Осетия-Алания, Кабардино-Балкария, а также Новосибирская, Самарская, Белгородская, Нижегородская, Ленинградская, Вологодская, Липецкая, Калужская, Рязанская, Свердловская и Ростовская области, Ставропольский край и город Москва.

Нормативно-правовое регулирование государственно-частного партнерства:

- ✓ Федеральный закон Российской Федерации от 21. 07. 2005 №115-ФЗ «О концессионных соглашениях»;
- ✓ Приказ Минэкономразвития России от 19 мая 2014 г. № 279 «О Координационном совете по государственно-частному партнерству при Минэкономразвития России»;
- ✓ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 10. 04. 2014 №570-р «О перечнях показателей для оценки эффективности деятельности руководителей федеральных органов исполнительной власти и высших должностных лиц (руководителей высших исполнительных органов государственной власти) субъектов РФ по созданию благоприятных условий ведения предпринимательской деятельности (до 2018 года) и методиках определения целевых значений показателей оценки эффективности их деятельности» [10].

Этим документом установлены показатели, которые должны мониторировать регионы для оценки экономического развития, одним из которых является привлечение инвестиций. В разделе «Инвестиционная деятельность, привлечение инвестиций» запланирован уровень развития государственно-частного партнерства субъекта Российской Федерации для Кемеровской области увеличивать с 36,4% в 2013 году до 80,5% к 2018 году;

Модельный закон субъекта Российской Федерации «Об участии субъекта Российской Федерации в проектах государственно-частного партнерства«.

На государственном уровне 13.07.2015 принят закон, регулирующий взаимоотношения в государственно-частном партнерстве № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

Закон закрепил следующие нормы:

1. Возможность заключения концессионного соглашения по частной инициативе на основании предложения лица, отвечающего требованиям, предъявляемым Законом к концессионеру;

2. Возможность обеспечения гарантии окупаемости инвестиций концессионера и получения объема средств (выручки), предусмотренного соглашением;
3. Перечень обязательных условий концессионного соглашения;
4. Возможность предъявления концессионером требований концеденту по изменению существенных условий концессионного соглашения, в случае если реализация концессионного соглашения стала невозможной в установленные в нем сроки в результате возникновения обстоятельств непреодолимой силы, а также в случае, если вступившими в законную силу решениями суда или федерального антимонопольного органа установлена невозможность исполнения концессионером или концедентом установленных соглашением обязательств вследствие действий органов власти;
5. Возможность заключения прямых соглашений, устанавливающих право на замену концессионера без проведения конкурса по требованию финансирующей организации;

Также законом установлена невозможность нахождения объектов концессионного соглашения, на момент заключения концессионного соглашения, на праве хозяйственного ведения или на праве оперативного управления у государственных или муниципальных унитарных предприятий, на праве оперативного управления – у государственных и муниципальных бюджетных и автономных учреждений (гл. 7, п. 5).

Распространение механизма платы концедента концессионеру не только в отношении автомобильных дорог и инженерных сооружений транспортной инфраструктуры, но и в отношении всего перечня объектов концессионного соглашения данным законом не установлено.

Закон не утвердил дополнение в Федеральный закон от 21.12.2001 № 178-ФЗ «О приватизации государственного и муниципального имущества», предусматривающее, что особенности приватизации имущества, входящего в состав концессионного соглашения, после окончания срока его действия могут быть установлены концессионным законодательством.

На уровне регионов принимаются законы, определяющие

специфику и нормативное регулирование ГЧП в субъектах Российской федерации. По информации Минэкономразвития по состоянию на 01.03.2015 68 субъектов Российской федерации имеют соответствующие законодательные акты. В Кемеровской области данный закон принят 29.06.2009 № 79-ОЗ «Об основах государственно-частного партнерства».

На информационном ресурсе Минэкономразвития «Инфраструктура и государственно-частное партнерство в России» на 01.10.2015 представлена информация о 61 ГЧП в сфере здравоохранения.

Большинство примеров ГЧП представлено в Приволжском федеральном округе – 23 проекта (37,7%), что говорит о благоприятном нормативно-правовом регулировании и организационных решениях в субъекте, 11 в Северо-западном федеральном округе (18,0%), 13 в Центральном федеральном округе (21,3%), 6 (9,8%) – в Дальневосточном федеральном округе, 5 (8,1%) в Сибирском, 2 (3,2%) в Северокавказском федеральном округе, 1 в Уральском федеральном округе – 1,6%.

По виду государственно-частного партнерства: концессионные соглашения – 24 (39,3%), соглашения о государственно-частном партнерстве – 15 (24,5%), договор аренды с инвестиционными обязательствами – 22 проекта (36,1%).

ГЧП являются долгосрочными проектами, где средний срок реализации составил 11,7 лет, максимальный срок – 49 лет.

Средняя сумма инвестиций по 13 концессионным соглашениям, на которые указана средняя сумма проекта, составляет 981 млн. руб., максимальная стоимость 6,2 млрд. руб.

Несмотря на разработанную и утвержденную нормативную базу в Кемеровской области по развитию государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения на 01.10.2015 в единой информационной системе государственно-частного партнерства в Российской Федерации на сайте Минэкономразвития не представлено ни одного проекта [11].

Список литературы:

1. *Грачева Т. Ю., Пучкова В. В., Корнеева О. В., Вахрушева Ю. Н. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах*

охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СПС «Гарант», 2014.

2. *Касимовский К. К. Проблемы частно-государственного партнерства в системе здравоохранения России | К. К. Касимовский, А. Н. Прокинова, Б. А. Нисан // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2012. № 6. С. 41-44.*
3. *Касимовский К. К. Частное здравоохранение: общее состояние проблемы | К. К. Касимовский, Е. П. Жиляева // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2012. № 1. С. 87-88.*
4. *Кулакова Е. В. Государственно-частное партнерство – одна из форм привлечения внебюджетного финансирования в систему здравоохранения // Здравоохранение. 2013. № 8. С. 28-34.*
5. *Мадьянова В. В., Попова Я. В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения на примере города Москвы // Экономика здравоохранения. 2011. № 3-4. С. 40-44.*
6. *Нечаев В. С. Вопросы развития государственно-частного партнерства в здравоохранении России | В. С. Нечаев, А. Н. Прокинова, Б. А. Нисан // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. № 3. С. 6-7.*
7. *Нисан Б. А. К вопросу о частно-государственном партнерстве в здравоохранении (на примере организации оптометрической службы) | Б. А. Нисан // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. № 5. С. 40-42.*
8. *Петрова И. А. Общественно-государственное партнерство в здравоохранении России: задачи и перспективы | И. А. Петрова, Б. А. Нисан // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2012. № 6. С. 108-111.*
9. *Частно-государственное партнерство в сфере здравоохранения Хабаровского края: опыт, проблемы | Т. В. Кононенко [и др.] // Власть и управление на Востоке России. 2010. № 3. С. 15-19.*
10. *Распоряжение Правительства Российской Федерации от 10.04.2014 №570-р «О перечнях показателей для оценки эффективности деятельности руководителей федеральных органов исполнительной власти и высших должностных лиц (руководителей высших исполнительных органов государственной власти) субъектов РФ по созданию*

благоприятных условий ведения предпринимательской деятельности (до 2018 года) и методиках определения целевых значений показателей оценки эффективности их деятельности». URL: http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70534064/#1000#ixzz3LBXCcWAL (дата обращения: 19.09.2015).

11. *Единая информационная система государственно-частного партнерства в Российской Федерации. URL: http://www. pppi.ru/projects (дата обращения: 18.09.2015).*

Об авторе:

Каминская Ольга Николаевна – ассистент кафедры последипломной подготовки специалистов в сфере защиты прав потребителей, благополучия человека и медицинского права ГБОУ ВПО Кемеровской государственной медицинской академии, кандидат медицинских наук, 650029, Кемерово, ул. Ворошилова 22а, e-mail: markez1976@yandex.ru

Kaminskaya Olga – assistant of the Department of post-graduate training in the field of consumer rights protection and human well-being and medical law Kemerovo state medical Academy, candidate of medical science, Kemerovo

© Каминская О. Н., 2015

УДК 614.255.14+616.9

Каминская О. Н., Грачева Т. Ю.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА И РЕГИСТРАЦИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

Статья посвящена обзору нормативно-правовых актов, регулирующих учет инфекционной патологии и соблюдения прав пациента.

Ключевые слова: *права пациента, инфекционная патология.*

Kaminskaya O. N., Gracheva T. U.

MEDICAL CONFIDENTIALITY AND REGISTRATION OF INFECTIOUS PATHOLOGY

The article is devoted to the review of normative legal acts, regulating the registration of infectious disease and respect patient rights.

Keywords: *patient rights, infectious pathology.*

Одним из направлений деятельности врачей первичного звена является своевременное выявление, регистрация и лечение инфекционных заболеваний среди пациентов. Вопрос регистрации сведений о выявленном инфекционном заболевании и передачи остается не урегулированным.

Согласно 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах законодательства по охране здоровья граждан» сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну (ст. 13, п. 1) [1].

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается, в том числе при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений (ст. 13, п. 4).

Перечень инфекционных заболеваний, составляющих угрозу распространения инфекционных заболеваний, а также порядок такого утверждения и орган, уполномоченный составлять и определять такой перечень, не утвержден.

Вместе с тем существует система передачи информации о факте регистрации инфекционного заболевания. Система предназначена для срочного оповещения учреждений и органов,

обеспечивающих организацию эпидемиологического надзора за инфекционными и паразитарными болезнями и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

В Постановлении Главного государственного санитарного врача РФ от 22.08.2014 № 50 «Об утверждении СанПиН 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации» установлены требования к регистрации случая паразитарного заболевания: «О каждом случае паразитозов медицинские работники медицинских организаций (государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения) в течение 12 часов направляют экстренное извещение в территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор» (п. 4.7).

Такие же требования к срокам и порядку передачи информации закреплены и в санитарно-эпидемиологических правилах СП 3.1|3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней», а также во всех санитарно-эпидемиологических правилах по каждой нозологии инфекционных заболеваний (более 50 нормативных документов): «О каждом случае инфекционной (паразитарной) болезни, носительства возбудителей инфекционной (паразитарной) болезни или подозрения на инфекционную (паразитарную) болезнь, а также в случае смерти от инфекционной (паразитарной) болезни медицинские работники медицинских, образовательных, оздоровительных и других организаций, индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, обязаны в течение 2 часов сообщить по телефону, а затем в течение 12 часов в письменной форме (или по каналам электронной связи) представить экстренное извещение в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту выявления больного (независимо от места его нахождения)» (п. 12.1).

В соответствии с МКБ 10 пересмотра раздел «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» составляют класс А00 и В99 и включают более 100 нозологий: А00-А09 Кишечные инфек-

ции, A15-A19 Туберкулез, A20-A28 Некоторые бактериальные зоонозы и др.

Вместе с тем не все заболевания представляют собой опасность передачи и распространения. Так, клещевой вирусный энцефалит не является заболеванием, которое может распространяться среди людей. К таким заболеваниям относятся также: описторхоз, псевдотуберкулез, аскаридоз и др.

Сведения, подлежащие передаче в Экстренном извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (Форма № 58), утверждены приложением № 1 к Приказу Минздрава СССР от 29.12.1978 г. № 1282: Фамилия, Имя. Отчество, дата рождения, место работы или учебы, дата заболевания, дата госпитализации, диагноз.

Постановлением Федеральной службы государственной статистики от 21.09.2006 года № 51 «Об утверждении статистического инструментария для организации Роспотребнадзором статистического наблюдения за заболеваемостью населения инфекционными и паразитарными болезнями, профилактическими прививками, санитарным состоянием территорий, детских и подростковых летних оздоровительных учреждений, о дезинфекционной деятельности, о дозах облучения» утверждена Форма №1 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», в которой определен порядок предоставления данной информации и сроки ее передачи. Первичным звеном приема данной информации служат центры гигиены и эпидемиологии субъектов, которые собирают сведения в ежедневном режиме от лечебно-профилактических организаций. Количество нозологических единиц инфекционных заболеваний, утвержденных к учету и регистрации в данной форме – 39.

В настоящее время передача информации об установлении факта инфекционного заболевания проводится по телефону в виде телефонограмм врачами, что не может гарантировать конфиденциальность переданной информации. Вместе с тем передача сведений о паразитарных инвазиях осуществляется врачами-лаборантами клинических лабораторий лечебно-профилактических организаций напрямую в ФГУЗ ЦГиЭ, без заключения

врача-клинициста о наличие данного заболевания у пациента, его согласия на передачу данных, что является разглашением врачебной тайны.

Согласно международным медико-санитарным правилам (ММСП) утвержден перечень заболеваний, регистрация которых подлежит уведомлению. В настоящее время такого понятия «ООИ» в мировой медицине не существует. Этот термин продолжает быть распространенным только в странах СНГ, в мировой же практике ООИ – это «инфекционные заболевания, которые вошли в перечень событий, что могут являть собой чрезвычайную ситуацию в системе охраны здоровья в международном масштабе». Список таких заболеваний сейчас значительно расширен. Согласно приложению № 2 ММСП-2005 он разделен на две группы [4]:

1. Случай заболевания следующими болезнями является необычным или неожиданным и может оказать серьезное воздействие на здоровье населения и, следовательно, подлежит уведомлению: Оспа, полиомиелит, вызванный полиовирусом дикого типа – человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС).

2. Любое событие с участием следующих болезней всегда должно приводить к использованию данного алгоритма, так как они продемонстрировали способность оказывать серьезное воздействие на здоровье населения и быстро распространяться в международных масштабах: холера, легочная чума, желтая лихорадка, вирусная геморрагическая лихорадка (Эбола, Ласса, Марбург), лихорадка Западного Нила, другие болезни, вызывающие особую национальную и региональную обеспокоенность, например лихорадка денге, лихорадка Рифт-Валли, менингококковая болезнь.

Таким образом, согласно ММСП-2005 обязательной регистрации и уведомлению подлежат случаи регистрации 11 инфекционных заболеваний, вместо осуществляемой в настоящее время регистрации по 39 нозологиям, из которых не все представляют угрозу распространения.

За несвоевременную передачу информации о факте выявления инфекционного заболевания предусмотрена также адми-

нистративная ответственность. КРФ об АП (статья 6.4) «Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых помещений и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта» в виде предупреждения или наложения административного штрафа на граждан в размере от ста до пятисот рублей; на должностных лиц – от пятисот до одной тысячи рублей; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, – от пятисот до одной тысячи рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток; на юридических лиц – от десяти тысяч до двадцати тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

За разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, Закон устанавливает уголовную, административную, дисциплинарную и гражданско-правовую ответственность.

В частности, предусмотрена уголовная ответственность за разглашение врачебной тайны в статье 137 Уголовного кодекса РФ «Нарушение неприкосновенности частной жизни».

Так, согласно части 1 указанной статьи противоправными действиями являются «незаконное собирание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия либо распространение этих сведений в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении или средствах массовой информации».

В случае разглашения врачебной тайны может применяться часть 2, которая предусматривает уголовную ответственность за «те же деяния, совершенные лицом с использованием своего служебного положения» и предусматривает следующие санкции: штраф в размере от 100 тыс. до 300 тыс. руб., или в размере заработной платы, или иного дохода осужденного за период от 1 года до 2 лет, либо лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от 2 до 5 лет, либо арест на срок от 4 до 6 месяцев, либо лишение свободы на срок от 1 года до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 5 лет.

Предусматривая наказание в виде лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, законодатель говорит о профессиональной непригодности работника, разгласившего личную информацию, а в нашем случае – врачебную тайну пациента.

Более мягкой формой ответственности является административная ответственность, которая предусмотрена статьей 13. 14. Кодекса РФ об АП «Разглашение информации с ограниченным доступом» [3].

Законодатель здесь приравнивает ответственность за разглашение врачебной тайны к разглашению закрытой информации вообще.

Разглашение информации, доступ к которой ограничен федеральным законом (за исключением случаев, если разглашение такой информации влечет уголовную ответственность), лицом, получившим доступ к такой информации в связи с исполнением служебных или профессиональных обязанностей, влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от 500 до 1 тыс. рублей, на должностных лиц – от 4 тыс. до 5 тыс. рублей.

Существует также дисциплинарная ответственность медицинских работников за допущенные ими нарушения, в том числе и в части разглашения врачебной тайны.

Ответственность предусмотрена и Трудовым кодексом РФ (ст. 192) и предусматривает 3 вида взыскания, налагаемых на работников за совершение дисциплинарного проступка, т.е. неисполнение или ненадлежащее исполнение по вине работника возложенных на него трудовых обязанностей: замечание, выговор и увольнение по соответствующим основаниям.

Однако привлечение к любому из вышеописанных видов ответственности не освобождает виновного от обязанности возместить пострадавшему причиненный вред. Речь идет о гражданско-правовой ответственности. В гражданском законодательстве понятие врачебной тайны включается в понятие личной тайны.

Согласно ст. 150 Гражданского кодекса РФ жизнь и здоровье, достоинство личности, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна, иные личные неимущественные пра-

ва и другие нематериальные блага, принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона, неотчуждаемы и непередаваемы иным способом [2].

Согласно ст. 151 Гражданского кодекса РФ, если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права, либо посягающими на принадлежащие гражданину другие нематериальные блага, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда.

Согласно ст. 1068 Гражданского кодекса РФ юридическое лицо возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей, то есть, денежную компенсацию пациенту будет выплачивать не лично причинитель вреда, а организация, в которой он работает.

Таким образом, ответственность за нарушение врачебной тайны несет как непосредственно лицо, допустившее подобное нарушение (дисциплинарная, административная или уголовная ответственность), так и само медицинское учреждение (гражданско-правовая ответственность).

Список литературы:

1. *Грачева Т. Ю., Пучкова В. В., Корнеева О. В., Вахрушева Ю. Н. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СПС «Гарант», 2014.*
2. *Гражданский кодекс Российской Федерации от 30.11.1994 № 51-ФЗ. URL: http://www.consultant.ru/popular/gkrf1/ (дата обращения: 18.10.2015).*
3. *Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ. URL: http://www.consultant.ru/popular/koap/ (дата обращения: 18.09.2015).*
4. *Международные медико-санитарные правила. URL: http://www.who.int/en/ (дата обращения: 28.09.2015).*

Об авторах:

Каминская Ольга Николаевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры, e-mail: markez1976@yandex.ru

Грачева Татьяна Юрьевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры, e-mail: medpravo@bk.ru

Кафедра последипломной подготовки специалистов в сфере защиты прав потребителей, благополучия человека и медицинского права ГБОУ ВПО Кемеровской государственной медицинской академии, 650029, Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а

Kaminskaya Olga – candidate of medical science, assistant of the Department

Gracheva Tatiana – doctor of medical science, course of health law, Professor of chair

Department of post-graduate training in the field of consumer rights protection and human well-being and medical law Kemerovo state medical Academy Ministry of health of Russia, Kemerovo

© Каминская О. Н., Грачева Т. Ю., 2015

УДК 340+17+008

Кедров В. С., Копейкин П. А.

ЭТЮДЫ О ПРАВЕ. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРАВА, МОРАЛИ, ЭТИКИ И КУЛЬТУРЫ

Статья посвящена взаимоотношению права, морали, этики и культуры их роли в регулировании и развитии личности, общества, государства.

Ключевые слова: *Право; мораль; этика; культура; общество; личность; государство.*

Kedrov V. S., Kopeikin P. A.

ESSAY ON THE LAW. RELATIONSHIP OF LAW, MORALITY, ETHICS AND CULTURE

The article is devoted to the relationship of law, morality, ethics and culture of their role in regulation and development of the, society, state.

Keywords: *law; morality; ethics; culture; society; personality; state.*

В любом обществе, при любом общественном строе право является одним из важнейших элементов надстройки. В современных условиях весьма актуальным, но не решенным в полном объеме является вопрос о месте права, о его отношении к другим элементам надстройки и к базису и о соотношениях между ними. Особенно важно по ряду причин, о которых речь пойдет ниже, разобраться в сложных взаимоотношениях между правом, моралью и ее составной частью – этикой и культурой, частью которой принято считать (что, вероятно, справедливо) как мораль, так и этику, нередко объединяемые в одно целое (что опять таки справедливо и ввиду трудности их разъединения – настолько прочно они срослись, и ввиду нецелесообразности их полного разделения как по теоретическим соображениям, так и, в первую очередь, по практическим возможностям, точнее, невозможности осуществить это разделение. Согласно распространенному определению, право есть воля господствующего класса, возведенная в закон. Как правило, или, по крайней мере, часто право базируется на сложившихся в обществе ценностях и привычных воззрениях, т.е. на обычаях (обычное право). Но поскольку как ценности, так и обычаи возникли не сами по себе, а явились продуктом соответствующей и предшествующих эпох, т.е. результатом деятельности живших в них людей и, следовательно, развивались во времени, абсолютно понятна тенденция к изменениям правил поведения и, следовательно, правил жизни для членов соответствующего общества, т.е. совершенно логично изменение не только основ общественного устройства (принципов, т.е. законов базиса), но и законов для регламентации реального поведения членов соответствующего сообщества, т.е. изменение норм права (законов), т.е. юридических правил поведения для граждан конкретного государства. Часто эти установления противоречат сложившимся в обществе взглядам, т.е. обычаям, например, полигамные традиции противоречат моногамным установкам закона, обычаи употреблять алкоголь (часто весьма неумеренно) противоречат установкам закона на трезвость, по крайней мере, в определенных ситуациях.

В настоящее время в российском обществе происходит определённая «переоценка ценностей». Вместо прежней системы ценностей, сложившейся развивавшейся и модифицировавшейся в социалистическом обществе, утверждается новая система. Однако эти процессы протекают медленно, противоречиво, осуществляются с большим трудом, иногда вместе с действительными общечеловеческими моральными ценностями начинают насаждаться и ложные («псевдоценности»). Наряду с ростом внимания части населения к морали и религии происходит не просто рост преступности, нигилизма, а их расцвет. Широкое распространение в обществе получают различного рода учения, отстаивающие по существу антиценности: культ силы, культ «сверхчеловека», мистику и аморализм. Это касается всех сфер жизни общества, различных его институтов, разных классов и их слоев и, естественно, затрагивает отдельных людей. Поэтому очень важно уметь различать действительно значимые фундаментальные ценности, отделяя их от многого наносного, нередко мало значимого, что возникает в общественном сознании и легко оседает, «застревает» в нем. Для того, чтобы сформировать истинные ценности и руководствоваться именно ими, необходимо иметь достаточный объем |уровень| фундаментальных научных знаний о морали, этике, праве и взаимоотношениях между ними.

Особенностью морали является то, что для своего успешного действия она должна быть глубоко усвоена человеком, должна «войти в его душу», стать частью внутреннего мира. Человек морален только тогда, когда нравственное поведение становится органичным для него, и ему не нужен надсмотрщик, который проверяет и понукает его. Поскольку моральный аспект есть у любых человеческих действий и отношений, постольку в любой сфере жизни мы сталкиваемся с моралью как «внутренним голосом» человека, который помогает ему нравственно вести себя в самых различных ситуациях.

Мораль – понятие историческое. Она относится к числу тех общечеловеческих духовных ценностей, которые определяют содержание социального бытия с самого начала возникновения человеческой цивилизации и останутся важнейшим ее атрибутом до тех пор, пока существуют человек и общество. Являясь одной из самых древних форм общественного сознания, мораль формировалась по мере выделения человека из животного мира в ходе становления общественных отношений, образования социальных коллективов и общностей.

Многие элементарные требования морали, которые возникли в эпоху родового строя, сохраняют свое значение и в настоящее время.

Мораль не появляется вдруг и сразу же в «готовом», современном виде. Она прошла довольно длительный, сложный, можно сказать, мучительный, путь развития от самых примитивных норм и представлений до высших устремлений современных проповедников святости, непорочности.

Проследить путь развития морали, хотя бы в самых общих чертах, весьма важно для понимания ее сущности.

Но, как выясняется, при решении проблемы происхождения морали исследователи сталкиваются с большими трудностями. И это не случайно, ибо в данном случае неизбежен выход на проблему сущности, вернее тайны, самого человека. Как справедливо отметил современный итальянский философ Н. Аббаньяно [1, 12], «мораль всегда является решением проблемы человека», что в общем-то вполне естественно, ибо моральное сознание обращено к самым глубинам человеческого бытия.

Выявление основных компонентов и характера взаимоотношений между ними очень важно для анализа любого явления – общественного или природного. Последнее в полной мере относится и к морали. При анализе такого сложного явления неизбежно возникновение различных подходов, неодинаковых точек зрения. Однако большинство современных исследователей [1, 287] признает наличие в морали двух относительно самостоятельных сфер: морального сознания и нравственной практики, в процессе которой и реализуются нравственные идеи, чувства.

Моральное сознание представляет собой своеобразный сплав чувств, представлений, в котором специфически выражаются наиболее глубокие, основополагающие стороны человеческого существования, – отношения индивида с другими людьми, с обществом, с миром в целом. Специфика выражается в соответствующих понятиях: добро и зло, справедливость, совесть, достоинство и др., в устремленности к высшим ценностям.

В теоретическом моральном сознании главную роль играет нравственная философия (этика) [4, 78].

Между обыденным и теоретическим моральным сознанием очень сложно провести «китайскую стену»: они находятся в теснейшем взаимодействии. Надо иметь в виду, что в нравственной жизни большую роль играют чувства, вера, которые так или иначе пронизывают все уровни морального сознания.

Мораль существует не только в виде сознания. Нравственные чувства и представления проявляются в самых разнообразных действиях, в которых и выражается отношение к другим людям, к обществу в целом, наконец, к самому себе. Словом, можно считать, что нравственные отношения и представляют собой нравственную практику.

Но нравственные отношения являются лишь одним из видов отношений, которые существуют в обществе [4, 66].

Для понимания сущности морали далеко не последнюю роль играет и выявление тех функций, которые она выполняет. В процессе становления морали, ее выделения в относительно самостоятельную область культуры установился определенный ряд функций, который присущ ей в настоящее время. Выделим основные (на наш взгляд):

1. Исходной можно считать оценочную функцию морали. Но оценочная функция характерна не только для морали, но и для искусства, религии, права, политики и др. [4, 68]. В чем же состоит специфика оценочной функции морали? Прежде всего, оценка производится через призму особых понятий морального сознания: «добро» и «зло», «справедливость», «долг», «совесть» и т.д. В моральном сознании сущее|существующее| сопоставляется с должным. Моральные оценки носят универсальный характер и распространяются фактически на все (за редким исключением) действия человека.

2. Познавательная функция морали не имеет такого же значения, такой же интенсивности, как оценочная, но теснейшим образом с ней переплетается. В частности, когда индивид оценивает поступки других или свои собственные, он неизбежно получает известное (неполное, конечно) представление о внутреннем мире(как своем собственном, так и других людей). Когда мораль дает оценку общему состоянию нравов, она в определенной мере открывает нам, насколько действия государства и его структур соответствует высшим общечеловеческим ценностям, стратегическому направлению развития истории [9,487].

3. Мировоззренческая функция морали. Как мы уже отмечали, мораль не может быть сведена к простым нормам. Она должна обосновывать, «оправдывать» эти нормы, указывать, во имя чего они должны выполняться, т.е. моральное сознание неизбежно выходит на высшие ценности, на вопросы смысла жизни.

4. Одна из важнейших функций морали – воспитательная. Без процесса воспитания – непрерывного, довольно интенсивного и целенаправленного невозможно существование общества, невозможно и становление отдельной человеческой личности. Но необходимо подчеркнуть, что в центре воспитания стоит воспитание нравственное, которое и формирует духовный стержень личности.

5. Регулятивная функция морали является своеобразным синтезом всех других функций, ибо, в конечном счете, задача морали состоит в направлении помыслов и действий отдельного человека. Но, как известно, регулирует поведение индивида не только мораль, но и право, религия, искусство, политическое сознание и др. [12, 189].

Мораль и право тесно переплетены между собой – и в своих истоках, и в дальнейшем развитии. Сближает их то, что и право, и мораль входят в общий социальный механизм ценностно-нормативной регуляции общества – они ориентированы на поддержание должного порядка взаимодействия между людьми и условий их самореализации. Нравственные взгляды, как и правовые воззрения, большей частью носят нормативно-предписательный и оценочный характер. В своем содержании они имеют такие общие фундаментальные категории, как «долг», «справедливость», «свобода», «достоинство», «воля» и др.

Правовые нормы предполагают условием своего действия элементарные нравственные нормы – «минимум морали». Так, к примеру, правосознание немыслимо без реального действия таких нравственных принципов и норм, как уважение достоинства других людей, чувство личной ответственности за свои поступки, признание необходимости учитывать интересы других людей, уверенность в том, что свобода всех людей невозможна без свободы каждого человека, и наоборот. Принцип права – «позволено все, что не запрещено» – эффективно работает лишь в том случае, когда в обществе существуют мощный нравственный фундамент, устойчивые нравственные привычки и убеждения, когда у людей есть внутреннее сознательное согласие на самоограничение, когда такие нравственные качества человека, как благородство, совесть, порядочность, являются чертами повседневной жизни.

В общественном сознании реальным содержанием наполняются те термины закона, которые непонятны и практически неосуществимы без учета норм и критериев общественной морали, например, «хулиганство», «оскорбление», «клевета», «исключительный цинизм» и т.д., при ее помощи конкретизируются и становятся общезначимыми такие оценочные понятия, как «уважительная причина», «достаточные основания» [11, 22].

Вместе с тем, право и мораль – два самостоятельных способа социального регулирования, они взаимодействуют как два особых социальных явления, каждое из которых при опосредовании общественных отношений выполняет собственные функции и имеет особую ценность.

Если мораль регулирует межличностные отношения, то возникновение права связано с регуляцией деятельности людей, определяемой их социальным положением и вытекающими отсюда специфическими интересами в государственно-организованном обществе. Нравственное сознание включено во внутреннюю мотивацию поведения человека, оно связано с такими категориями, как милосердие, искренность, скромность, подлость, лицемерие, не имеющими прямого юридического смысла. Моральное регулирование поведения людей универсально затрагивает межличностные аспекты отношения «человек – общество».

Право же исходит из отношения «гражданин – государство», отличаясь от нравственных знаний, убеждений, норм прежде всего тем, что в нем должное, справедливое мыслится всегда как то, что должно быть государственным законом, за нарушение чего должна следовать неизбежная санкция.

Следует различать институциональную и неинституциональную нормативности права и морали. Институциональность норм права заключается в их формальной определенности, высшем авторитете публичной власти, охране и поддержке этого авторитета силой влияния соответствующих органов. Неинституциональность норм морали связана с отсутствием публичного механизма их воплощения в жизнь; оценкой, вырабатываемой в принципе вне каких-либо социальных институтов. Возникая спонтанно из межличностных взаимодействий, нравственные нормы в своем действии опираются на силу общественного мнения.

Право и мораль, являясь основными социальными регуляторами поведения человека, имеют как общие черты, так и существенные различия.

В качестве общих черт можно назвать:

- ✓ принадлежность к социальным нормам и обладание общим свойством нормативности;
- ✓ и право, и мораль являются основными регуляторами поведения людей;
- ✓ имеют общую цель – регулирование поведения людей со стратегической задачей сохранения и развития общества как целого;
- ✓ базируются на справедливости как на высшем нравственном принципе;
- ✓ выступают мерой свободы индивида, определяют ее границы.

Различиями следует считать следующие характеристики:

1. Мораль формируется ранее права, правового сознания и государственной организации общества. Можно сказать, что мораль появляется вместе с обществом, а право – с государством, хотя мораль тоже имеет свой исторический период развития и возникает из потребности согласовать интересы индивида и общества.

2. В пределах одной страны, одного общества может существовать только одна правовая система. Мораль же в этом смысле разнородна: в обществе может действовать несколько моральных систем (классов, малых социальных групп, профессиональных слоев, индивидов). При этом в любом обществе существует система общепринятых моральных взглядов (так называемая господствующая мораль).

3. Нормы морали формируются как нормативное выражение сложившихся в данной социальной среде, обществе взглядов, представлений о добре и зле, справедливости, чести, долге, порядочности, благородстве и других категориях этики. (Основные категории морального сознания – «добро» и «зло», без которых невозможна любая моральная оценка) [11, 233]. При этом процесс формирования моральных систем идет спонтанно, в недрах общественного сознания. Процесс правообразования тоже весьма сложен, имеет глубокие социальные корни, однако право в единстве своей формы и содержания предстает как результат официальной деятельности государства, как выражение его воли.

4. Мораль живет в общественном сознании, которое и является формой ее существования. И в этом плане даже трудно различить мораль как форму общественного сознания и мораль как нормативный социальный регулятор, в отличие от права, где достаточно четко можно провести границу между правовым сознанием и правом. Право, по сравнению с моралью, имеет четкие формы объективирования, закрепления вовне (формальные источники права). Конечно, ту или иную моральную систему можно систематизировать и изложить в письменном виде как некий моральный кодекс. Однако речь идет о том, что мораль как особый социаль-

ный регулятор объективно в этом не нуждается.

5. Предметы регулирования норм права и норм морали не совпадают. Если их представить в виде кругов, то они будут пересекаться. То есть у них есть общий предмет регулирования и есть социальные сферы, которые регулируются только правом или только моралью. Специфический предмет морального регулирования – сферы дружбы, любви, взаимопомощи и т.п., куда право как регулятор, требующий внешнего контроля за осуществлением своих предписаний и предполагающий возможность государственно-принудительной реализации, не может и не должно проникать. Однако есть и сферы правового регулирования, к которым мораль не подключается в силу того, что они принципиально, по своей природе не поддаются моральной оценке: они этически нейтральны. К таким сферам относится, в частности, предмет технико-юридических норм.

6. С точки зрения внутренней организации та или иная моральная система, будучи относительно целостным нормативным образованием, не обладает такой логически стройной и достаточно жесткой структурой (законом связи элементов) как система права.

7. Право и мораль различаются по средствам и методам обеспечения реализации своих норм. Если право, как известно, обеспечивается возможностью государственно-принудительной реализации, то нормы морали гарантируются силой общественного мнения, негативной реакцией общества на нарушение норм морали. В то же время природа морали такова, что подлинно моральное поведение имеет место в том случае, когда оно осуществляется в силу личной убежденности человека в справедливости и необходимости этических требований, когда поведением человека руководит его совесть. Существует «золотое правило» морали: «Поступай по отношению к другим так, как ты хотел, чтобы они поступали по отношению к тебе».

Право и мораль взаимодействуют. Право является формой осуществления господствующей морали. В то же время мораль признает противоправное поведение безнравственным. Нормы морали имеют важное значение как для правотворческой деятельности, так и для реализации права, прежде всего, для процесса применения правовых норм. Правоприменитель не сможет вынести справедливое решение без опоры на нравственные требования. Вместе с тем не исключены противоречия между нормами морали и права. Это связано, в частности, с процессами их развития: «впереди» могут оказаться как нормы морали, так и нормы права.

История развития цивилизации свидетельствует, что право и мораль как составные части духовной культуры общества органически связаны друг с другом. Правовая система государственно-организованного общества закрепляет жизненно важные для всего общества требования морали, нравственные установления. Законодательная власть в работе по совершенствованию права должна учитывать состояние общественной морали, нравственную культуру населения страны, исходить из того, что нравственная основа права является важнейшей составной величиной общей регулятивной потенции права, что право должно быть нравственным, законы должны быть справедливыми и гуманными.

Величайшую нравственную ценность представляют собой основные права человека – юридическое выражение его свободы и достоинства. Фактическая реализация этих прав является условием обретения человеческого счастья, ибо права человека по существу есть его устремления к счастью, признанные законом. На тесную связь между правом и моралью указывают исторические памятники права древнего мира, средних веков и нового времени. Об этом же свидетельствует применение морально-этических понятий в оценке содержания законов и других источников права.

Однако будет ошибочным переводить отмеченные характеристики единства права и морали на уровень практической юриспруденции. Духу права и букве закона противоречит применение юридических норм непосредственно в зависимости от моральных принципов и критериев. Последние имеют отношение к праву в той мере, в какой неявно присутствуют в нормах права, будучи политически введены в правовую систему.

Список литературы:

1. *Аббаньяно Н. Мудрость философии. СПб, 1998.*
2. *Гусейнов А. А., Апресян Р. Г. Этика. М., 1998.*

3. *Дробницкий О. Г. Мораль. М.: Просвещение, 1974.*
4. *Зеленкова И. Л., Беляева Е. В. Этика. Минск: Терра-системс, 1998.*
5. *Золоухина-Аболина Е. В. Курс лекций по этике. Ростов-на-Дону: Феникс, 1999.*
6. *Краснов В. Н. Этика. М.: Проспект, 2001.*
7. *Кропоткин П. А. Этика. М.: Наука, 1966.*
8. *Кругляницо Т. Ф. Этика и этикет. М.,1995.*
9. *Попов Л. А. Этика. М., 1998.*
10. *Рассел В. М. Мораль и нравственность. М.: Наука, 1989.*
11. *Росенко М. Н. Основы этических знаний. СПб.: Лань, 1998.*
12. *Якобсон В. М. Этика. М.: Прогресс, 1983.*

Об авторах:

Кедров Владимир Сергеевич – доцент кафедры

Копейкин Павел Александрович – преподаватель кафедры

Кафедра судебной медицины с курсом правоведения ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ, 150000 Россия, г. Ярославль, ул. Революционная, 5, e-mail: rector@ysmu.ru

Kedrov Vladimir Sergeevich – associate Professor

Pavel Kopeikin – lecturer

Department of forensic medicine with the course of law of the Yaroslavl state medical University, PhD, Yaroslavl

© Кедров В. С., Копейкин П. А., 2015

УДК 340.6-051(470.313)

Крупнов Н. М., Сашин А. В.. Дубов Ю. В.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Статья посвящена анализу экспертиз, связанных с оказанием медицинской помощи, проведенных в Рязанском бюро судебно-медицинской экспертизы за 2010-2014 гг.

Ключевые слова: *судебно-медицинская экспертиза, качество оказания медицинской помощи.*

Krupnov N., Sashin A., Dubov Y.

STATUS AND PROSPECTS OF FORENSICS PROFESSIONAL MEDICAL MALPRACTICE IN THE RYAZAN REGION

The article is devoted to analysis of examinations related to the provision of medical aid, held in Ryazan Bureau of forensic medicine for 2010-2014 years.

Keywords: *forensic examination, the quality of medical care.*

Судебно-медицинская экспертиза медицинской деятельности и профессиональной ответственности медицинских работников в последнее время становится все более актуальной [1].

Это явилось основанием провести анализ экспертной практики по профессиональным правонарушениям медицинских работников по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Рязанской области.

Проведенный анализ показал, что общее количество экспертиз (исследований) по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников, выполненных в нашем учреждении за последние пять резко возросло в 2014 году (динамика представлена в таблице 1).

Таблица 1.

	2010	***2011***	***2012***	***2013***	***2014***
Число выполненных экспертиз	4	3	7	7	26

Инициаторами экспертизы качества оказания медицинской помощи, как правило, является Следственный комитет РФ (см. табл. 2).

Таблица 2.

	2010	2011	2012	2013	2014
Суд	2	2	1	–	–
Следственный комитет	1	1	6	5	25
МВД	1	–	–	1	1

В структуре экспертиз по «врачебным делам» преобладают специальности хирургического профиля (см. табл. 3).

Таблица 3.

	2010	2011	2012	2013	2014
нейрохирургия	2	1	3	1	4
кардиология	1	–	–	1	6
офтальмология	1	–	–	–	–
оториноларингология	–	–	1	–	1
пульмонология	–	1	–	–	–
абдоминальная хирургия	–	–	1	2	2
урология	–	–	1	–	–
педиатрия	–	–	2	1	–
травматология	–	–	–		1
акушерство и гинекология	–	–	–	1	7
стоматология	–	–	–	–	1
эндокринология	–	–	–	–	1
Всего	***4***	***2***	***8***	***6***	***23***

Вместе с этим, обращает внимание, что большая часть экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников поводилась в отношении умерших (см. табл. 4).

Таблица 4.

	2010	2011	2012	2013	2014
Умершие	3	1	7	6	21
Живые лица	1	2	–	1	5

Показательно, что объектом экспертиз большей частью являлись материалы уголовных дел, возбужденных в отношении медицинских работников и только в 2014 году стали преобладать материалы доследственных проверок (см. табл. 5).

Таблица 5.

	2010	2011	2012	2013	2014
Материалы уголовных дел	3	1	7	4	6
Материалы гражданских дел	1	2	–	3	20

Выводами экспертной комиссии в 2010 г. в одном случае был выявлен дефект оказания медицинской помощи, состоящий в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти, в трех случаях дефектов оказания медицинской помощи, состоящих в прямой причинно-следственной связи с неблагоприятным исходом основного заболевания, не установлено; в 2011-2014 гг. – во всех случаях дефектов оказания медицинской помощи, состоящих в прямой причинно-следственной связи с неблагоприятным исходом основного заболевания, не установлено.

Общеизвестно, что экспертизы по делам, связанным с некачественным оказанием медицинской помощи, являются одними из наиболее сложным видов экспертиз и требуют участия специалистов различного профиля.

Вместе с этим Постановлением Президиума Верховного Суда Российской Федерации от 4 марта и 25 марта 2009 года, по вопросу «каким требованиям должен соответствовать врач, не состоящий в штате государственного экспертного учреждения, который привлекается для производства судебно-медицинской экспертизы и дачи заключения в суде?», установлено, что «врач, который привлекается для производства судебно-медицинской

экспертизы и дачи заключения, должен подтвердить имеющуюся у него квалификацию наличием диплома о высшем медицинском образовании и сертификата специалиста по специальности «судебно-медицинская экспертиза», дающего право на занятие экспертной деятельностью», что существенно ограничивает перечень врачей, клинических специальностей, которые могут быть включены в состав экспертной комиссии.

С целью решения возникающей коллизии, повышения качества судебно-медицинских экспертиз и совершенствования межведомственного взаимодействия в нашем регионе апробирован и хорошо себя зарекомендовал, алгоритм межведомственного взаимодействия по которому краеугольными моментами экспертного заключения, помимо медицинских документов, являются материалы ведомственного рассмотрения качества оказания медицинской помощи ведущими специалистами министерства здравоохранения области и Росздравнадзора.

Вместе с этим, для полноты картины экспертной оценки качества оказания медицинской помощи, перспективным было бы привлечение специалистов – экспертов качества оказания медицинской помощи Регионального Фонда обязательного медицинского страхования, которые полномочны оценить не только медицинскую, но и экономическая составляющую лечебно-диагностического процесса.

Список литературы:

1. *Ковалев А. В. Судебно-медицинская служба России начала XXI столетия: состояние, проблемы, пути решения, нормативно-правовое регулирование деятельности. Труды VII Всероссийского съезда судебно-медицинских экспертов. 2013. т. 1. С. 13-56.*

Об авторах:

Крупнов Николай Михайлович – начальник, кандидат медицинских наук

Сашин Александр Викторович – заместитель начальника, кандидат медицинских наук

Дубов Юрий Владимирович – заведующий отделом комиссионных экспертиз

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы министерства здравоохранения Рязанской области», 390000, Рязань, ул. тер Восточный промузел, 18, e-mail: krupatan@yandex.ru

Nikolai Krupnov – head of the Bureau, candidate of medical sciences

Aleksandr Sashin – Deputy Chief of the Bureau, candidate of medical sciences

Yuri Dubov – head of Commission expertise

Bureau of forensic medical examination, Ryazan

© Крупнов Н. М., Сашин А. В.. Дубов Ю. В., 2015

УДК 343.347

Кузнецов С. В.

ПРОБЛЕМА РАЗДЕЛЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ «ВРАЧЕБНЫХ» УГОЛОВНЫХ ДЕЛ, А ТАКЖЕ ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ

Статья посвящена вопросу повышения эффективности определения причинно-следственных связей в судебно-медицинских экспертных исследованиях по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников, в качестве достигнутой цели излагаются подходы к решению данной проблемы.

Ключевые слова: *недостатки оказания медицинской помощи; причинно-следственные связи; вред здоровью.*

Kuznetsov S. V.

THE PROBLEM OF DIVISION OF COMPETENCE OF ESTABLISHING CAUSAL RELATIONSHIPS WHEN INVESTIGATING «MEDICAL» CRIMINAL CASES, AND SOLUTIONS

The article is devoted to improving the efficiency of determining causality in forensic expert research about professional offences of medical workers, as a destination presents approaches to solving this problem.

Keywords: *disadvantages of medical care; causation; harm to the health.*

Статистика так называемых «врачебных ошибок» в Российской Федерации сегодня неутешительна. Справедливости ради надо отметить, что имеющийся рост дел о причинении врачом вреда здоровью пациента носит общемировой характер: распространенность ненадлежащего выполнения медицинских услуг (помощи) уже 8 лет назад приняла, по определению президента Всемирной ассоциации медицинского права профессора A. Carmi, характер «молчаливой» эпидемии [16]. Ко всему прочему необходимо учитывать, что данный вид преступлений отличается высокой латентностью, то есть официальная статистика отражает лишь меньшую часть ненадлежащих профессиональных деяний, реально допускаемых медицинскими работниками.

Адекватным ответом от судебно-следственных органов на вышеописанные тенденции будет являться высокопрофессиональное, качественное и компетентное расследование уголовных

дел о причинении врачом вреда здоровью пациента, что без проведения судебно-медицинской экспертизы невозможно. При назначении и производстве последней, камнем преткновения чаще всего становится вопрос установления причинно-следственной связи.

Говоря об этимологии слова «причина» стоит отметить, что работниками, в чьи обязанности входит установление истины по различным правовым вопросам, должного смысла в значение глагола «причинять» не вкладывается; ни лицо, назначающее судебную экспертизу, ни эксперт-исполнитель не склонны особо задумываться над сутью этого слова. Между тем словари русского языка толкуют значение глагола «причинять» следующим образом:

- ✓ быть причиною, причинником чего, делать, творить, соделывать, учинять, чинить, производить [5];
- ✓ доставлять, вызывать, влечь за собою, оказывать, навлекать, нагонять, наделать, делать, накликать, наносить, вносить, приносить, подавать повод, порождать, послужить, производить, доводить до, подвергать чему, иметь последствием что, вводить в [1];
- ✓ произвести, послужить причиной чего-нибудь (неприятного) [13]; и др.

Из данного скромного лингвистического анализа становится ясно, что фактически за каждым заданием констатации причинения того или иного вреда стоит более глубинный вопрос – вопрос определения причинно-следственной связи между рассматриваемым деянием (воздействием) и последующим неблагоприятным последствием.

Согласно канонам уголовного права деяние может иметь форму действия или бездействия. Преступное действие характеризуется активным, волевым и осознанным поведением человека. Преступное бездействие отличает пассивное поведение, заключающееся в несовершении лицом тех действий, которые оно должно было и могло совершить в силу лежащих на нем обязанностей (статья 14 Федерального закона РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ «Уголовный кодекс Российской Федерации», далее – УК РФ) [17].

К сожалению, сегодня значительная часть Бюро судебно-медицинских экспертиз (далее – БСМЭ) субъектов РФ констатирует прямую причинно-следственную связь недостатка медицинской помощи с неблагоприятным исходом для здоровья только применительно к случаям, когда имеется активное ненадлежащее действие медицинского работника (например, пересеченный по неосторожности сосуд). В случаях же когда врач не в полной мере оказал лечебно-диагностическую помощь (что повлекло неблагоприятный исход) медицинских признаков прямой причинной связи не усматривается. По мнению экспертов, руководствующихся таким принципом, медицинская деятельность в подобных случаях является не причиной, а условием, и поэтому лишь способствует наступлению неблагоприятного исхода (например, смерть от острой дыхательной недостаточности в случае нелечения пневмонии. Логика такова: врач пневмонию не причинял, поэтому смерть не повлек; при этом не упоминается, что своим бездействием врач допустил развитие острой дыхательной недостаточности, закономерно повлекшую смерть).

Можно обобщить, что, согласно описанной концепции, позиция ряда экспертных учреждений Министерства здравоохранения РФ заключается в том, что чтобы не происходило, пациенты умирают от заболевания, а не от бездействия врача. В свою очередь судебно-следственным органам данная трактовка представляется ошибочной, поскольку неблагоприятный исход может быть обусловлен именно отсутствием адекватных действий медицинского работника. К тому же описанный порядок подрывает нравственные основы предназначения медицины, так как порождает два последствия:

1. бесполезность назначения судебно-медицинской экспертизы, так как всегда, согласно такой методике, медицинская деятельность будет только способствовать неблагоприятному исходу, а не являться его причиной;
2. врач совершенно легитимно и безнаказанно может заниматься не лечебно-диагностическим процессом, а его имитацией.

С другой стороны понятна и позиция коллег – судебно-медицинских экспертов: как оценить привнесенный медиком элемент бездействия в причинно-следственной цепи от нанесения злоумышленником повреждения с последующим оказанием врачом медицинской помощи и до развития смерти? Например, в случае поступления в медицинское учреждение пациента с пулевым ранением брюшной полости, допускается недостаток оказания медицинской помощи в виде позднего оперативного вмешательства, исходом чего становится смерть от перитонита. Получается парадоксальная ситуации – в случае доказуемости причинно-следственной связи между элементом врачебного бездействия и смертью пострадавшего, материальный состав преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, может быть применен по отношению к лечащему врачу, при всем этом очевидно, что ответственности за смертельный исход должен подлежать злоумышленник, стрелявший в потерпевшего. Случаи таких «правовых перегибов» также встречаются в современной судебно-следственной практике.

Стоит отметить и тот факт, что в медицине далеко не всегда явление, происходящее после определенного события, означает, что оно произошло из-за данного события [12]. В философских науках имеются различные формы взаимосвязи явлений:

- ✓ функциональная зависимость (нахождение в зависимости двух явлений, не порождающих друг друга, но имеющих общую причину);
- ✓ простая последовательность различных событий во времени;
- ✓ связь состояний, представляющая собой изменения во времени одного и того же явления;
- ✓ причинно-следственные связи [6, 11, 14, 22].

Как видно из перечня, помимо причинно-следственной связи есть как минимум еще три вида взаимосвязи явлений. Неудивительно, что, не придавая данному разделению значения, на практике зачастую происходит подмена и путаница данных категорий, ценой чего являются необоснованные решения, влекущие зачастую существенные изменения в судьбах конкретных лиц [9].

Хрусталева Ю. А. в своих исследованиях на основе данных анкетирования профессиональных судебно-медицинских экспертов установила, что деятельность данных специалистов при определении причинно-следственных связей очень далека от какого-либо единого научного методического подхода, что встреча-

ется не только при проведении первичных экспертных исследований [19], но и при выполнении сложных повторных экспертиз [20], причем отдельно ею отмечаются трудности у экспертов при установлении причинности между неблагоприятными исходами и дефектами оказания медицинской помощи [21]. О сложности оценки причинно-следственных связей свидетельствуют регулярные случаи неодинакового их толкования различными экспертами по одним и тем же ситуациям [2, 4, 15]. Кроме того ряд практических работников сами констатируют трудности определения причинно-следственных связей в отдельных случаях, например, у лиц с предшествующими заболеваниями [3, 7].

Не лучшим образом обстоят дела и у специалистов юридического профиля: как указывает В. Б. Малинин в практической деятельности ни одна из теорий причинности фактически не используется, несмотря на большое число вариантов этих теорий. Проведя анкетирование юристов о применении ими на практике какого-либо варианта теории причинной связи, автор отметил, что из ста респондентов данные знания не использовал никто. Результаты его исследования показали, что практические юристы в установлении причинно-следственных связей склонны доверять выводам экспертов и руководствоваться логикой [10].

Подводя итог можно еще раз отметить, что действующее нормативно-правовое регулирование не только строго не разграничивает компетенцию различных процессуальных лиц в процессе установления причинно-следственных связей [8], но и не закрепляет единообразных методик, как экспертного определения таких связей, так и судебно-следственной оценки этого определения.

Изложенное дает основание сделать вывод, что решение задачи установления причинно-следственной связи между ненадлежащей медицинской деятельностью и причиненным вредом здоровью по ряду оснований (как объективных, так и субъективных) должно осуществляться комплексно на основе совокупного использования знаний медицинской и юридической наук.

Очевидно, что при определении причинно-следственной связи судебно-медицинский эксперт не должен выходить за пределы медико-биологических компетенций и вторгаться в социально-правовую сферу.

Тем руководителям экспертным учреждениям, в которых считается, что комиссия судебно-медицинских экспертов не может устанавливать причинно-следственную связь между элементами бездействия медицинских работников и неблагоприятным для жизни и здоровья исходом (по причине возможного выхода за пределы специальных знаний), может быть рекомендовано включение в состав комиссии квалифицированного юриста, способного взять на себя ответственность в решении «немедицинской» части данного вопроса. Легитимность такой рекомендации поддерживается сутью статьи 15 Федерального закона РФ от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»: «Руководитель вправе … ходатайствовать перед органом или лицом, назначившими судебную экспертизу, о включении в состав комиссии экспертов лиц, не работающих в данном учреждении, если их специальные знания необходимы для дачи заключения» [18].

Механизм реализации предлагаемого подхода упирается в необходимость привлечения на постоянной основе соответствующих специалистов юридического профиля, что может быть достигнуто как минимум двумя способами:

- ✓ посредством создания в структуре судебно-экспертных учреждений одного из государственных ведомств или министерств специализированного подразделения экспертов-юристов;
- ✓ путем трудоустройства на должности судебно-медицинских экспертов отделов сложных (комиссионных) экспертиз БСМЭ субъектов РФ лиц, обладающих двойной (и врачебной и юридической) компетенцией.

В перспективе развитие института комплексных экспертиз (с привлечением судебных экспертов медицинского и юридического профилей) для установления обстоятельств, подлежащих доказыванию при расследовании уголовных «врачебных» дел (особенно в случаях элементов медицинского бездействия), позволило бы более эффективно и компетентно решать вопрос причинности, что уменьшило бы количество ошибок, повысило бы доказательную силу экспертных документов и, в конечном счете, способствовало установлению объективной истины по делу.

Список литературы:

1. *Абрамов Н. М. Словарь русских синонимов и сходных по смыслу выражений. М.: Русские словари, 1999. 431 с.*
2. *Беляев Л. В., Ноздряков К. В. Недостатки комиссионных экспертиз, связанных с качеством оказания медицинской помощи || Материалы VI Всероссийского съезда судебных медиков: «Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской науки и практики». Москва-Тюмень: Издат. центр «Академия», 2005. С. 51-52.*
3. *Ботезату Г. А., Бачу Г. С., Мутой Г. Л. и др. Судебно-медицинская экспертиза повреждений и насильственной смерти у лиц с предшествующими заболеваниями. Кишинев: Изд-во «Штиинца», 1989. 173 с.*
4. *Вермель И. Г., Ковалев М. И., Хоркунов Л. С. К оценке степени тяжести травм с инфекционными осложнениями || Судебно-медицинская экспертиза. 1994. № 3. С. 10-13.*
5. *Даль В. И. Толковый словарь живого великорусского языка. М., 2007. 4т.*
6. *Калашников В. Л. Философия: Курс лекций: учебное пособие. М.: Изд-во «ВЛАДОС», 2003. 384 с.*
7. *Калинка В. Д. Конкурирующие факторы при определении причины и генеза смерти и вопросы оформления патологоанатомического диагноза || Современные проблемы соотношения травмы и патологии в судебной медицине. Рига, 1984. С. 44-67.*
8. *Кузнецов С. В. Совершенствование правовой оценки причинно-следственных связей в экспертных исследованиях профессиональных правонарушений медицинских работников || Медицинская экспертиза и право. 2013. № 2. С. 3-5.*
9. *Кузнецов С. В., Хрусталева Ю. А., Колкутин В. В. Правовая оценка установления причинно-следственных связей в судебно-медицинских экспертных исследованиях || Жизнь без опасностей. 2013. № 3 (Том VIII). С. 94-99.*
10. *Малинин В. Б. Причинная связь в уголовном праве. СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2000. 316 с.*
11. *Мамчур Е. А., Сачков Ю. В. Причинность и телеононизм в современной естественно-научной парадигме. М.: Наука, 2002. 288 с.*
12. *Мельников В. С. Законы формальной логики в работе судебно-медицинского эксперта || Судебно-медицинская экспертиза. 1998. № 3. С. 6-8.*
13. *Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка. М., 1975. 846 с.*
14. *Парнюк М. А. Причина и действие. Киев: «Наукова Думка», 1994. 272 с.*

15. *Сапрыкин С. Б., Проценков М. Г. Некоторые особенности установления причинно-следственных связей между повреждениями и их последствиями при оказании пострадавшим медицинской помощи || Судебно-медицинская экспертиза. 2007. № 2. С. 43-44.*
16. *Сергеев Ю. Д., Канунникова Л. В. Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его распространения || Медицинское право. 2007. № 4. С. 37-39.*
17. *Собрание законодательства Российской Федерации от 17.06.1996 г. №25 ст. 2954.*
18. *Собрание законодательства Российской Федерации от 04.06.2001 г. №23 ст. 2291.*
19. *Хрусталева Ю. А. Трудности установления причинно-следственных связей в судебно-медицинской практике || Судебная экспертиза. 2007. № 1. С. 20-26.*
20. *Хрусталева Ю. А. Анализ установления причинно-следственных связей в материалах повторных экспертиз || Вестник Санкт-Петербургской Государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова. 2009. №3. С. 17-19.*
21. *Хрусталева Ю. А. К вопросу установления причинно-следственной связи неблагоприятного исхода с медицинской помощью || Медицинская экспертиза и право. 2010. № 4. С. 34-36.*
22. *Honderich T. The consequences of determinism. Oxford: Clarendon press, 1990. V. VIII. 257 p.*

Об авторе:

Кузнецов Семен Валерьевич – эксперт экспертно-криминалистического отдела управления криминалистики Главного следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по г. Санкт-Петербургу; доцент юридического факультета Санкт-Петербургского государственного аграрного университета, кандидат медицинских наук, 196601, Санкт-Петербург, Пушкин, Петербургское шоссе, дом 2, e-mail: nachsml@mail.ru

Kuznetsov Semen Valerievich – expert forensic department of criminology, Main investigation department of the Investigative committee of the Russian Federation in St. Petersburg; assistant professor law faculty, St. Petersburg state agrarian University, PhD, Saint-Petersburg

© Кузнецов С. В., 2015

УДК 616-053.2-082(47+57-25+470.311)

Купрюшин А. С., Левашов И. А., Галеева Р. Т.

ХАРЕКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Статья посвящена анализу комиссионных судебно-медицинских экспертиз проведенных по случаям неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи детям с целью определения отдельных тенденций этих случаев, что может быть полезным в педиатрической и судебно-медицинской практике.

***Ключевые слова**: комиссионная судебно-медицинская экспертиза, неблагоприятный исход оказания медицинской помощи детям.*

Kupryushin A. S., Levashov I. A., Galeeva R. T.

CHARACTERISTICS OF CASES OF POOR OUTCOMES OF PEDIATRIC CARE RENDERED IN MOSCOW AND MOSCOW REGION

The article analyzes commission forensic medical examinations conducted on cases of poor outcome of medical care for children in order to identify specific trends of such cases which can be useful in pediatric and forensic practice.

***Keywords:** commission forensic medical examination; poor outcome of medical care for children.*

При расследовании уголовных и гражданских дел, связанных с неблагоприятным исходом оказания медицинской помощи, всегда используются и оцениваются специальные медицинские знания. Для этого в соответствии с действующим законодательством проводятся комиссионные | комплексные судебно-медицинские экспертизы (далее – КСМЭ), в том числе, когда возникают сомнения в правильности оказания педиатрической помощи. Кроме необходимости разрешения многих медико-правовых вопросов такие случаи нередко вызывают «значительный общественный резонанс» [1, 2]. Именно поэтому для правовой и медицинской деятельности являются актуальными анализ и оценка судебно-медицинских экспертиз при неблагоприятном исходе оказания медицинской помощи детям (далее – НИМПД).

Целью настоящего исследования явилось определение особенностей, выявленных при анализе КСМЭ проведённых в связи со случаями НИМПД в двух субъектах РФ.

Для достижения цели исследования были поставлены следующие задачи:

- ✓ в архивах Бюро судебно-медицинской экспертизы (далее – БСМЭ) выявить экспертизы по поводу НИМПД;
- ✓ провести анализ случаев НИМПД: определить динамику и повод назначения экспертиз, экстренность оказания медицинской помощи, возрастно-половой состав пациентов, специальности лечащих врачей, результаты сличения клинического диагноза и вывода КСМЭ об имевшейся патологии, характер вреда причинённого здоровью детей.

Материалом для исследования явились КСМЭ из архивов БСМЭ г. Москвы и Московской области, проведенные в 1997-2007 гг.

Методика обработки материалов для исследования заключалась в выделении наиболее важных критериев с последующей статистической обработкой результатов с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel.

Проведенным исследованием было установлено, что с 1997 по 2007 гг. в БСМЭ Москвы и Московской области было проведено 175 КСМЭ по поводу НИМПД, причем 109(62,29%) из них – в Москве и 66 (37,71%) в Московской области. Значительно большее количество проведенных в Москве экспертиз объясняется количественным превосходством ее населения. Так по данным Федеральной службы государственной статистики в 2006 г. в Москве численность населения была чуть более 10,9 млн. человек, в Московской области – 6,6 млн. человек.

Оценивая годовую динамику количества КСМЭ, можно отметить увеличение их количества за указанный временной период. При этом пик активности заведенных дел пришелся на 2007 год, что можно связать с ростом правовой активности граждан, который отмечался и в других регионах [3].

Было установлено, что в 46,29% случаев экспертизы проводились в рамках уголовного расследования и в 23,42% – гражданского, в 30,29% случаев они были связаны с проверками по поводу жалоб, вызванных НИОМПД. Разрешение конфликтных ситуаций между пациентами и врачами не в гражданском суде, а чаще «с помощью прокуратуры и РОВД» [4; 55] характерно для многих

субъектов РФ. Приведенные данные свидетельствуют о большем желании родителей наказать виновных медицинских работников, чем получить материальную компенсацию за ненадлежащее лечение. Кроме того, большой процент проделанной по проверочным материалам работы указывает на доверие правоохранительных органов к ее результатам, поскольку оценка медицинской помощи могла быть поручена региональным органам здравоохранения.

Выводами КСМЭ в 46,29% случаев было установлено ненадлежащее оказание МП и в 53,71% случаев – надлежащее. Это обстоятельство свидетельствует об обоснованности, почти в половине случаев, претензий родителей к качеству оказанной детям медицинской помощи.

Среди рассматриваемых случаев оказания медицинской помощи (далее – МП) детям экспертными комиссиями было установлено, что 77,71% из них связаны с экстренными ситуациями. Это неудивительно, поскольку ее экстренное оказание предполагает быстроту принятия правильных диагностических и лечебных решений, что может необъективно восприниматься родителями. Тем не менее, МП в таких случаях оказывалась чаще (в 53,68% случаев) надлежащим, чем ненадлежащим образом (в 46,32% случаев).

Из материалов КСМЭ известно, что соотношение пациентов по полу было примерно одинаковым: мальчики 55,43%, девочки 44,57%. Этот факт, вероятно, носит случайный характер, как и примерно равное соотношение надлежаще и ненадлежаще оказанной помощи мальчикам – 47,42% и 52,58% соответственно. То же самое можно отметить и в отношении МП, оказанной девочкам: в 62,82% случаев она была надлежащей и в 37,18% – ненадлежащей.

По возрастным группам пациентов и характеру оказанной им медицинской помощи КСМЭ распределились следующим образом:

- ✓ неонатальный период (до 4 недель) рассматривался в 49 экспертизах (28,0%), при этом в 48,98% случаев была оказана надлежащая МП и в 51,02% – ненадлежащая;
- ✓ дети грудного периода (от 4 недель до 1 года) фигурировали в 30 экспертизах (17,14%), из них в 66,67% случаев оказывалась надлежащая МП и в 33,33% она имела дефекты;

- ✓ на период раннего детства (1-3 года) пришлось 26 экспертиз (14,86%), которыми в 42,31% случаев была установлена надлежащая МП и в 57,69% случаев – ненадлежащая;
- ✓ дети дошкольного возраста (3-7 лет) упоминались в 19 экспертизах (10,86%), из них в 52,63% случаев МП была надлежаще оказана и в 47,37% – ненадлежаще;
- ✓ младший школьный возраст (7-12 лет) отмечался в 20 экспертизах (11,43%), в 65,0% случаев определена правильно оказанная МП и в 35,0% она имела дефекты;
- ✓ подростковый возраст (12-17 лет) был отражен в 30 экспертизах (17,14%), при этом в 53,33% случаев была оказана надлежащая МП и в 46,67% – ненадлежащая;
- ✓ в одном случае в КСМЭ возраст не был указан, ребенку была оказана ненадлежащая МП.

Анализ возраста пациентов показал, что подавляющее большинство экспертиз (60%) приходится на три первых возрастных периода развития детей. Это может быть связано с большим, по сравнению с другими периодами, количеством объективных причин, вызывающих лечебно-диагностические ошибки. Нередко встречающийся неблагоприятный преморбидный фон (недоношенность, задержка внутриутробного развития, внутриутробное инфицирование, аномалии и пороки развития, синдром дыхательных расстройств, родовые травмы и т.д.) может осложнить течение многих заболеваний. Поэтому даже проведение своевременной и качественной медицинской помощи может быть не достаточно эффективным. Часто быстро развивающееся тяжелое общее состояние такого ребенка ограничивает диагностические возможности, что приводит к диагностическим ошибкам и к неправильному лечению. У детей до 3-х лет может быть затруднен полноценный сбор анамнеза, что также влечет за собой возможные диагностические трудности. В этой связи нельзя не отметить «отсутствие необходимых видов диагностики и лечения» и недостаточное развитие реанимационных служб [5] в педиатрической помощи. К тому же, имеются сложности в законодательстве по поводу ненадлежащего оказания МП в связи со смертью плода [6].

Анализ медицинских специальностей, представители которых осуществляли МП, по поводу которой проводились КСМЭ, показал наибольшую частоту экспертиз, связанных с акушерами-гинекологами (24%), педиатрами (18,9%), хирургами (13,1%), инфекционистами (7,4%) и анестезиологами-реаниматологами (6,9%). Подобные данные в отношении акушеров-гинекологов и хирургов совпадают с результатами других исследователей [7]. Было установлено, что оказанная акушерами-гинекологами и анестезиологами-реаниматологами МП в половине случаев (50%) была ненадлежащей. Такую же помощь оказали более чем половине случаев педиатры (52%) и хирурги (57%). Инфекционисты допускали дефекты при оказании МП менее чем в половине случаев (46%).

Из представленных данных видно, что в большинстве случаев ненадлежащую МП оказали представителями тех специальностей, работа которых зачастую связана с экстренными ситуациями, требующими принятия быстрых врачебных решений, что способствует ошибочной диагностике и неправильному лечению.

При сличении окончательного клинического диагноза с выводом КСМЭ о патологическом процессе, вызвавшем необходимость оказания МП, было выявлено, что при надлежаще оказанной медицинской помощи диагноз и вывод совпадали в 94,68% случаев. При ненадлежащей медицинской помощи, совпадение диагноза с выводом было установлено только в 51,85% случаев. В остальных 48,15% случаях выявлено: расхождение I категории (2,48%), II категории (14,81%), III категории (30,86%). Это свидетельствует о том, что почти в трети случаев (при III категории), предъявляемые родителями претензии к медицинскому работнику были абсолютно обоснованными.

При анализе последствий оказанной МП было выявлено следующее: при корректно оказанной медицинской помощи закономерно отсутствовал вред, причиненный здоровью ребенка (96,8%). При ненадлежащем оказании МП отсутствие вреда наблюдалось лишь в 11,11% случаев, средний вред здоровью отмечался в 8,64%, тяжкий вред – в 17,28% и смерть пациента – в 61,73%, в одной экспертизе вред здоровью не был установлен (1,24%). Такие результаты свидетельствуют о связи между качеством оказания МП и риском причинения вреда здоровью пациента.

На основании проведенного исследования можно констатировать, что:

- ✓ рост количества экспертиз по поводу неблагоприятного исхода медицинской помощи детям связан с увеличением правовой активности их родителей, а также, возможно, с учащением случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи;
- ✓ претензии родителей по поводу качества оказанной медицинской помощи почти в половине всех случаев являются обоснованными;
- ✓ при экстренной медицинской помощи риск ее ненадлежащего оказания значительно выше, чем при плановых медицинских мероприятиях;
- ✓ наиболее часто экспертизы по поводу неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи проводятся в связи с жалобами родителей детей до 3 лет, причем в неонатальном периоде и периоде раннего детства они более чем в половине случаев бывают обоснованными;
- ✓ наиболее уязвимыми специальностями в плане ненадлежащего оказания медицинской помощи являются акушеры-гинекологи, педиатры, хирурги, инфекционисты и анестезиологи-реаниматологи;
- ✓ при сличении диагнозов и выводов комиссионной судебно-медицинской экспертизы при ненадлежащей медицинской помощи примерно в трети случаев выявляются расхождения диагнозов III категории, указывающие на обоснованность претензий родителей;
- ✓ при ненадлежащем оказании медицинской помощи более половины случаев заканчивается смертью пациентов, и более четверти случаев – причинением среднего и тяжкого вреда здоровью ребенка.

Список литературы:

1. *Новоселов В. П., Канунникова Л. В. Комплексная оценка ненадлежащего оказания медицинской помощи // Проблемы экспертизы в медицине. 2005. №4 (20). С. 4-6.*
2. *Сергеев Ю. Д., Ерофеев С. В. Проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи: методика изучения и актуальность // Медицинское право. 2003. № 1. С. 4-6.*

3. *Кладов С. Ю. Судебно-медицинская экспертиза в оценке деятельности врачей и качества медицинской помощи || Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им М. И. Мечникова. 2008. №4 (29). С. 21-24.*
4. *Сергеев Ю. Д. Ерофеев С. В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. Москва, 2001. 288 с.*
5. *Баранов А. А. и др. Основы оптимизации стационарной помощи детям || Вопросы современной педиатрии. 2006. № 3. С. 7-9.*
6. *Гецманова И. В., Поздеев А. Р. Правовой анализ ненадлежащего оказания медицинской помощи в связи со смертью плода || Проблемы экспертизы в медицине. 2014. №1 (53). С. 5-9.*
7. *Сергеев Ю. Д., Козлов С. В. Возникновение неблагоприятных последствий для здоровья при оказании медицинской помощи (анализ и прогноз) || Медицинское право. 2014. № 6. С. 13-16.*

Об авторах:

Купрюшин Алексей Степанович – заведующий кафедрой клинической морфологии и судебной медицины, доцент, кандидат медицинских наук, e-mail: kas-agm@rambler.ru

Левашов Илья Андреевич – студент лечебного факультета медицинского института, e-mail: mesmerizz3d@gmail.com

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», 440026, Пенза, ул. Красная, д. 40

Галеева Римма Тимуровна – доцент кафедры педиатрии и неонтологии ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доцент, кандидат медицинских наук, 440060, Пенза, ул. Стасова, д. 8А, e-mail: rtgaleeva@gmail.com

Kupryushin Alexey Stepanovich – Head of the Department of Clinical Morphology and Forensic Medicine, MD, associate professor, Penza

Levashov Ilya Andreyevich – student of the medical faculty of the medical institute

FSBEI HPE «Penza State University», Penza

Galeeva Rimma Timurovna – associate professor of pediatrics and neonatology GBOU DPO «Penza Institute of Postgraduate Medical Education» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Ph. D., Penza

© Купрюшин А. С., Левашов И. А., Галеева Р. Т., 2015

УДК 614.255.14

Куранов В. Г.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, ПОСЛЕ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА

В статье рассматриваются нормы об охране врачебной тайны после смерти пациента. Данный институт рассматривается с точки зрения соблюдения баланса конституционных прав на охрану сведений о частной жизни лица и интересов его близких родственников на получение информации. Автором анализируются правовые позиции Европейского Суда по Правам Человека и Конституционного Суда России. В результате исследования сформулированы предложения по корректировке действующего законодательства.

Ключевые слова: *Врачебная тайна; пациент; юридическая ответственность; смерть гражданина; законопроект.*

Kuranov V. G.

THE LEGAL LIABILITY OF HEALTH PROFESSIONALS AND MEDICAL ORGANIZATIONS FOR DISCLOSURE OF INFORMATION CONSTITUTING A MEDICAL SECRET, AFTER THE DEATH OF THE PATIENT

The article deals with rules on the protection of medical confidentiality after the death of the patient. This institution is considered from the point of view of compliance with the balance of the constitutional rights to protection of information on private life of individuals and the interests of his close relatives to obtain information. The author analyzes the legal position of the European Court of Human Rights and the Constitutional Court of Russia. The study makes proposals to adjust the current legislation.

Keywords: *Medical secrecy; patient; legal liability; death of a citizen; bill.*

Российское законодательство предусматривает различные виды ответственности, к которым могут быть привлечены как медицинские организации, так и медицинские работники в случае незаконного разглашения врачебной тайны. Отдельного состава преступления, объективная сторона которого характеризуется разглашением именно врачебной тайны, Уголовный кодекс Российской Федерации не содержит. Но в УК РФ предусмотрена норма, устанавливающая ответственность за незаконное собирание или распространение сведений о частной жизни лица,

составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия (ст. 137) [10]. Понятие частной жизни в его конституционно-правовом смысле включает, в том числе, и информацию, составляющую врачебную тайну.

Помимо уголовной, медицинские работники могут нести также и дисциплинарную ответственность – Трудовой кодекс Российской Федерации допускает расторжение трудового договора по инициативе работодателя в случае разглашения работником охраняемой законом тайны, ставшей известной последнему в связи с исполнением трудовых обязанностей (подп. в) п. 6 ст. 81 ТК РФ) [9]. Врачебная тайна подлежит охране в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об охране здоровья, Закон № 323-ФЗ) [12]. Также отметим, что врачебная тайна отнесена к конфиденциальным сведениям, согласно Указу Президента РФ [11].

К гражданско-правовой ответственности за разглашение врачебной тайны могут быть привлечены медицинские организации, например, в случае причинения пациенту вследствие такого разглашения морального вреда.

Закон № 323-ФЗ возвел охрану врачебной тайны в ранг принципа охраны здоровья, чем подчеркнул особую значимость данного института. По сравнению с Основами 1993 года [5], Закон об охране здоровья сохраняет конфиденциальность сведений, ставших известными при обследовании и лечении гражданина, и после его смерти.

Анализ судебной практики позволяет сделать вывод, что родственники умершего пациента, предполагая наличие дефектов в лечении их близкого, запрашивают в лечебном учреждении медицинскую документацию. Суды, как правило, подтверждают законность отказа медицинской организации в раскрытии родственникам сведений о диагнозе и лечении умершего пациента, если последним не было дано прижизненное согласие на разглашение такой информации [1, 7, 8].

Полагаем, что возможность родственников умершего получить сведения о его лечении следует анализировать не только с точки зрения законодательства об охране здоровья, но и с позиций наличия у граждан конституционного права на получение информации (ст. 29 Конституции РФ [4]).

Европейский Суд по правам человека (далее – ЕСПЧ) в деле «Z. v. Finland» [2] отмечает, что «…защита персональных данных – не в последнюю очередь, медицинских сведений, имеет фундаментальную важность для пользования лицом его правом на уважение частной и семейной жизни, гарантированным статьей 8 Конвенции. Уважение конфиденциальности информации о здоровье является жизненным принципом правовых систем всех договаривающихся сторон Конвенции. Принципиально важно не только уважать чувство приватности пациента, но также и оберегать его доверие к медицинской профессии и к учреждениям здравоохранения в целом».

Примечательна позиция Конституционного Суда [6] по рассматриваемой проблеме. С одной стороны КС отмечает, что медицинская информация, непосредственно касающаяся не самого гражданина, а его умерших близких (родственника, супруга и т.д.), как связанная с памятью о дорогих ему людях, может представлять для него не меньшую важность, чем сведения о нем самом, а потому отказ в ее получении, особенно в тех случаях, когда наличие такой информации помогло бы внести ясность в обстоятельства их смерти, существенно затрагивает его права – как имущественные, так и личные неимущественные. С другой стороны, подчеркивает конфиденциальный характер таких сведений.

Конституционный Суд также указывает (со ссылками на постановления ЕСПЧ), что международное право и конституционные нормы не устанавливают конкретных процедур, в рамках которых заинтересованное лицо может ознакомиться с информацией, содержащей медицинскую тайну иного лица. В результате, в Определении делается вывод, что федеральный законодатель обладает определенной свободой усмотрения при создании правовых механизмов, которые … позволяли бы заинтересованному лицу осуществлять эффективную защиту (в том числе судебную) как принадлежащих ему имущественных прав и нематериальных благ, так и права на человеческое достоинство умершего лица.

Закон об охране здоровья, устанавливая режим конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну, и после смерти пациента, содержит одно исключение. Согласно п. 5 ст. 67, заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушке, бабушке), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего, правоохранительным органам, органу, осуществляющему государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, и органу, осуществляющему контроль качества и условий предоставления медицинской помощи, по их требованию. Полагаем, что, помимо заключения о причине смерти и диагнозе заболевания, родственникам умершего может быть представлен и протокол проведения патолого-анатомического вскрытия. Также считаем, что в Законе об охране здоровья следует особо оговорить, что сведения, полученные при патолого-анатомическом вскрытии, также относятся к информации, составляющей врачебную тайну. Подобная норма, например, содержится в законодательстве республики Беларусь. Дополнение российского института врачебной тайны результатами патологоанатомического исследования будет соответствовать требованию Закона № 323-ФЗ об охране врачебной тайны после смерти пациента.

Законодатель не дает однозначного ответа, продолжает ли действовать после смерти пациента данное им согласие на раскрытие врачебной тайны иным лицам. На наш взгляд, поскольку иное не оговорено, то такое согласие сохраняет свою силу и после смерти выдавшего лица, но только если воля пациента не была выражена в доверенности (согласно ст. 188 Гражданского кодекса Российской Федерации, доверенность прекращается со смертью доверителя). Во избежание различного толкования закона в правоприменительной практике, считаем необходимым внести соответствующие дополнения в Закон № 323-ФЗ.

10 ноября 2015 г. в Государственную Думу Российской Федерации внесен законопроект № 925329-6 «О внесении ряда изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросу о предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну, после смерти лица» [3].

Основные новеллы законопроекта заключаются в следующем:

1. помимо, заключения о причине смерти и диагнозе близким умершего могут быть предоставлены и иные сведения, составляющие врачебную тайну;
2. названная информация может быть предоставлена как близким родственникам, так и наследникам пациента;
3. пациент наделяется правом запретить посмертное предоставление информации о его здоровье.

На наш взгляд, законопроект должен быть существенным образом скорректирован. Так, указание на наследников пациента как на субъектов получения информации, составляющей врачебную тайну, требует обсуждения с цивилистической точки зрения, поскольку сведения о состоянии здоровья не включаются в наследственную массу. Более того, у медицинской организации отсутствует возможность выяснить круг всех наследников умершего пациента, к которым могут относиться не только физические, но и юридические лица, а также публично-правовые образования.

Также представляется, что родственникам пациента после его смерти не должна быть априори доступна вся информация, составляющая врачебную тайну. К врачебной тайне относятся не только сведения о диагнозе и лечении, но и любая иная информация, ставшая известной медицинскому работнику от пациента – например, информация о частной жизни лица. Как отмечалось выше, родственникам умершего целесообразно представлять сведения о причине смерти, а также протокол проведения патолого-анатомического вскрытия. Иные данные могут быть запрошены в рамках расследования или судебного разбирательства.

Таким образом, регулирование правоотношений по охране врачебной тайны после смерти пациента содержит ряд пробелов, восполнить которые возможно посредством внесения дополнений в Закон № 323-ФЗ, что приведет и к совершенствованию механизмов привлечения медицинских организаций и медицинских работников к юридической ответственности за неправомерное раскрытие сведений о состоянии здоровья.

Список литературы:

1. *Апелляционное определение СК по гражданским делам Мурманского областного суда от 23 октября 2013 г. по делу № 33-3584;*
2. *Дело «Z. v. Finland», Application № 22009|93*
3. *Законопроект № 925329-6 «О внесении ряда изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросу о предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну, после смерти лица» || http:||asozd2. duma. gov.ru|main. nsf|%28SpravkaNew%29?OpenAgent&RN=925329-6&02.*
4. *«Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993)*
5. *«Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1).*
6. *Определение Конституционного Суда РФ от 09. 06. 2015 № 1275-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Зубкова Владимира Николаевича на нарушение его конституционных прав частями 2, 3 и 4 статьи 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»*
7. *Определение Верховного суда Республики Татарстан от 21.07.2014 г. по делу № 33-9939|2014*
8. *Определение Краснодарского краевого суда от 07.04.2014 г. по делу № 4г-2923|2014*
9. *«Трудовой кодекс Российской Федерации» от 30.12.2001 № 197-ФЗ.*
10. *«Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 № 63-ФЗ.*
11. *Указ Президента РФ от 06.03.1997 № 188 «Об утверждении Перечня сведений конфиденциального характера»*
12. *Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*

Об авторе:

Куранов Владимир Григорьевич – заведующий кафедрой правоведения Пермского государственного медицинского университета им. ак. Е.А. Вагнера, 614000, Пермь, ул. Н. Островского, д. 29, кв. 3, e-mail: kuranov.perm@yandex.ru

Kuranov Vladimir Grigorievich – Head Law Department, Perm Vagner State Medical University, Perm

© Куранов В. Г., 2015

УДК 340:378.147.335+378.661(470.53-25)

Лунин А. В.

ИНТЕРАКТИВНЫЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ КАК МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ПРАВОВЕДЕНИЕ» В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ НА ПРИМЕРЕ ПЕРМСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ АКАДЕМИКА Е. А. ВАГНЕРА

Статья посвящена интерактивным презентациям как одному из альтернативных методов изучения правоведения в медицинских ВУЗах на примере Пермского государственного медицинского университета имени академика Е. А. Вагнера.

Ключевые слова: *интерактивная презентация, интернет-пространство, практические навыки, доступность информации, деловая игра.*

Lunin A. V.

INTERACTIVE PRESENTATIONS AS A METHOD OF JURIDICAL EDUCATION IN MEDICAL UNIVERSITIES FOR EXAMPLE ON PERM STATE MEDICAL UNIVERSITY BEHALF OF E. A. VAGNER

This article presents interactive presentations as one of the alternative methods of juridical education in medical universities for example on Perm State Medical University behalf of academician E. A. Vagner.

Keywords: *interactive presentation, Internet space, skills of practice, availability of information, business game.*

В настоящее время все большее распространение в образовательном процессе приобретают альтернативные методы изучения различных дисциплин. Связано это, как правило, с желанием образовательных учреждений повысить степень усвоения студентами теоретического материала, и, как следствие, обеспечить надлежащее качество образования своих выпускников. С другой стороны, у студентов возникает объективная необходимость применять полученные теоретические знания на практике, в реальной жизни для решения возникающих в ней проблем и задач.

В этом контексте учебная дисциплина «правоведение» отличается тем, что она непосредственно связана с решением практических ситуаций, поэтому использование альтернативных методов при ее изучении будет способствовать более глубокому и всестороннему усвоению данной дисциплины студентами высших

учебных заведений. Необходимость сочетания традиционных и инновационных методов обучения при изучении правовых дисциплин в настоящее время отмечают многие ученые [4].

Нельзя не принимать во внимание и тот факт, что в связи с достижениями научно-технического прогресса и развитием электронных технологий все чаще в коммуникациях между студентами и преподавателями, студентами между собой используется интернет-пространство. С одной стороны, это предъявляет качественно новые требования к способам подачи материала для современных студентов, что влечет за собой необходимость разработки специальных методов обучения, связанных с информационными технологиями. Такие методы уже разработаны и с большим успехом применяются, например, в США [3]. Однако, с другой стороны, развитие интернет-коммуникаций только подчеркивает ценность настоящего, живого общения между людьми в реальной жизни, что, безусловно, также ставит соответствующие задачи перед преподавателями при выборе способов изучения правовых дисциплин.

В ходе осуществления преподавательской деятельности на кафедре правоведения Пермского государственного медицинского университета имени академика Е. А. Вагнера (далее – ПГМУ), автором был сделан ряд интересных наблюдений о ходе изучения студентами дисциплины «правоведение».

Во-первых, учитывая непрофильность предмета «правоведение» для медицинского ВУЗа, была отмечена некоторая затруднительность в изучении студентами теоретического материала.

Во-вторых, на семинарских занятиях наибольшую заинтересованность у студентов вызывало решение именно практических задач, при этом в учебной аудитории разворачивались настоящие дискуссии, подкрепляемые случаями и примерами из реальной жизни при обстоятельствах, схожих с установленными в задаче.

В-третьих, отличительной особенностью ПГМУ является обучение иностранных студентов наравне с русскоязычными. Как справедливо отметили коллеги автора по кафедре правоведения ПГМУ Куранов В. Г. и Козьма Н. Н., наблюдается тесная взаимосвязь профессиональной подготовки студента-иностранца и его

социокультурной адаптации во внеучебной сфере, в конечном итоге адаптация в инонациональной среде является необходимым условием интериоризации профессиональной роли врача для иностранных студентов [1].

Исходя из изложенных выше наблюдений, перед автором настоящей статьи возникла необходимость в поиске таких методов изучения правоведения, которые, с одной стороны, соответствовали бы образовательным стандартам и программе ВУЗа, с другой стороны – отвечали бы ожиданиям студентов по практическому применению полученных знаний и реально стимулировали их к изучению дисциплины «правоведение», с третьей стороны – учитывали бы интересы иностранных студентов по доступности информации и развивали бы их связи с русскоязычными студентами во внеучебное время.

В результате поиска решений указанных выше задач автором был разработан метод «интерактивных презентаций», который заключается в следующем.

Студенты предварительно по своему желанию делятся на несколько групп, каждой из которой ставится задача раскрыть свою определенную тему, например при теме семинарского занятия «Трудовой договор» оптимальным является разделение на 3 группы – «Заключение трудового договора», «Изменение условий трудового договора» и «Прекращение трудового договора».

Каждой из групп преподавателем выдается перечень вопросов, которые члены группы должны раскрыть в своей презентации любым способом по своему желанию – театральными сценками, изготовлением плакатов, схем, использованием проектора и т.д. Обязательным условием при этом является использование в презентации соответствующих теме положений действующего законодательства.

В результате такие интерактивные презентации зачастую представляют собой настоящие театральные выступления, насыщенные правовой информацией. При этом налицо наглядность и доступность для восприятия студентами правового материала, по этой причине поданные в виде презентаций положения правовых норм надолго откладываются в памяти учащихся, в том числе и иностранных студентов.

После каждой презентации происходит обсуждение представленной темы, делается разбор допущенных ошибок, недочетов в толковании студентами текста нормативных актов, раскрываются не освещенные в презентации вопросы.

Схожие с интерактивной презентацией признаки имеет так называемая «деловая игра», также предлагаемая рядом коллег в качестве альтернативного метода изучения некоторых тем правоведения [2]. Однако материалы и сценарий для деловой игры готовит полностью преподаватель, он же, как правило, распределяет роли. Подготовкой же интерактивной презентации занимаются полностью сами студенты, они ограничены только предоставленной им темой и вопросами, которые необходимо осветить в презентации, распределением ролей занимаются сами учащиеся.

Кроме того, активными участниками деловой игры являются лишь несколько студентов из группы, остальные же остаются пассивными наблюдателями и участвуют только в последующем обсуждении. В интерактивных же презентациях участвуют все студенты из учебной группы, каждому из них ставится отдельная оценка за освещенный им в рамках презентации вопрос. По глубокому убеждению автора, такой метод способствует построению межличностных связей и взаимодействий между студентами во внеучебное время, что ведет к безусловному сплачиванию коллектива и распространению дружеской атмосферы в среде студентов.

Следует отметить, что использование метода интерактивных презентаций возможно при изучении не всех разделов правоведения. Очевидно, что при изучении, например, теории государства и права, конституционного права должны применяться традиционные методы обучения. Использование же интерактивных презентаций представляется наиболее целесообразным при изучении трудового, семейного, уголовного, медицинского права.

В заключение следует сделать вывод о том, что в результате применения метода интерактивных презентаций значительно повысилась эффективность изучения материала, налицо живой интерес студентов к обсуждаемым в ходе презентаций правовым проблемам. В ходе подготовки и представления интерактивных презентаций раскрывается творческий потенциал студентов.

Кроме того, очевидна наглядность и доступность такой формы изучения дисциплины «правоведение», что в конечном итоге способствует укреплению правовых знаний у студентов медицинских ВУЗов.

Список литературы

1. *Козьма Н. Н., Куранов В. Г. К вопросу об обучении правоведению иностранных студентов-медиков // Материалы III межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)». М., 2014. С. 92-95.*
2. *Колесникова Е. Ю. Деловая игра «Оформление информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (отказа от медицинского вмешательства)» в рамках учебного процесса по правовым дисциплинам для студентов высших медицинских учебных заведений // Материалы III межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)». М., 2014. С. 96-97*
3. *Кручинин М. В. Информационные и коммуникационные технологии в юридическом образовании США // Юридическое образование и наука. 2015. №3. С. 24-28.*
4. *Раджабова П. А. Сочетание традиционных и инновационных методов обучения на юридическом факультете // Юридическое образование и наука. 2014. №1. С. 19-20.*

Об авторе:

Лунин Андрей Валерьевич – преподаватель кафедры правоведения ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А. Вагнера» МЗ РФ, 614000, Пермь, проспект Комсомольский, д. 7, кв. 71, e-mail: andrey.lunin1986@yandex.ru

Lunin Andrey Valerievich – teacher of jurisprudence Perm State Medical University behalf of E. A. Vagner, Perm

© Лунин А. В., 2015

УДК 614.2+316.485

Максимов И. Л.

ДОСУДЕБНЫЕ СПОСОБЫ РЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ

Статья посвящена способам досудебной защиты и эффективному решению конфликтов с помощью медиации в сфере здравоохранения

Ключевые слова: *досудебные способы защиты, медиация, врачи, пациенты, медицинская организация*

Maximov I. L.

PRE-TRIAL METHODS OF RESOLVING CONFLICT SITUATIONS IN THE MEDICAL FIELD

This article is devoted to methods of pre-judicial protection and effective conflict resolution through mediation in healthcare

Keywords: *pre-trial means of protection, mediation, physicians, patients, medical organization*

Сфера здравоохранения традиционно является одной из наиболее значимых областей жизнедеятельности граждан. Суммы судебных претензий пациентов к врачам неуклонно растут. Недостаточная информированность, которая часто имеет место в отношениях между врачом и пациентом, сочетается с высокой степенью их неудовлетворенности оказанной медицинской помощью (услугой) и, как следствие, возникновением конфликта, нередко с последующей юридической ответственностью. В 41,4% случаев крайней неудовлетворенности пациента оказанием медицинской помощи отсутствовали достаточные основания для наступления юридической ответственности. По международной статистике, 40-60% жалоб пациентов могут быть полностью удовлетворены простым объяснением со стороны врачей.

В данных условиях медицинская организация вынуждена искать способы защиты своих имущественных интересов. В разрешении конфликтов между пациентами и медицинской организацией руководители клиник, как правило, пытаются обходиться штатными юрисконсультами, выполняющими свои обязанности в рамках трудовых правоотношений, а также психологами. Также

в последнее время появляется практика по рассмотрению конфликтных ситуации третейскими судами. В России до сих пор нет эффективного алгоритма, по которому можно не доводить до суда конфликты между врачами и пациентами.

Наиболее цивилизованными способами разрешения правовых споров, демонстрирующими высокий уровень демократической культуры в обществе, развитость институтов гражданского общества и правового государства признаются негосударственные процедуры урегулирования правовых споров. Данные процедуры характеризуются тем, что субъекты спора активно участвуют в разрешении конфликта, отстаивая свои интересы, но, стараясь при этом совместно искать пути обоюдовыгодного результата (например, непосредственные переговоры), при необходимости они прибегают к помощи третьих лиц, которые содействуют им в урегулировании конфликта и как следствие в разрешении спора. Одной из подобных процедур является медиация.

Медиация – это старинная процедура разрешения споров, предполагающая участие нейтральной незаинтересованной стороны, авторитетной для всех участников содействующей разрешению спора. В современном же понимании медиация представляет собой процедуру урегулирования разногласий с помощью не заинтересованного лица, именуемого посредником (медиатором), который оказывает сторонам содействие в ведении переговоров и способствует достижению согласия между ними. Медиатор не выносит решения по спору, не предлагает и не подсказывает варианты решения проблемы, а лишь содействует созданию условий для диалога между сторонами [1].

Деятельность медиатора не является предпринимательской. Согласно п. 1 ст. 2 Гражданского кодекса РФ предпринимательской является самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке [2]. Ст. 45 Конституции РФ гарантирует государственную защиту прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации. Каждый вправе защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом.

Медиатор не выносит решения по спору, не предлагает и не подсказывает варианты решения проблемы. Средняя продолжительность разрешения медицинских дел судами общей юрисдикции составляет от 3 до 5 лет. Возможная продолжительность процедуры медиации от 1 дня до 180 дней.

Эффективность досудебного урегулирования спора с помощью медиации достигается благодаря раскрытию способности сторон к кооперации и коммуникации путем целенаправленных действий, ориентированных на будущее, что поможет сэкономить участникам спора время, деньги и эмоциональные ресурсы.

Исследования и теория процедурной справедливости показывают, что стороны, пришедшие на процедуру медиации нуждаются в том, чтобы рассказать свою историю видения проблемы, почувствовать, что их истории услышаны, и поверить, что с ними обращаются равноправно, с уважением и достоинством. Медиация стоит на пороге перемен в поисках способов осуществления справедливости. При проведении медиации медиатору важно понять, в чем истинные причины конфликта и на что готовы и о чем конкретном могут договариваться стороны, какие темы они желают обсуждать совместно.

Медиация сегодня используется в различных отраслях права при досудебном решении различных жизненных ситуаций:

- ✓ во внесудебном порядке – в случае, когда у спорящих сторон возникают затруднения в урегулировании спора, а обращаться в суд у них намерения нет;
- ✓ в досудебном порядке – в случаях, предусмотренных законом, или на основании внесенной в договор или в иное юридически обязательное соглашение, заключенное между участниками спора, медиативной оговорки о необходимости урегулирования разногласий путем применения процедуры медиации;
- ✓ в рамках судебного процесса – в случае, когда стороны имеют право на любой стадии судебного разбирательства прервать процесс и обратиться к процедуре медиации, а на суд возлагается обязанность предложить сторонам использовать процедуру медиации.

На сегодняшний день в России действует Федеральный закон от 27.07.2010 г. № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» (далее – Закон о медиации), в котором:

- ✓ разграничена сфера применения института медиации;
- ✓ разрешены вопросы применения института медиации относительно судопроизводства и рассмотрения дел третейским судами (например, медиаторы не подлежат допросу в качестве свидетелей, спор не может быть передан в третейский суд при наличии в договоре третейской оговорки, суд может отложить разбирательство дела на время проведения процедур медиации (но не более 60 дней));
- ✓ определена гарантия конфиденциальности информации относящейся к процедуре медиации;
- ✓ определены существенные условия, медиативного соглашения как гражданско-правовой сделки;
- ✓ определены общие требования к медиаторам и их деятельности, возможности создания саморегулируемой организации [3].

Результат работы медиатора – медиативное соглашение, официальный документ, который содержит сведения о:

- ✓ сторонах;
- ✓ предмете спора;
- ✓ проведенной процедуре;
- ✓ согласованных сторонами обязательствах, условиях и сроках их выполнения.

Неисполнение или ненадлежащее исполнение медиативного соглашения может быть обжаловано в суде. В соответствии с п. 3 ст. 12 Закона о медиации медиативное соглашение, достигнутое сторонами в результате процедуры медиации, проведенной после передачи спора на рассмотрение суда, может быть утверждено судом в качестве мирового соглашения в соответствии с процессуальным законодательством.

Таким образом, появился еще один институт разрешения конфликтов в отношениях «врач-пациент» (помимо независимой медицинской экспертизы, работы медицинских ассоциации, третейских медицинских судов). Возможен индивидуальный подход к рассмотрению и разрешению «медицинского конфликта» (за-

частую в деятельности административных органов и суда приходится сталкиваться с «усредненностью» позиций и взглядов). При этом средняя продолжительность разрешения медицинских дел судами общей юрисдикции составляет от 3 до 5 лет. Возможная продолжительность процедуры медиации от 1 дня до 180 дней.

Медиация важна не только как метод урегулирования споров, но это еще и способ выявления системных ошибок, которых очень много. Юридические конфликты с пациентами в медицинской организации имеют высокую значимость, влияя как на репутацию, так и на экономическую деятельность.

Конфликтующим сторонам следует прибегать к поддержке медиаторов, если:

- ✓ все средства для решения конфликта исчерпаны, а выхода нет;
- ✓ стороны изначально отстаивают противоположные интересы;
- ✓ одной из сторон нанесен серьезный ущерб;
- ✓ сторонам важно сохранить хорошие отношения;
- ✓ существует временное перемирие, но конфликт не исчерпан;
- ✓ требуется третья сторона для контроля исполнения соглашения.

Руководитель ЛПУ должен помнить, что результаты участия медиатора в конфликтах могут быть разными. По данным научных исследований, оно эффективно в 50% случаев, в 25% – не влияет на исход дела, а в 10% – оказывает отрицательное воздействие. Чтобы влияние медиатора на ситуацию было наиболее эффективным, оппоненты так же должны быть заинтересованы в поиске компромиссного решения, а этого можно достичь при высокой степени напряженности и скоротечности конфликта, при настойчивости и заинтересованности медиатора [4].

Службы примирения (медиации) уже работают в ряде регионов РФ. Основная причина их появления: жалобы пациентов во все инстанции на то, что к ним не так, по их мнению, относится персонал медицинских организаций, и они ограничены в получении информации о медицинской помощи. Их применению снизило количество жалоб и судебных исков со стороны пациентов.

Еще один очень значимый вид взаимодействия в современной системе здравоохранения – это страховая компания – «провайдер медицинских услуг и страховая компания» – «пациент-страхователь». Интеграция института медиации в страховые компании, работающие на рынке медицинского страхования, является значимым элементом формирования культуры взаимодействия в системе здравоохранения. При правовых департаментах страховых компаний должны быть службы медиации для обеспечения оперативного разрешения споров, возникающих с провайдерами медицинских услуг.

Среди основных преимуществ института медиации можно назвать:

- ✓ оперативность – завершение спора с участием медиатора предполагается в несколько дней или недель. Суд общей юрисдикции затрачивает на это в среднем год. Третейское разбирательство требует нескольких месяцев;
- ✓ меньшая затратность по сравнению с судами общей юрисдикции и третейским судом;
- ✓ направленность медиатора на урегулирование конфликтов при максимально возможном учете интересов всех участников спора, то есть сохранение возможности для взаимодействия между сторонами спора в будущем;
- ✓ минимальные репутационные потери для медицинской организации (конечно, данное достоинство пока актуально в основном для частных медицинских организаций), так как в разрешении спора участвует минимальное количество лиц, а само разрешение спора происходит максимально быстро;
- ✓ обеспечение конфиденциальности (что важно для обеих сторон подобных конфликтов.

Процедура медиации благодаря исходу «выигравший-выигравший» позволяет восстановить|воссоздать социальные отношения или же положить им конец более щадящим способом по сравнению с судебным или арбитражным процессами, исход которых подразумевает выигравшего и проигравшего со всеми вытекающими отсюда рисками.

Внедрение практики использования медиации в здравоохранении на территории РФ путем подготовки медиаторов для

каждой медицинской организации, повысит показатели удовлетворенности населения качеством, информативностью и доступностью медицинской помощи, а также значительно снизит число жалоб со стороны пациентов и улучшит качество оказываемых медицинских услуг медицинскими организациями.

Список литературы:

1. *Шамликашвили Ц. А. Азбука медиации. АНО «Научно-методический центр медиации и права», 2011.*
2. *Гражданский кодекс РФ, часть первая от 30 ноября 1994 г. №51-ФЗ. 2015.*
3. *Федеральный закон от 27 июля 2010 г. № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» (с изменениями и дополнениями).*
4. *Максимов И. Л. Медиация как эффективный способ досудебного урегулирования споров || Консилиум главных врачей. Санкт-Петербург. 2015. №06 (42). С. 8-11.*

Об авторе:

Максимов Игорь Леонидович – доцент кафедры биомедицинской этики, медицинского права и истории медицины Казанского Государственного Медицинского Университета, доцент, кандидат медицинских наук, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, дом 49, e-mail: maximovigor@mail.ru

Maximov Igor Leonidovich – associate professor bioethics, medical law and history of medicine Department, Kazan State Medical University, associate professor, PhD, Kazan

© Максимов И. Л., 2015

УДК 616-082+614.25:366.65

Меньшикова Л. И., Игнатова О. А., Громова Л. А.

РАБОТА С ОБРАЩЕНИЯМИ ГРАЖДАН КАК ЭЛЕМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья посвящена организации работы с обращениями граждан, позволяющей выявить недостатки в деятельности учреждений здравоохранения и являющейся действенным инструментом управления качеством медицинской помощи в регионе.

Ключевые слова: *обращения граждан; качество; медицинская помощь; управление качеством.*

Menshikova L. I., Ignatova O. A., Gromova L. A.

WORK WITH CITIZENS' REQUEST AS AN ELEMENT QUALITY HEALTH CARE MANAGEMENT

The article is devoted to work organization with citizens' requests. This work is considered to be operative implement of health care organization. It allows to reveal the disadvantages of health care institutions and to manage effectively.

Keywords: *citizens' requests; quality; health care; health care management.*

В условиях экономических преобразований в России ключевыми проблемами в управлении здравоохранением стали доступность и качество медицинской помощи, а также тесно связанная с ними эффективность деятельности медицинских учреждений. Сформировавшееся за последние десятилетия потребительское отношение населения к медицине, активно подогреваемое средствами массовой информации, привело к росту числа неудовлетворенных пациентов. В этих условиях проблема обеспечения безопасности и надлежащего качества медицинской помощи приобретает особую значимость.

Действенным механизмом управления качеством медицинской помощи является закрепленное в Конституции Российской Федерации право на обращение гражданина в органы власти. Федеральный закон «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ регулирует правоотношения, связанные с реализацией гражданином права на обращение в государственные органы и органы местного са-

моуправления, а также устанавливает порядок рассмотрения обращений граждан государственными органами, органами местного самоуправления и должностными лицами.

В Архангельской области указом губернатора утвержден регламент организации рассмотрения обращений граждан, поступивших в адрес губернатора, его заместителей, правительства или исполнительные органы государственной власти.

Действующее законодательство под термином «обращение» понимает направленные в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу письменные предложения, заявления или жалобы, а также устное обращение гражданина в государственный орган, орган местного самоуправления. Соответственно, в министерстве здравоохранения Архангельской области работа с обращениями организована в различных вариантах.

Во-первых, организованы ежемесячные личные приемы граждан министром, его заместителями и начальниками управлений (т.е. каждую неделю у граждан есть возможность попасть на прием к представителю министерства). Так, только в стенах Правительства области министром здравоохранения в 2013-2015 гг. было принято 205 человек. Кроме того приемы по личным вопросам организуются во время командировок министра, его заместителей, начальников отделов в районы области. Часто такие приемы проходят в присутствии представителей органов местного самоуправления, что дает жителям возможность комплексно решать имеющиеся проблемы.

Сотрудники министерства ежемесячно принимают участие в работе выездных приемных Губернатора и Правительства области в соответствии с ежегодно утверждаемым графиком. Как правило, во время подобных выездов к приему привлекаются руководители учреждений здравоохранения, расположенных на территории района, что позволяет безотлагательно решать самые различные вопросы организации медицинской помощи.

Во-вторых, в министерстве организована работа с устными обращениями граждан. За 2013-2015 гг. сотрудниками министерства обработано 555 обращений по вопросам здравоохранения на прямую линию Правительства Архангельской области. С 1 октября 2015

г. организована круглосуточная «горячая линия» непосредственно в министерстве здравоохранения, куда в течение месяца поступило более 30 обращений. Жители области имеют возможность решить вопросы, касающиеся здравоохранения, позвонив по телефону в приемную министра или сотрудникам любого отдела. Все телефонные обращения также фиксируются и обрабатываются.

Самая большая работа проводится сотрудниками министерства по письменным обращениям граждан. Каналы поступления письменных обращений достаточно разнообразны: жители региона имеют возможность обратиться в министерство здравоохранения с письменным обращением по почте, по электронной почте, через сайт министерства, при личном обращении в приемную или оставив свое обращение в специальной ячейке отдела пропусков в Правительстве. Достаточно большой поток составляют обращения, перенаправленные в министерство из других органов законодательной и исполнительной власти, федеральных учреждений, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Управления Президента РФ по работе с обращениями граждан и организаций, Общероссийского общественного движения «Народный фронт «За Россию» и т.д.

Ежеквартально проводится подробный анализ полученных обращений с докладом о его результатах на коллегии министерства. Всего за период 2013-2015гг в министерство поступило 5730 письменных обращений. Большая часть из них – от граждан, проживающих на территории г. Архангельска (47,5 %). С учетом того, что в городах и районах Архангельской области плотность населения различна, учитывается также и относительный показатель обращаемости. В целом по области он составил 11,8 обращений на 10 тысяч населения. Диапазон значений данного показателя в зависимости от районов Архангельской области составил от 2,1 до 18,7.

Тематика и количество обращений, поступивших в министерство здравоохранения Архангельской области в 2014 году, достаточно разнообразны. Как правило, около 40,0% составляют жалобы на работу медицинских учреждений и медицинских работников, на втором месте – вопросы оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения (14-15%), третье место за-

нимают обращения по поводу заработной платы и социального обеспечения работников (около 7%). Достаточно стабилен процент ежегодных обращений по организации высокотехнологичной медицинской помощи (3-4%).

Анализ полученных обращений показывает, что часть граждан не ориентируется в разделении полномочий власти, предъявляя в министерство здравоохранения жалобы на плохую работу федеральных и ведомственных учреждений здравоохранения, детских садов, на неудовлетворительное питание в школах, недостаточное обеспечение средствами реабилитации инвалидов, плохую транспортную доступность и т.п.

Таким образом, количество и структура обращений граждан характеризуют уровень социально-экономического развития общества и являются своеобразным индикатором социальной напряженности. Содержание полученных жалоб позволяет выявлять недостатки в организации медицинской помощи в регионе, своевременно принимать управленческие решения. По нашему мнению, обращения граждан следует рассматривать как действенный инструмент управления качеством медицинской помощи и повышения удовлетворенности населения.

Об авторах:

Меньшикова Лариса Ивановна – министр здравоохранения Архангельской области, доктор медицинских наук, профессор, 163004, Архангельск, просп. Троицкий, д. 49, e-mail: ignatovaoa@dvinaland.ru

Игнатова Ольга Анатольевна – советник министра здравоохранения Архангельской области, кандидат медицинских наук, 163004, Архангельск, просп. Троицкий, д. 49, e-mail: almaris@atnet.ru

Громова Лидия Александровна – начальник отдела правовой и кадровой работы министерства здравоохранения Архангельской области, 163004, Архангельск, просп. Троицкий, д. 49, e-mail: gromovala@dvinaland.ru

Menshikova Larisa Ivanovna – Minister of Health of the Arkhangelsk Region, Doctor of Medical Science, Professor, Arkhangelsk

Ignatova Olga Anatolievna – Adviser to the Minister of Health of the Arkhangelsk region, Candidate of Medical Science, Arkhangelsk

Gromova Lidia Aleksandrovna – head of legal and personnel work of the Ministry of Health of the Arkhangelsk region, Arkhangelsk

© Меньшикова Л. И., Игнатова О. А., Громова Л. А., 2015

УДК 616.89-008.441.33-085+340.130.5

Москвина Я. В.

ИЗМЕНЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Статья посвящена анализу законодательства в сфере здравоохранения с целью выделения отдельных обязательных составляющих при лечении наркозависимых и безопасности медицинской помощи на уровне медицинской организации.

Ключевые слова: *обязательное лечение, наркозависимый, эффективность оказания.*

Moskvina Y. V.

THE CHANGE OF LEGISLATION IN COMPULSORY TREATMENT OF DRUG ADDICTS

The Article is devoted to the analysis of legislation in the field of health for the purpose of separate binding components in the treatment of drug addicts and safety of medical care at the medical organization.

Keywords: *compulsory treatment, drug addicts, the effectiveness of the provision.*

Одними из важных проблем нашего общества являются организация медико-социальной реабилитации и лечения наркомании. Ежегодно масштабы распространения наркомании возрастают: синтезируются более агрессивные наркотические средства, вовлекается в большей степени молодое поколение из-за доступности, разнообразия. Разработка эффективного подхода к терапии наркомании может снизить криминальное поведение пациентов, создающих угрозу обществу. Поэтому наркомания является проблемой как медико-социальной, так и правовой.

Для повышения эффективности борьбы с наркоманией вступил в силу Федеральный закон от 7 декабря 2011 года № 420–ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации» дополнили Уголовный кодекс и Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации нормами об отсрочке отбывания наказания больным наркоманией. С этой целью Уголовный кодекс пополнен статьей 82.1 «Отсрочка отбывания наказания больным наркоманией», а Уголовно-исполнительный кодекс – статьей 178.1 «Отсрочка отбывания наказания осужденным, признанным в

установленном порядке больными наркоманией, и контроль над соблюдением отсрочки отбывания наказания». Статьи предусматривают возможность отсрочки отбывания наказания больным наркоманией, совершившим определенные преступления, при условии, что они согласны пройти курс лечения от наркомании и медико-социальную реабилитацию [1]. Также новые законодательные нормы об отсрочке отбывания наказания фактически предусматривают возможность применения в отношении данной категории осужденных – альтернативного лечения.

ФЗ №420 предусматривает назначение обязательного лечения в качестве альтернативы уголовному наказанию для лиц, совершивших малозначительные деяния. Альтернативное лечение можно рассматривать в качестве своеобразной формы давления на пациента, побуждающего его к лечению: дает право выбора отбывать наказание в местах лишения свободы или пройти курс лечения зависимости от психоактивных веществ в медицинском учреждении.

Организация обязательного лечения наркомании, несмотря на регламентацию данного процесса, не возможно из-за отсутствия мотивации к лечению.

Введенные поправки в Уголовный и Административный кодексы, вступившие в силу 28 мая 2014 года № 484 «Об утверждении Правил контроля за исполнением лицом возложенной на него судом при назначении административного наказания обязанности пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача», позволяет в настоящее время, в части уголовного делопроизводства, суда наделены правом предоставлять, больным наркоманией отсрочку отбывания наказания, если те осуждены за нетяжкие преступления, совершенные впервые, однако существует условие: если согласятся пройти курс лечения добровольно. Также согласно данной поправке суд может назначить как в дополнение к основному наказанию, пройти диагностику, лечение наркологической зависимости.

Отношение наркопотребителя воспринимается как проведение дезинтоксикационной терапии, так и штрафы, административные аресты, лишение права занимать определенные должности.

Имеется негативный опыт, когда были отменены лечебно-трудовые профилактории в 1990-е гг., в которых осуществлялось обязательное (недобровольное) лечение, на основании заключения Комитета конституционного надзора СССР (от 25 октября 1990 г. №8), что противоречило Конституции СССР, с пояснением В. Д. Менделеевича «ни Конституцией, ни международными актами о правах человека не предусмотрена обязанность граждан бережно относиться к своему здоровью, и, следовательно, такая обязанность не может обеспечиваться мерами принудительного характера».

Мировая практика показывает, что в странах существует либо добровольное, либо альтернативное лечение. Многие ученные критикуют обязательное и высказывают положительное мнение по поводу альтернативного лечения. В России опыт обязательного лечения уже существовал, а опыт альтернативного лечения отсутствует [2]. Альтернативное лечение не является добровольным или обязательным, так как наркозависимый самостоятельно выбирает между заключением и лечением. Лечение такого больного, согласно территориальной программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, утвержденной в Кузбассе, стоимость одного койко-дня лечения наркозависимого составляет 1355,5 руб. Длительность стационарного лечения 21 день. Сумма, которая будет выделена из казны, на одного наркомана в среднем составит 28 тыс. руб.

Предлагаем внести в законодательство порядок обязательного|альтернативного лечения и социальной реабилитации наркоманов.

Закон должен предусматривать:

- ✓ прямое принуждение наркозависимого пройти лечение по решению суда;
- ✓ уголовную ответственность за отказ от лечения и употребление наркотиков;
- ✓ обеспечение неотвратимости наказания, создание обстановки нетерпимости противоправного поведения [3].

Считаем, что для повышения эффективности оказания наркологической помощи необходимо:

- ✓ разработать методические указания по организации обязательного лечения и медицинской реабилитации больных наркоманией;

- ✓ определить механизм взаимодействия между наркологическими учреждениями, уголовно-исполнительными инспекциями и судами при организации обязательного лечения наркологических больных;
- ✓ создание сети «работающих» по новейшим технологиям реабилитационных центров;
- ✓ подбор индивидуального срока реабилитации;
- ✓ осуществление АУТРИЧ работы;
- ✓ социальная адаптация должна осуществляться с Центрами занятости на селения по работе: восстановления документов, обучения профессии, трудоустройства;
- ✓ осуществление обучающих семинаров, тренингов для сотрудников ФСКН, УВД по работе с наркозависимыми для повышения уровня мотивации к лечению и реабилитации.

Список литературы:

1. *Грачева Т. Ю., Пучкова В. В., Корнеева О. В., Вахрушева Ю. Н. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» || СПС «Гарант», 2014г.*
2. *Правоведение. Медицинское право: Учебник | Под. ред. чл.-корр. РАН, профессора Ю. Д. Сергеева. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. С. 188.*
3. *Комментарий к Гражданскому кодексу Российской Федерации. В 2 т. Т. 1. Части первая, вторая ГК РФ| Под. Ред. Т.Е. Абовой, А. Ю. Кабалкина; 6-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2011.*

Об авторе:

Москвина Яна Владимировна – аспирант кафедры общественного здоровья, организации здравоохранения и медицинской информатики, кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, врач-психиатр-нарколог, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ, ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер», 650060, Кемерово, б-р Строителей, д. 30б, кв. 86, e-mail: medpravo2@bk.ru

Moskvina Yana – postgraduate student of the Department of public health, health organization and medical Informatics, Department of psychiatry, narcology and medical psychology, psychiatrist-expert in narcology sbei HPE «Kemerovo state medical Academy» of Ministry of healthcare of the Russian Federation, KO GBUZ «Kemerovo regional clinical narcological clinic», Kemerovo

© Москвина Я. В., 2015

УДК 616.89-008.441.33-084+340.131.6

Москвина Я. В., Грачева Т. Ю.

ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ

Статья посвящена организации обязательной диспансеризации наркологических больных, которая не имеет временных ограничений, предусматривает последовательную смену этапов, нацелена на достижение конечного результата, исключает необходимость возложения на специалистов несвойственных им обязанностей.

Ключевые слова: *обязательная диспансеризация, наркозависимый, достижение результата.*

Moskvina Y. V., Gracheva T. U.

MANDATORY CLINICAL EXAMINATION OF THE PATIENT, AS A METHOD OF PREVENTION OF RE-OFFENDING

The Article is devoted to the organization of the mandatory medical examination of the patient that has no time constraints, involves a succession of stages focused on achieving the end result, eliminates the need of laying specialists on unusual responsibilities.

Keywords: *compulsory medical examinations, drug addicts, the achievement of the result.*

В связи с выходом нового Постановления Правительства РФ от 28.05.2014 года №484 «Об утверждении Правил контроля за исполнением лицом возложенной на него судом при назначении административного наказания обязанности пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача».

Согласно данному постановлению, осуществление контроля исполнения наркозависимыми обязанности пройти лечение или реабилитацию возложено на органы наркоконтроля. Судебные органы могут обязать лиц, больных наркоманией либо употребляющих наркотические вещества или психотропные средства без назначения врача, пройти диагностику, профилактические

мероприятия, лечение от наркомании, а также медицинскую и (или) социальную реабилитацию.

В качестве способа понуждения больных наркологическими заболеваниями к отказу от социально неприемлемого поведения предлагается внедрение в практику обязательной диспансеризации.

Цель создания обязательной диспансеризации для наркологических больных заключается в профилактики повторных правонарушений, основной причиной совершения которых является употребление психоактивных веществ.

Задачи обязательной диспансеризации:

- ✓ предотвращать и пресекать преступления и административные правонарушения;
- ✓ выявлять обстоятельства, способствующие их совершению и принимать меры к устранению данных обстоятельств.

Комплекс организационных мероприятий по формированию обязательной диспансеризации:

1. При составлении протокола об административном правонарушении, если правоохранительным органам стало известно, что причина совершения данного противоправного действия явилось употребление психоактивных веществ, то требуется провести судебно-наркологическую экспертизу с целью установления наркологического диагноза [1].
2. При подтверждении наркологического диагноза материалы дела направляются в суд.
3. Суд должен решить основную причину совершения правонарушения, если является употребление психоактивных веществ, то направить его на обязательную диспансеризацию.
4. Лицо, получившее судебное постановление должно явиться в установленный срок, выполняя все рекомендации врача психиатра-нарколога.
5. За пациентом остается право выбора медицинского учреждения, где будет оказана медицинская помощь согласно профилю и квалификации врача, после чего будет направлен на обязательную диспансеризацию, до установления стойкой ремиссии.
6. Контроль исполнения лицом, решения суда возлагается на службу исполнения наказания [2].

7. Взаимодействие данной структуры с социальными службами, на которых будет возлагаться помощь в восстановлении документов, обучение профессии, трудоустройства, проведение АУТРИЧ работы.
8. При не исполнении решения суда, сведения передаются в суд, где решается вопрос о назначении обязательных работ.

Данный комплекс мероприятий мало, чем отличается от принятого ФЗ о назначении обязательного и альтернативного лечения, однако не имеет прямого принуждения и не отрывает их от работы, семьи, но при этом создает добровольную мотивацию обращения к наркологу за помощью для исполнения решения суда.

Выводы: обязательная диспансеризация должна отличаться от обязательного и альтернативного лечения, не должна иметь временных рамок, должно быть строгое соблюдение своих обязанностей, как у пациента, так и у врача психиатра-нарколога, не требует финансового вложения, так как можно осуществлять диспансеризацию в уже имеющихся наркологических диспансерах. Однако требует внесения ряда поправок в законодательство по урегулированию данной системы, для обеспечения взаимодействия органов внутренних дел и здравоохранения [3].

Список литературы:

1. *Грачева Т. Ю., Пучкова В. В., Корнеева О. В., Вахрушева Ю. Н. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СПС «Гарант», 2014.*
2. *Абрамова Е. Н. Гражданское право: Учебник. В 3т. Т. 1 | Под ред. А. П. Сергеева. РГ Пресс, 2010.*
3. *Правоведение. Медицинское право: Учебник | Под. ред. чл. -корр. РАН, профессора Ю. Д. Сергеева. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. С. 45.*

Об авторах:

Москвина Яна Владимировна – аспирант кафедры общественного здоровья, организации здравоохранения и медицинской информатики, кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, врач-психиатр-нарколог, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ, ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер», 650060, Кемерово, б-р Строителей, д. 30б, кв. 86, e-mail: medpravo2@bk.ru

Грачева Татьяна Юрьевна – доктор медицинских наук, руководитель курса медицинского права, профессор кафедры последипломной подготовки специалистов в сфере защиты прав потребителей, благополучия человека и медицинского права ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России, 650029, Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, e-mail: medpravo@bk.ru

Moskvina Yana – postgraduate student of the Department of public health, health organization and medical Informatics, Department of psychiatry, narcology and medical psychology, psychiatrist-expert in narcology sbei HPE «Kemerovo state medical Academy» of Ministry of healthcare of the Russian Federation, KO GBUZ «Kemerovo regional clinical narcological clinic», Kemerovo.

Gracheva Tatiana – doctor of medical science, course of health law, Professor of chair of postgraduate training of specialists in the sphere of protection of consumer rights, welfare rights and health sbei HPE Kemerovo state medical Academy Ministry of health of Russia, Kemerovo

© Москвина Я. В., Грачева Т. Ю., 2015

УДК 616-036.88+340.624.6:616-035.7

Налётова Д. М., Белянский К. Д., Борисов А. В.

ЭКСПЕРТНЫЕ ОШИБКИ В ОЦЕНКЕ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Статья посвящена аналитическому обзору наиболее часто встречающихся экспертных ошибок в судебно-медицинской практике оценки случаев смерти от механической и термической травмы в медицинских организациях, причин их допущения и возможному пути их предотвращения.

Ключевые слова: *медицинская документация, экспертные ошибки, алгоритм судебно-медицинской оценки.*

Nalyotova D. M., Belyanskiy K. D., Borisov A. V.

ERRORS MADE BY EXPERTS WHEN ASSESSING DEATH CASES IN MEDICAL ORGANIZATIONS

The article is devoted to the analytical review of the most common errors in the expert forensic practice assessment deaths from mechanical and thermal injuries in health care organizations, the reasons for their approval and possible ways of preventing them.

Keywords: *medical record, expert errors, algorithm for forensic evaluation.*

Современный этап развития отечественной системы здравоохранения подразумевает повышение качества и доступности для населения медицинской помощи, внедрение в медицинскую практику новых сложных методов диагностики и лечения. В таких условиях возможности оказания медицинской помощи переходят на совершенно новый уровень, характеризующийся сохранением и (или) продлением жизни пострадавших от различных видов травм.

Подобные изменения привели к увеличению удельного веса судебно-медицинских экспертиз с использованием медицинской документации, которые требуют от эксперта должного уровня профессионализма.

Традиционно данный вид экспертизы относится к разряду наиболее сложных, поскольку анализируемая экспертами ситуация представляет собой комплекс элементов различной природы, объединенных большим числом связей и отношений [1].

К сожалению, приходится констатировать, что проблема качества судебно-медицинской экспертной деятельности была и

остается актуальной. Практика показывает, что судебно-медицинскими экспертами совершаются самые разнообразные упущения и ошибки, при этом аналитическая деятельность экспертов не находит надлежащего отражения в выводах [2].

Кроме того, неполноценный экспертный анализ клинической ситуации, описанной в медицинской документации, недостаточно полное исследование трупа с нерациональным выбором взятия биологических объектов для лабораторных исследований и, в итоге, «неумелое» сопоставление и оценка результатов всех проведенных исследований, таят в себе опасность совершения различных экспертных ошибок, которые могут оказать значительное негативное влияние на судебно-следственную работу, в том числе, изменить отношение следователей, судей и других представителей правоохранительной системы к обоснованности экспертных выводов.

Проведенные нами изучение и анализ 106 случаев смерти от механической и термической травмы лиц, находившихся на стационарном лечении в сроки от 3-х до 33-х суток, выявил следующие наиболее типичные ошибки в экспертной деятельности:

- ✓ неполное изложение сведений из медицинских документов (результатов лабораторных и других исследований, сведений о проведенном лекарственном лечении и медицинских манипуляций, сведений о динамике изменений со стороны внутренних органов и систем, времени возникновения и развития осложнений; объеме и характере реанимационных мероприятий);
- ✓ нецелесообразное изъятие биологического материала для лабораторных исследований (неполное или чрезмерное изъятие кусочков внутренних органов для гистологического исследования без учета принципов необходимости и достаточности и т.п.);
- ✓ использование сведений из медицинских документов как фактической данности без оценки их с позиции достоверности и допустимости для цели исследования;
- ✓ неполное соответствие выставленного судебно-медицинского диагноза содержанию исследовательской части (отсутствие или неполное описание в исследовании трупа патоморфологических признаков, характеризующих патологические процессы);
- ✓ построение судебно-медицинского диагноза без соблюдения патогенетического принципа;
- ✓ нерациональное использование в судебно-медицинском диагнозе необходимых обобщений;
- ✓ несоответствие выводов о непосредственной причине смерти темпу умирания и недостаточная обоснованность экспертных выводов о непосредственной причине наступления смерти (неприменение в сложных случаях для обоснования типа танатогенеза метода танатогенетического анализа) и т.д.

Большинство ошибок, допускаемых судебно-медицинскими экспертами в своей практической деятельности, по нашему мнению, возникает не только в силу субъективных причин, то есть причин, зависящих от самого эксперта (недостаточной полноты исследований; использования неполного набора исследуемых объектов, неправильного выбора объекта для лабораторного исследования и т.д.).

Значительная часть проблем производства таких экспертиз обусловлена наличием дефектов ведения самой медицинской документации, в частности, отсутствие сведений о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, наследственности, аллергическом анамнезе, небрежное ведение и необоснованное сокращение записей, отсутствие обоснования на проведение оперативного вмешательства, дополнительных методов исследования и отсутствие их результатов, несоответствие выставленного диагноза, описанной в клинике заболеваний, неполное ежедневное описание состояния больного по всем органам и системам [3]. Указанные нарушения ведения медицинской документации не позволяют судебно-медицинскому эксперту в полной мере провести экспертный анализ, зачастую, определить темп и тип умирания, оценить динамику лабораторных показателей и т.п.

В тоже время, как показывает практика, одним из главных источников, порождающих экспертные ошибки, является отсутствие единого методологического подхода по анализу медицинской документации, как составной части аналитической экспертной деятельности в случаях смерти в медицинских организациях

в различные сроки пребывания в стационаре, сопоставлении и оценке результатов проведенных исследований, что влечет за собой недостаточную подготовку экспертных кадров.

В каждом отдельно взятом экспертном учреждении имеются свои «внутренние правила» проведения такого рода экспертиз, которые предлагаются молодому специалисту наставником, имеющим свой индивидуальный уровень знаний, навыков и экспертного опыта.

В настоящее время в судебно-медицинской экспертной практике отсутствует единый алгоритм судебно-медицинской оценки случаев смерти от травмы в медицинских организациях в отдаленном посттравматическом периоде.

Подобный алгоритм, включающий в себя объективную и унифицированную методику экспертного анализа медицинской документации, принципы исследования трупов лиц, длительно находившихся на стационарном лечении, особенности забора биологического материала для лабораторных исследований, сопоставление и оценку результатов всех проведенных исследований, формулирование причины наступления смерти, установление наличия или отсутствия причинно-следственной связи между травмой и летальным исходом, должен способствовать, как предотвращению различных экспертных ошибок, так и формулированию экспертных выводов на строго научной и практической основе, всесторонне и в полном объеме.

Список литературы:

1. *Захаров С. О. Экспертный анализ при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащим исполнением медицин¬скими работниками профессиональных обязанностей: Дис. ... канд. мед. наук | С. О. Захаров; Самара, 2003. 214 с.*
2. *Фетисов В. А. Судебно-медицинская оценка качества экспертных документов: автореф. дис. ... канд. мед. наук | В. А. Фетисов; СПб., 2001. 20 с.*
3. *Косухина О. И. Основные дефекты ведения медицинской документации в терапевтической практике || Судебная медицина и медицинское право: Актуальные вопросы: Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти Заслуженного деятеля науки РФ, проф. Г. А. Пашиняна. Москва, 2011. URL: http:||journal. forens-lit.ru| node | 529 (дата обращения 01.11.2015).*

Об авторах:

Налётова Диана Марфеловна **–** заместитель начальника по организационно-методической работе, e-mail: diandess@yandex.ru

Белянский Константин Дмитриевич **–** начальник, кандидат медицинских наук, e-mail: root@sudmedburo.comch.ru

Борисов Алексей Викторович **–** заместитель начальника по экспертной работе, кандидат медицинских наук, e-mail: alexborisof@rambler.ru

Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», 394068, Воронеж, ул. Ипподромная, 18а

Nalyotova Diana Marfelovna **–** Deputy Head of the organizational and methodological work, candidate of medical sciences

Belyanskiy Konstantin Dmitrievich **–** Chief of budget health of the Voronezh region «Voronezh Regional Bureau of forensic medical examination», candidate of medical sciences

Borisov Alexey Viktorovich **–** Deputy Head of the expert work, candidate of medical sciences

Budget health of the Voronezh region «Voronezh Regional Bureau of forensic medical examination», Voronezh

© Налётова Д. М., Белянский К. Д., Борисов А. В., 2015

УДК 614.253.83

Павлова А. А.

НЕОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ: ПРОБЛЕМЫ ПРАВОПРИМЕНИТЕЬНОЙ ПРАКТИКИ

Статья посвящена анализу статьи 124 УК РФ «Неоказание помощи больному», в частности – выявлению проблем применения данной статьи по отношению к медицинским работникам.

Ключевые слова: *неоказание помощи больному, ответственность, судебная практика, медицинские работники.*

Pavlova A. A.

FAILURE TO PROVEDE ASSISTANCE TO THE PATIENT: PROBLEMS OF LAW ENFORCEMENT PRACTICE

The article is devoted to analysis of article 124 of the criminal code, «failure to provide assistance to the patient», in particular the identification of problems of application of this article to medical workers.

Keywords: *failure to provide assistance to the patient, judicial practice, responsibility, medical worker.*

Статья 124 Уголовного кодекса Российской Федерации предусматривает ответственность за неоказание помощи больному [1].

Ключевой проблемой применения указанной статьи, к объектам которой относят такие неотъемлемые блага как жизнь и здоровье человека, является редкое привлечение к ответственности по данной статье на практике. Данная проблема связана со спецификой состава преступления.

Поскольку ст. 124 УК РФ расположена в главе 16 «Преступления против жизни и здоровья», то предусмотренные ею преступления посягают или на здоровье, или на жизнь человека, в связи с этим с определением объекта преступления каких-либо сложностей или разногласий не возникает.

В объективную сторону преступлений, предусмотренных ст. 124 УК РФ, входят элементы, характеризующие данные деяния в виде бездействия (неоказание помощи больному), совершенного в особой обстановке (отсутствие уважительных причин неоказания помощи), общественно опасные последствия (вред здоровью средней тяжести, тяжкий вред здоровью или смерть) и причинную связь между ними. На этом уровне и начинают возникать разночтения.

Поскольку в ст. 124 УК РФ звучит термин «неоказание помощи больному», т.е. деяние в виде бездействия, то любые совершенные действия (даже неполное или неправильное оказание помощи больному) уже не позволяют классифицировать их по данной статье [6, с. 3].Получается, что медицинский работник просто подойдя к больному и минимально осмотрев его (расстегнув ему ворот рубашки), не оказав ему медицинскую помощь надлежащего качества, не будет привлекаться к уголовной ответственности по данной статье, поскольку факта бездействия не было.

Обязательным условием объективной стороны является наличие последствий в виде причинения вреда здоровью средней тяжести, тяжкий вред здоровью или смерть больного. Таким образом, сам факт неоказания медицинской помощи медицинским работником без последствий не составляет объективной стороны преступления, а, следовательно, и состава преступления.

Необходимо отметить тот факт, что ст. 128 Уголовного кодекса РСФСР от 27 октября 1960 г. гласила, что «неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать по закону или по специальному правилу, наказывается исправительными работами на срок до одного года, или штрафом до ста рублей, или общественным порицанием, либо влечет применение мер общественного воздействия. То же деяние, если оно повлекло или заведомо могло повлечь смерть больного или иные тяжкие для него последствия, наказывается лишением свободы на срок до двух лет с лишением права заниматься профессиональной деятельностью на срок до трех лет» [2, с. 71].

Из этого можно сделать вывод, что оконченным преступлением будет являться сам факт неоказания медицинской помощи, не зависимо от того наступили неблагоприятные для больного последствия или нет.

А ведь лица, завершившие освоение образовательной программы высшего медицинского образования, при получении документа об образовании и о квалификации дают клятву врача, в которой обязуются, в частности, честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и

лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека, быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, внимательно и заботливо относиться к пациенту и т.д. [3].

Выбирая профессию медицинского работника, человек должен осознавать всю степень ответственности возлагаемой на него, что в его обязанности входит в различных (даже экстренных) ситуациях оказать помощь больному, врач должен понимать, что не имеет право проявить равнодушие к нуждающемуся в медицинской помощи человеку.

В соответствии с этим было бы целесообразно, чтобы сам факт неоказания медицинской помощи являлся основанием для привлечения медицинского работника к уголовной ответственности по ст.124 УК РФ.

При рассмотрении дел, связанных с неоказанием медицинской помощи, обязательным является назначение судебной медицинской экспертизы. При ее назначении и проведении можно выделить несколько проблем, что затрудняет доказывание по данной категории дел:

- ✓ первая проблема – момент назначения судебной экспертизы;
- ✓ вторая проблема – отсутствие стандартов оказания медицинской помощи, что приводит к тому, что работники правоохранительных органов и суда при назначении СМЭ на разрешение врачам-экспертам ставят правовые вопросы.

Многие следователи, прокуроры и судьи не обладая достаточными познаниями в области медицины, при расследовании и судебном рассмотрении таких дел проявляют полную беспомощность и в постановлениях (определениях) о назначении судебно-медицинских экспертиз ставят перед экспертами решение чисто юридических вопросов[5,с.10].

Например, имеется ли причинная связь между действиями (бездействием) врача и гибелью пациента. Вопрос о причинной связи между преступным действием (бездействием) и наступившими последствиями как одном из признаков объективной стороны преступления должен решаться юристами, а не медиками, но, конечно же, с учетом заключений судебных медиков.

Кроме того, отсутствие четкой регламентации необходимого объема действий со стороны медицинских работников и единообразного понимания особенностей объективной стороны данного преступления, приводит к неверному формированию судебной практики.

Так, Чегемский районный суд Кабардино-Балкарии вынес приговор врачу-педиатру по ч. 2 ст. 124 УК РФ за ненадлежащее оказание медицинской помощи, повлекшей по неосторожности смерть больного. Согласно приговору мирового судьи одного из судебных участков в Ставропольском крае, медицинские работники были признаны виновными, но освобождены от наказания в связи с истечением срока давности привлечения к уголовной ответственности. В соответствии с мотивировочной частью судебного решения фельдшеры выездной бригады отделения скорой и неотложной помощи N-ской больницы П. и К., осуществляя выезд по вызову на дом к больной К., без уважительных причин ненадлежащим образом исполнили свои профессиональные обязанности, не госпитализировали больную, что повлекло по неосторожности ее смерть: действуя без должной внимательности к состоянию больной, уклоняясь от оказания не терпящей отлагательств помощи, безосновательно, без проведения специальных методов диагностики, исключили у больной наличие вирусно-бактериальной инфекции, которая впоследствии осложнилась двусторонней субтотальной гнойно-бактериальной пневмонией, что привело к затягиванию диагностического процесса по времени, позднему началу лечения и смерти пациентки от развившихся осложнений.

Более того, квалификация содеянного медицинскими работниками в данном случае должна быть по ч. 2 ст. 109 УК «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей». Но как совершенно верно замечено в комментарии к Уголовному кодексу РФ под редакцией А.И. Чучаева: «В некоторых источниках под неоказанием помощи понимается также несвоевременное оказание помощи как разновидность профессиональной недобросовестности медицинских работников. Такое толкование не соответствует букве закона, который, используя термин «неоказание помощи», устанавливает ответственность по данной норме

только за «чистое» бездействие».

Субъект неоказания помощи больному — специальный. Такое деяние может быть совершено только лицом, на котором лежит обязанность, в соответствии с законом или со специальным правилом, оказывать первую помощь больному. Субъектом неоказания помощи больному могут быть не только медицинские работники (врачи, фельдшеры, медицинские сестры), но и лица, на которых лежала юридическая обязанность оказать больному (в том числе сотрудники органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудники, военнослужащие и работники Государственной противопожарной службы, спасатели аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб). Но опять же, вернувшись к названию статью «неоказание помощи больному», возникает вопрос, почему люди, не имеющие медицинского образования, а прошедшие всего лишь краткосрочные курсы по оказанию первой помощи должны привлекаться по данной статье. По мнению автора, было бы более благоразумно привлекать лиц, не имеющих медицинского образования за бездействие при необходимости оказания помощи больному, по статье 125 УК РФ «Оставление в опасности», поскольку со своей стороны они могли бы, к примеру, немедленно вызвать скорую помощь.

Анализ комментариев к ст. 124 УК РФ и специальной литературы так же доказывают неправильное понимание специальности субъекта в конструкции данной статьи.

Согласно Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста.

Данный сертификат свидетельствует о достижении его обладателем уровня теоретических знаний, практических навыков и умений, достаточных для самостоятельной профессиональной (медицинской или фармацевтической) деятельности. Сертификат действует пять лет на территории Российской Федерации.

В соответствии с данными положениями к уголовной ответственности в качестве специального субъекта по ст. 124 УК РФ могут привлекаться только лица, обладающие данным сертификатом. На практике же зачастую можно встретить, что само наличие медицинского образования обязывает оказывать незамедлительную помощь больному, но вышеперечисленный анализ доказывает обратное.

Обобщая все вышесказанное можно сделать вывод, что действительно существуют проблемы понимания и соответственно реализации 124 статьи уголовного кодекса РФ на практике, а именно:

- ✓ определение объективной стороны: только прямое бездействие лица, обязанного оказать медицинскую помощь и обязательное наличия неблагоприятных последствий для больного может являться основанием для привлечения к уголовной ответственности по данной статье.
- ✓ трудности доказывания причинно-следственной связи между деянием (бездействием) лица, обязанного оказать медицинскую помощь, поскольку это невозможно без назначения экспертизы, что так же включает в себя ряд сложностей.
- ✓ неправильное определение субъекта данного вида преступления.
- ✓ длительный характер расследования, связи с чем истекает срок исковой давности.

Список литературы:

4. *Уголовный кодекс РСФСР от 27 октября 1960 г. || Ведомости Верховного Совета РСФСР, 1960. № 40.*
5. *Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. || Собрание законодательства Российской Федерации от 17 июня 1996 г.*
6. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» || Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. № 48 ст. 6724.*
7. *Павлова Ю.В. Правоведение. Медицинское право || М.: Медицинское информационное агентство, 2014. С. 552|72 с. (соавт. Сергеев Ю.Д., Каменская Н.А., Поспелова С.И.).*
8. *Сучков А.В. Проблемы назначения судебной экспертизы || Инновации в государстве и праве России. Материалы Международной научно-практи-*

ческой конференции. Нижний Новгород: Издательство ННГУ, 2008. С. 9-10.

9. *Цыганова О.А., Ившин И.В. Неоказание помощи больному: теоретические аспекты и правоприменительная практика // М.: Медицинское информационное агентство, 2014. Медицинское право, № 6. С. 3.*

Об авторе:

Павлова Анна Александровна – студентка 2 курса факультета судебной экспертизы, кафедра «Юриспруденция, интеллектуальная собственность и судебная экспертиза» Московского Государственного Технического Университета имени Н.Э. Баумана, 129081, Москва, Ясный проезд, д. 4, к. 1, кв. 52, e-mail: Nutohka27@mail.ru

Pavlova Anna Aleksandrovna – 2nd year student of faculty judicial examination, department of «Law, Intellectual Property and Judicial Examination», Moscow State Technical University name of N.E. Bauman, Moscow

© Павлова А. А., 2015

УДК 341.231.142+347.6+618.177-089.88.11

Павлова Ю. В.

ПРЕЦЕДЕНТНАЯ ПРАКТИКА ЕВРОПЕЙСКОГО СУДА ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА ПО ЗАЩИТЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ПРАВА НА ПРИМЕНЕНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

В статье рассматриваются судебные решения Европейского Суда по правам человека по делам о нарушении статьи 8 Конвенции о защите прав человека и основных свобод, провозглашающей право человека на уважение его личной и семейной жизни в контексте реализации репродуктивного права на применение вспомогательных репродуктивных технологий. Проанализированы проблемы, связанные с порядком установления происхождения ребенка, родившегося в результате применения программы суррогатного материнства в государствах, в которых данный метод находится под запретом.

Ключевые слова: *репродуктивные права человека; вспомогательные репродуктивные технологии; суррогатное материнство; право на уважение частной и семейной жизни; приоритет интересов ребенка.*

Pavlova J. V.

THE JURISPRUDENCE EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS FOR THE PROTECTION OF REPRODUCTIVE RIGHTS TO USE ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY

The article deals with the judgments of the European Court of Human Rights for violation of article 8 of the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, which proclaims the right to respect for his private and family life in the context of reproductive rights to the use of assisted reproductive technology. The problems associated with the procedure for establishing the origin of a child born as a result of surrogacy program in the states in which this method is banned.

Keywords: *reproductive rights; assisted reproductive technology; surrogacy; the right to respect for private and family life; priority interests of the child.*

Функционирование Европейского Суда по правам человека, признание государствами его обязательной юрисдикции несомненно оказывает существенное влияние на развитие национального права и системы защиты прав человека. Европейский Суд по правам человека определяет ориентиры для трансформации законодательства и правоприменительной практики в на-

правлении соответствия их Конвенции о защите прав человека и основных свобод (далее Конвенция), которая была подписана в Риме 4 ноября 1950 года и в настоящее время ратифицирована 47 государствами.

За период своего существования Конвенция о защите прав человека и основных свобод приобрела значение одного из важнейших источников развития правового пространства европейского континента. Она является правовой основой функционирования Европейского Суда по правам человека, обеспечивающего соблюдение положений Конвенции в странах-участницах путем рассмотрения жалоб на нарушение гарантированных ею прав и свобод и осуществляющего толкование Конвенции [1].

Закрепленные в ней права и свободы постоянно наполняются новым содержанием, уточняются, конкретизируются посредством принятия судебных решений.

Особенное значение имеет прецедентная практика Европейского Суда по правам человека, нормативное закрепление которых в государствах-участниках не имеет однозначной законодательной оценки. В частности, к такой группе прав в настоящее время специалисты относят репродуктивные права человека, правовое регулирование которых существенно различается в различных государствах, так как их реализация порождает сложные этические вопросы.

Анализ прецедентной практики решений Европейского Суда по правам человека позволяет сделать вывод о том, что все чаще предметом рассмотрения Суда являются проблемы, связанные с реализацией репродуктивного права на применение вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе права на применение метода суррогатного материнства.

Интересным представляется Постановление Европейского Суда по правам человека от 26 июня 2014 г. Дела «Лабассе против Франции» и «Маннесон против Франции» [2].

Супруги-заявители Маннессон и Лабассе вследствие бесплодия прибегли к суррогатным процедурам в США. Эмбрионы, полученные с использованием спермы Маннессона и Лабассе, были имплантированы в каждом случае в матку другой женщины. В результате у четы Маннессон родились близнецы, а у супругов Лабассе – девочка Жюльетт. Решения, вынесенные в Калифорнии в первом деле и в Миннесоте во втором, признали, что Маннессоны являются родителями близнецов, а Лабассе – родителями Жюльетт.

Власти Франции, подозревая применение суррогатных методик, отказались внести свидетельства о рождении во французский реестр рождений, браков и смертей.

Тогда пара обратилась в суд, но требования заявителей были окончательно отклонены Кассационным судом Франции на том основании, что внесение таких записей в реестр придало бы силу суррогатному соглашению, которое являлось ничтожным по публично-правовым причинам в соответствии с Гражданским кодексом Франции. Суд решил, что отсутствует нарушение права на уважение личной и семейной жизни, поскольку аннулирование записей не лишало детей отношений с матерью и отцом, признанных законодательством Калифорнии и Миннесоты, и не препятствовало им в проживании во Франции с Маннессонами и Лабассе.

Мотивы обращения в Европейский Суд по правам человека супругов Маннессон и Лабассе основывались на том, что отсутствие признания во французском законодательстве отношений между биологическими родителями и детьми, которые родились в результате суррогатного материнства, затрагивало их семейную жизнь во многих аспектах. Заявители должны были предъявлять американские документы гражданского состояния, не внесенные в реестр, в сопровождении удостоверенного перевода, каждый раз, когда доступ к праву или услуге требовал подтверждения родительства. Кроме того, дети-заявители до сих пор не получили французского гражданства, что затрагивало семейные поездки и порождало беспокойство по поводу права проживания детей во Франции после достижения ими совершеннолетия и, таким образом, стабильности семьи. Возникали также озабоченности по поводу продолжения семейной жизни в случае смерти одного из биологических родителей или развода.

В связи с этим, заявители обратились в Европейский Суд по правам человека с целью определить «имело ли место вмешательство государства в осуществление аспектов права «семейной жизни» и «личной жизни», гарантированных статьей 8 Конвенции.

Рассматривая дело, Европейский Суд должен был также удо-

стовериться в том, было ли установлено справедливое равновесие между интересами государства и прямо затронутыми участниками, с особым учетом фундаментального принципа, согласно которому в случае участия детей их наилучшие интересы пользуются приоритетом.

Таким образом, предметом рассмотрения Европейского Суда явилось право детей-заявителей на уважение их личной жизни.

В своем решении Суд определил, что власти Франции, хотя и сознавали, что дети-заявители повсеместно идентифицировались как дети предполагаемых родителей, тем не менее отказывали им в этом статусе во французской правовой системе. Это противоречие подрывало их идентичность во французском обществе. Кроме того, хотя статья 8 Конвенции не гарантирует права на получение определенного гражданства, остается фактом, что гражданство является компонентом индивидуальной идентичности. Хотя их биологические родители были французами, дети-заявители находились в состоянии тревожной неопределенности по поводу возможности получения французского гражданства, и эта ситуация могла иметь негативные последствия для определения их собственной идентичности. Кроме того, тот факт, что дети-заявители не определялись в соответствии с французским законодательством как дети предполагаемых родителей, имел значение с точки зрения их наследственных прав.

Можно понять желание Франции удержать своих граждан от обращения за границей к репродуктивной технике, которая запрещена внутри страны. Однако из вышеизложенных соображений следует, что последствия отказа в признании французским законодательством отношений родителей и детей, рожденными с помощью суррогатного материнства, распространились на положение самих детей, чье право на уважение личной жизни, предполагавшее, что каждый должен иметь возможность установления существа своей идентичности, включая родительство, было серьезно затронуто.

Данный анализ приобретает особое значение, если, как в настоящем деле, один из предполагаемых родителей является также биологическим родителем ребенка. С учетом значения биологического родительства, компонента идентичности каждого лица, нельзя полагать, что наилучшим интересам ребенка отвечало бы его лишение правовой связи такой природы, если биологическая реальность такой связи установлена и ребенок и родитель просят о ее полном признании.

Европейский Суд установил, что, препятствуя признанию и установлению во внутригосударственном законодательстве связи между детьми и их биологическими отцами, государство-ответчик вышло за допустимые пределы усмотрения. С учетом значения, которое должно придаваться наилучшим интересам ребенка, имело место нарушение права детей-заявителей на уважение их личной жизни, в связи с чем было вынесено Постановление о допущении нарушении требований статьи 8 Конвенции (принято единогласно).

Европейский Суд присудил каждому из детей-заявителей 5000 евро в качестве компенсации морального вреда.

Другой пример решения Европейского суда по правам человека также свидетельствует о необходимости при применении национального законодательства, запрещающего те или иные методы вспомогательных репродуктивных технологий, исходить их принципа защиты интересов ребенка, родившегося в результате использования методов искусственной репродукции.

Речь идет о Постановлении Европейского Суда по правам человека от 27 января 2015 г. Дело «Парадизо и Кампанелли против Италии» [3].

Заявители (муж и жена) после безуспешных попыток зачать ребенка с помощью процедуры экстракорпорального оплодотворения решили прибегнуть к услугам суррогатной матери, чтобы стать родителями. Для этого супруги обратились в московскую клинику, специализирующуюся на вспомогательных репродуктивных технологиях, и заключили договор о суррогатном материнстве с российской компанией.

Необходимо отметить, что в Италии использование вспомогательных гетерологических репродуктивных технологий в рассматриваемый период времени было запрещено.

После проведения успешного ЭКО в мае 2010 года (предположительно спермой заявителя) два «принадлежавших им» эмбриона были перенесены в полость матки суррогатной матери.

Ребенок родился в феврале 2011 года. Суррогатная мать дала письменное согласие на то, чтобы он был зарегистрирован как сын заявителей. В соответствии с законодательством Российской Федерации родителями новорожденного записали заявителей. Российское свидетельство о рождении, в котором ничего не говорилось о том, что ребенок выношен суррогатной матерью, было заверено апостилем согласно положениям Гаагской конвенции, отменяющей требование легализации иностранных официальных документов, от 5 октября 1961 г.

В мае 2011 года, после того, как заявители обратились к властям Италии с просьбой зарегистрировать свидетельство о рождении, им предъявили обвинение в «изменении гражданского статуса» и нарушении законодательства об усыновлении, поскольку они ввезли ребенка в Италию, нарушив при этом закон и выйдя за рамки, установленные разрешением на усыновление, которые не давало им права усыновлять ребенка в грудном возрасте. В тот же день министерство ходатайствовало о том, чтобы начать процедуру передачи ребенка под опеку, поскольку его следовало считать брошенным. В августе 2011 года по инициативе суда был проведен анализ ДНК, который выявил, что, вопреки утверждениям заявителей, между заявителем и ребенком нет генетического родства. В октябре 2011 года суд по делам несовершеннолетних решил отобрать ребенка у заявителей. Заявителям запретили с ним видеться. В апреле 2013 года суд посчитал правомерным отказать в регистрации российского свидетельства о рождении и распорядился выдать новое свидетельство о рождении, в котором было указано, что родители ребенка неизвестны, и ему давалось новое имя.

Право на признание выданного за рубежом свидетельства о рождении не относится к числу гарантируемых Конвенцией прав, но, несмотря на это, Европейский Суд рассмотрел жалобу с точки зрения Конвенции в контексте других международных договоров, имеющих отношение к данному вопросу.

Отказ признать родственные связи, установленные за рубежом, отобрание ребенка и его передача под опеку рассматривался Судом с точки зрения вмешательства в осуществление заявителями права на уважение их личной и семейной жизни.

В своем решении Европейский Суд установил, что в данном

случае по делу допущено нарушение требований статьи 8 Конвенции (вынесено пятью голосами «за» и двумя – «против»).

В обосновании своего решения Суд отметил, что нельзя считать соразмерными меры, принятые в отношении ребенка, в частности, его отобрание и передачу под опеку.

Позиция судов Италии явно отвечала необходимости прекратить нарушение закона. Однако условия, при которых спорные меры не могли являться оправданными.

Прежде всего необходимо, чтобы ребенок не оказывался в ущербном положении из-за того, что он родился от суррогатной матери, начиная с вопросов гражданства и имени, которые имеют первостепенную важность (в частности, ребенку дали новое имя только в апреле 2013 года, а это означает, что более двух лет его не существовало вообще).

В связи с изложенным Европейский Суд не убежден в достаточной обоснованности вывода властей Италии о том, что социальные службы должны передать ребенка на попечение других лиц. Следовательно, внутригосударственным властям не удалось установить справедливого равновесия между интересами, о которых идет речь в настоящем деле.

В порядке применения статьи 41 Конвенции Европейский Суд присудил заявителю 20 000 евро в качестве компенсации морального вреда.

Аналогичные решения являлись предметом рассмотрения и других дел в практике Европейского Суда по правам человека (Н.: Постановление Европейского Суда по делу «Понтес против Португалии» от 10 апреля 2012 г., жалоба № 19554|09, Постановление Европейского Суда по делу «Чжоу против Италии» от 21 января 2014 г., жалоба № 33773|11; Решение Европейского Суда по делу «D. и другие против Бельгии» от 8 июля 2014 г., жалоба № 29176|13 и пр.).

Следует констатировать, что в настоящее время отсутствует консенсус по поводу законности применения вспомогательных репродуктивных технологий, в частности, метода суррогатного материнства, особенно в части правового признания отношений между предполагаемыми родителями и детьми, законно зачатыми за границей в результате таких методов.

Поскольку использование методов искусственной репродук-

ции затронуло и продолжает затрагивать сложные моральные и этические вопросы на фоне быстроразвивающихся медицинских и научных достижений и затронутые вопросы касаются сферы, в которой отсутствует единое мнение государств-участников, Европейский Суд неоднократно отмечал, что пределы усмотрения государства-участника должны считаться широкими.

Более того, отсутствует необходимость сравнивать законодательство государств с целью установить, как далеко продвинулась унификация законодательства о применении методов вспомогательных репродуктивных технологий в Европе, так как этот вопрос является элементом внутреннего суверенитета каждого государства.

Тем не менее, пределы невмешательства в законодательство государств, ограничивающих применение искусственной репродукции сужаются при необходимости защиты прав и интересов ребенка, родившегося в результате применения данных методов, так как затрагиваются ключевые аспекты личности.

В государствах, в которых устанавливаются соответствующие ограничения для применения методов искусственной репродукции, должно быть установлено справедливое равновесие между интересами государства и интересами участников данного процесса, с особым учетом фундаментального принципа приоритета интересов родившегося ребенка с целью неукоснительного соблюдения положений Конвенции о защите прав человека и основных свобод.

Медицинская наука и консенсус, существующий в обществе, могут меняться, что законодатель должен будет учесть в будущем.

Репродуктивные права человека – это та сфера, где законодательство должно постоянно развиваться в зависимости от динамичного научного и правового развитий, что требует постоянного пересмотра государствами-участниками норм, их закрепляющих.

Список литературы:

1. *Грачева С. А. Конституционное правосудие и реализация решений Европейского Суда по правам человека: научно-практическое пособие || Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ. «Контракт». 2012. С. 10-11.*
2. *Постановления Европейского Суда по правам человека от 26 июня 2014 г. Дела «Лабассе против Франции» [Labassee v. France] (жалоба № 65941/11), «Маннессон против Франции» [Mennesson v. France] (жалоба № 65192/11) (V Секция) (извлечение) || Бюллетень Европейского Суда по правам человека. Российское издание. № 10/2014.*
3. *Постановление Европейского Суда по правам человека от 27 января 2015 г. Дело «Парадизо и Кампанелли против Италии» [Paradiso and Campanelli v. Italy] (Жалоба № 25358/12) (II Секция) (извлечение) || Бюллетень Европейского Суда по правам человека. Российское издание. № 4/2015.*

Об авторе:

Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, дом 2, стр. 2, доцент, кандидат юридических наук, e-mail: 08101967@list.ru

Pavlova Julia Vladimirovna – associate professor of Medical Law Department, Sechenov First Moscow State Medical University, PhD, Moscow

© Павлова Ю. В., 2015

УДК 347.6+618.177-089.88.11

Павлова Ю. В.

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ПРИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ИСКУССТВЕННОЙ РЕПРОДУКЦИИ

В статье рассматриваются проблемы правового регулирования порядка установления происхождения детей, родившихся в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий. Проанализировано действующее законодательство и предложены дополнения и изменения, направленные на защиту прав биологических родителей ребенка, родившегося в результате применения метода суррогатного материнства.

Ключевые слова: *репродуктивные права человека; вспомогательные репродуктивные технологии; суррогатное материнство; право на уважение частной и семейной жизни; приоритет интересов ребенка.*

Pavlova J. V.

PROBLEMS IN STATE PRACTICE BIRTH REGISTRATION OF CHILDREN BORN AS A RESULT THE USE OF ARTIFICIAL REPRODUCTION

The article deals with the problems of legal regulation of the procedure for establishing the origin of children born as a result of assisted reproductive technology. Analyzed the existing legislation and proposed additions and changes aimed at protecting the rights of the biological parents of a child born as a result of applying the method of surrogate motherhood.

Keywords: *reproductive rights; assisted reproductive technology; surrogacy; the right to respect for private and family life; priority interests of the child.*

Проблемы правового регулирования порядка установления происхождения детей, родившихся в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий, по-прежнему находятся в фокусе внимания экспертного сообщества.

В соответствии с Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» одной из задач по укреплению репродуктивного здоровья населения является обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи по восстановлению репродуктивного здоровья, в том числе с применением вспомогательных репродуктивных технологий [4].

По медицинской статистике, 20% всех супружеских пар не обладают естественной способностью к рождению детей. Вспомогательные репродуктивные технологии представляют собой один из видов медицинской помощи пациентам с бесплодием, которая оказывается в рамках первичной специализированной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи.

В соответствии с действующим законодательством применение вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе программы суррогатного материнства, возможно только по медицинским показаниям, при которых вынашивание и рождение ребенка невозможно. Например, показаниями к применению суррогатного материнства являются: отсутствие матки (врожденное или приобретенное); деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате заболеваний; неудачные повторные попытки ЭКО (3 и более) при неоднократном получении эмбрионов хорошего качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности; привычное невынашивание беременности (3 и более самопроизвольных выкидыша в анамнезе) [5]. Перечень данных медицинских показаний позволяет сделать вывод о том, что применение программы суррогатного материнства – единственный шанс для бесплодной пары (или одинокой женщины) стать родителями.

В связи с этим, совершенствование законодательства в данной сфере приобретает особенное значение.

Более того, сегодня на первый план выступает проблема гарантий реализации репродуктивных прав человека. И именно от государства зависит степень реализации этих прав и, следовательно, степень их ценности. Государство призвано обеспечивать репродуктивные права в сфере охраны репродуктивного здоровья и репродуктивных прав человека путем их закрепления в национальном законодательстве, а также путем создания эффективного механизма их реализации и защиты.

Общий порядок применения вспомогательных репродуктивных технологий в настоящее время определен ст. 55 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2], которой введено

множество новелл правового регулирования в данной сфере. В частности, впервые закреплено право на применение вспомогательных репродуктивных технологий не только супругами, но и лицами, не состоящими в браке между собой, а также женщиной, не состоящей в браке при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

Вместе с тем, норма, устанавливающая право на применение методов ВРТ мужчины и женщины, не состоящих в браке, не может быть реализована без внесения соответствующих изменений в Семейный кодекс РФ [1] и в Федеральный закон от 15 ноября 1997 г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» [3].

В настоящее время положения статей 51 и 52 Семейного кодекса и статьи 16 Федерального закона № 143-ФЗ (предоставляющие право только супругам быть записанными родителями ребенка, рожденного в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий) противоречит статье 55 Федерального закона № 323-ФЗ.

Это привело к тому, что на территории Российской Федерации складывается разная правоприменительная практика при государственной регистрации рождения детей при применении методов искусственной репродукции.

В связи с этим, назрела острая необходимость дополнить статью 51 Семейного кодекса РФ, изложив ее в соответствующей редакции, позволяющей мужчине и женщине, как состоящим, так и не состоящим в браке между собой, в случае рождения у них ребенка в результате применения методов вспомогательных репродуктивных технологий быть записанными его родителями в книге записей рождений.

Одним из методов вспомогательных репродуктивных технологий является суррогатное материнство, представляющее собой вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям.

В настоящее время проблемы, связанные с реализацией права на применение программы суррогатного материнства, представляются как никогда ранее актуальными и своевременными. Одной из них является вопрос об установлении отцовства и материнства в отношении ребенка, родившегося у суррогатной матери. Положения пункта 4 статьи 51 Семейного кодекса Российской Федерации и пункта 5 статьи 16 Федерального закона «Об актах гражданского состояния» допускают возможность регистрации генетических родителей в книге записей рождений в качестве родителей ребенка, рожденного суррогатной матерью, исключительно при наличии ее согласия на совершение такой записи. Законодательно предусмотренное право суррогатной матери давать согласие на то, чтобы при государственной регистрации рождения ребенка его родителями были записаны генетические родители, означает имеющуюся у нее возможность в записи акта о рождении ребенка записать себя матерью ребенка, что фиксируется и в свидетельстве о его рождении.

В настоящее время решение, предложенное в законе, является неверным, так как не отвечает интересам всех участников процесса суррогатного материнства и, прежде всего, интересам лиц, ожидающих ребенка.

Данная позиция подкрепляется особым мнением судьи Конституционного Суда Российской Федерации, выраженным в Определении Конституционного Суда РФ от 15 мая 2012 г. № 880-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы граждан Ч. П. и Ч. Ю. на нарушение их конституционных прав положениями пункта 4 статьи 51 Семейного кодекса Российской Федерации и пункта 5 статьи 16 Федерального закона «Об актах гражданского состояния»: «по сути, закрепляя исключительную прерогативу суррогатной матери в разрешении вопроса о наделении генетических (биологических) родителей материнскими и отцовскими правами, законодатель остается безучастным к интересам лиц, чьи половые клетки использовались для оплодотворения женщины, вынашивающей плод. Тем самым создается легальная почва для нарушения баланса конституционных ценностей и умаления прав и законных интересов не только ге-

нетических родителей, но и ребенка, рожденного в результате применения соответствующей вспомогательной репродуктивной технологии» [6].

В связи с этим, действующее законодательство не обеспечивает баланс прав лиц, давших согласие на применение вспомогательных репродуктивных технологий (генетических родителей) и суррогатной матери. Одним из вариантов обеспечения такого баланса является защита права генетических родителей быть записанными родителями ребенка в случае отсутствия согласия суррогатной матери.

С медико-биологической точки зрения рождение ребенка с использованием указанной технологии предполагает «соучастие» генетических родителей и суррогатной матери. Вследствие этого сами по себе вынашивание и роды не могут служить достаточным основанием признания за последней неограниченной свободы усмотрения в определении обладателей родительских прав. Очевидно, что отказ суррогатной матери от исполнения своих обязательств перед лицами, являющимися биологическими родителями ребенка, не может перечеркнуть их «природных» прав.

Следует принять во внимание и то обстоятельство, что целью суррогатного материнства как метода лечения бесплодия, является предоставление возможности мужчине и женщине самостоятельно реализовать свои репродуктивные права и стать родителями своего генетического ребенка.

В этой связи неминуемо возникает вопрос о том, насколько избранный законодателем вариант правового регулирования, исключающий даже потенциальную возможность споров по поводу прав на ребенка между суррогатной матерью и генетическими родителями, соответствует целевому предназначению института суррогатного материнства.

При всем уважении к труду и чувствам суррогатной матери, следует заметить, что собственно рождение ребенка в данном случае является уже результатом проведенного специального медицинского вмешательства. Начало этого процесса было положено ранее, когда женщина согласилась стать суррогатной матерью и была осуществлена пересадка эмбриона. Соответственно, и правовые вопросы должны быть решены именно в момент вступления

субъектов в эти отношения, а не в момент получения результата их совместных усилий. В противном случае пропадает смысл вступления в такие отношения, если результат не может быть сколько-нибудь гарантирован (при этом не рассматриваются медицинские проблемы, которые могут привести к нежелательному результату).

Безусловно, интересы суррогатной матери также подлежат защите, что и предусмотрено действующим законодательством, так как согласно ст. 55 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», осуществление программы суррогатного материнства возможно только после данного суррогатной матерью письменного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и на основе договора, заключаемого между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям.

Таким образом, если женщина дает свое согласие на участие в программе суррогатного материнства, обладая всей необходимой информацией, она может сопоставить риски и принять адекватное решение в отношении собственного здоровья.

В связи с этим, необходимо дополнить статью 51 СК РФ нормой, позволяющей мужчине и женщине, как состоящими, так и не состоящими в браке между собой, давших обоюдное информированное добровольное согласие на использование своих половых клеток для оплодотворения и имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания и рождения (суррогатной матери), либо одинокой женщине, для которой вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям, в случае рождения ребенка в результате применения данного метода, быть записанными его родителями в книге записей рождений.

Вопрос о родительских правах супругов и суррогатной матери должен решаться на основании главного принципа, закрепленного в Семейном Кодексе – обеспечении приоритетной защиты прав и интересов ребенка. Данная задача может решаться только при условии создания правового механизма решения во-

проса о родительских правах, позволяющего максимально учитывать волю всех участников таких отношений, а не только суррогатной матери. Только в этом случае ребенок будет находиться в надежных руках, и его интересы будут максимально защищены.

Список литературы:

1. *Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. №223-ФЗ // Российская газета от 27 января 1996 г. № 17.*
2. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета от 23 ноября 2011 г. № 263.*
3. *Федеральный закон от 15 ноября 1997 г. № 143-ФЗ*
4. *«Об актах гражданского состояния» // Российская газета от 20 ноября 1997 г.*
5. *Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351*
6. *«Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» // Собрание законодательства Российской Федерации от 15 октября 2007 г. № 42 ст. 5009.*
7. *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» // Текст приказа опубликован в «Российской газете» от 11 апреля 2013 г. № 78/1 (специальный выпуск).*
8. *Определение Конституционного Суда РФ от 15 мая 2012 г. № 880-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы граждан Ч. П. и Ч. Ю. на нарушение их конституционных прав положениями пункта 4 статьи 51 Семейного кодекса Российской Федерации и пункта 5 статьи 16 Федерального закона «Об актах гражданского состояния» // Текст Определения официально опубликован не был.*

Об авторе:

Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, дом 2, стр. 2, доцент, кандидат юридических наук, e-mail: 08101967@list.ru

Pavlova Julia Vladimirovna – associate professor of Medical Law Department, Sechenov First Moscow State Medical University, PhD, Moscow

© Павлова Ю. В., 2015

УДК 616-082+364.4

Прилуков М. Д.

ОБЩЕСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ, КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья посвящена рассмотрению понятия общественного контроля, а также влиянию общественного контроля на качество осуществления медицинской помощи.

Ключевые слова: *общественный контроль, оценка качества оказания услуг медицинскими организациями, отрытые данные.*

Prilukov M. D.

PUBLIC CONTROL AS A WAY OF IMPROVING THE QUALITY OF MEDICAL CARE

The article is devoted consideration of concept of social control, as well as the influence of social control on the quality of medical activities.

Keywords: *public monitoring, assessment of quality of rendering of medical services organizations, open data.*

Осуществление качественной медицинской помощи населению является важным и приоритетным направлением в деятельности как государства в целом, так и в деятельности уполномоченных на то органов исполнительной власти. Об этом указал Президент РФ в своем Послании к Федеральному Собранию РФ 4 декабря 2014г.: «Мы должны сформировать централизованную систему государственного контроля за качеством работы медицинских организаций с соответствующими полномочиями и рычагами. Прошу Правительство обеспечить внедрение необходимых изменений в законодательство. » [1]. Ключевым звеном в этой системе являются государственные органы исполнительной власти, а именно: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (далее – Росздравнадзор) [2]. «Качество, безопасность и доступность медицинской помощи населению являются сегодня для государства первоочередной и наиважнейшей задачей, и вопрос контроля за системой здравоохранения приобретает крайнюю важность, – подчеркнул в заключение Михаил Мурашко, – Росздравнадзор должен сделать все для того, чтобы права граждан соблюдались в любом населенном пункте нашей стра-

ны вне зависимости от его численности и места расположения» [3]. Руководитель М. А. Мурашко отмечает, что «В прошлом году мы провели 17 778 проверок, было установлено, что 47% проверенных хозяйствующих субъектов нарушают законодательство РФ, то есть каждая вторая организация. Ни одна из проведенных нами проверок не была признана судами недействительной. Но мы не только выявляем нарушения, но и, что самое важное, контролируем их устранение. По результатам 3262 проверок возбуждены дела об административных правонарушениях. В судебном порядке назначено административных штрафов на сумму более 73 млн. руб. – в 1,6 раза больше, чем в 2013 году. По результатам контрольных мероприятий за I квартал 2015 года назначено административных штрафов на сумму около 30 млн. руб. – это 40% от годовой суммы за 2014 год» [4]. Эти цифры, безусловно, свидетельствуют об эффективной деятельности Росздравнадзора, что сказывается на качестве оказания медицинской помощи в лучшую сторону.

Однако для того, чтобы система оказания качественной медицинской помощи была еще более эффективна, кроме государственного контроля и надзора в нее был внедрен и контроль со стороны общества. Такой способ обеспечения контроля со стороны общества за исполнением принятых решений государственных органов исполнительной власти и их должностных лиц называется общественным контролем. «В современном мире общественный контроль является важнейшим элементом развития общества и государства. Его предназначение состоит в обеспечении обратной связи между обществом и государством, поскольку «люди хотят участвовать в решении общественных дел, реально контролировать государственные институты, иметь больше возможностей для своего развития» [5]. Наличие в стране развитой и эффективной системы общественного контроля позволяет, в первую очередь, преодолеть отчуждение государства от общества, повысить доверие граждан к публичной администрации и избежать бюрократического произвола в ее властной деятельности. Общественный контроль также может рассматриваться как «одно из средств приобщения широких масс к проверке всех государственных дел и обучения их управлению» [6].

В Российской Федерации законодательно установлены основы общественного контроля. Федеральный Закон РФ от 21.07.2014 №212 «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» [7] (далее – Закон об общественном контроле) устанавливает правовые основы организации и осуществления общественного контроля за деятельностью органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия. В статье 4 Закона об общественном контроле установлено само понятие общественного контроля, под которым «понимается деятельность субъектов общественного контроля, осуществляемая в целях наблюдения за деятельностью органов государственной власти, органов местного самоуправления, государственных и муниципальных организаций, иных органов и организаций, осуществляющих в соответствии с федеральными законами отдельные публичные полномочия, а также в целях общественной проверки, анализа и общественной оценки издаваемых ими актов и принимаемых решений».

Общественный контроль реализуется в конкретных формах, закрепленных в статье 18 выше указанного нормативного правового акта. Установлены следующие формы: во-первых, в форме общественного мониторинга, во-вторых, в форме общественной проверки, в-третьих, в форме общественной экспертизы, а также в таких формах взаимодействия институтов гражданского общества с государственными органами и органами местного самоуправления, как общественные обсуждения, общественные (публичные) слушания и другие формы взаимодействия. Каждая форма общественного контроля детализируется в Законе об общественном контроле в соответствующих статьях. Необходимо указать и на тот факт, что перечисленные формы общественного контроля основываются на определенных данных, которые предоставляются государственными органами исполнительной власти в открытом доступе. Открытые данные размещаются на официальных сайтах всех органов исполнительной власти, как на федеральном, так и на региональном уровне. Необходимо отметить, что государство взяло определенный курс по развитию

«системы открытости» государственных органов исполнительной власти, как в целом, так и в системе здравоохранения в частности. Так, распоряжением Правительства РФ от 30 января 2014 г. № 93 «Концепция открытости федеральных органов исполнительной власти» [8] (далее – Концепция). Данная Концепция закрепляет основные принципы открытости федеральных органов исполнительной власти, задачи и механизмы (инструменты) их реализации и содержит систему стратегических ориентиров в области обеспечения открытости и прозрачности государственного управления, подотчетности и подконтрольности власти гражданскому обществу и формирования эффективного диалога федеральных органов исполнительной власти с гражданами, общественными объединениями и предпринимательским сообществом. Концепция призвана стать основой системного подхода к повышению уровня открытости федеральных органов исполнительной власти, включающего, в том числе, создание методологической основы для дополнения и совершенствования действующей правовой базы. Наряду с совершенствованием «системы открытых данных» появляется и функционирует совершенно новое явление для государственного управления – «открытое правительство» [9].

Государственные органы исполнительной власти, осуществляющие управление в сфере здравоохранения, не являются исключением и также, как и другие государственные органы, размещают определенную информацию о своей деятельности на официальных сайтах в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Именно размещение открытых данных на официальном сайте Министерства здравоохранения РФ позволяет: во-первых, проинформировать население о готовящихся и наступивших изменениях в медицинском законодательстве; во-вторых, узнать о порядке оказания медицинской помощи; в-третьих, узнать о возможности получения бесплатных лекарственных средств; в-четвертых, получить сведения о лицензировании медицинской деятельности; в-пятых, получить информацию о стандартах оказания медицинской помощи; в-шестых, узнать об оказании высокотехнологичной медицинской помощи, а также получить и другие сведения касающиеся здравоохранения.

Общественный контроль в сфере здравоохранения реализуется не только открытыми данными, но и совещательными органами при Министерстве здравоохранения РФ. Во-первых, это Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Российской Федерации. Во-вторых, это Общественный совет при Министерстве здравоохранения Российской Федерации. Кроме этого, существует возможность заполнить анкету для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, подведомственными Министерству здравоохранения РФ.

Необходимо отметить, что Министерство здравоохранения РФ является одним из «продвинутых» министерств в области информатизации и занимает в рейтинге «открытых министерств» пятое место после Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Министерства образования и науки Российской Федерации, Министерства спорта Российской Федерации, Министерства культуры Российской Федерации, что говорит о достаточно хорошем уровне «открытых данных» данного органа исполнительной власти.

Таким образом, общественный контроль и «открытые данные» играют важную роль в развитии и укреплении диалога между обществом и государством, а также оказывают непосредственное влияние на качество оказания медицинской помощи. Кроме этого положительный эффект от «открытости» государственных органов исполнительной власти проявляется в том, что, во-первых, открытые данные в системе здравоохранения позволяют наиболее полно проинформировать человека об изменениях в системе здравоохранения. Во-вторых, открытые данные непосредственно являются основой для осуществления общественного контроля. В-третьих, на основе открытых данных существует возможность обжаловать действия и решения должностных лиц в сфере здравоохранения. В-третьих, открытые данные противодействуют коррупции.

Список литературы:

1. *Российская газета. 2014. № 6550. 5 декабря.*
2. *Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 № 323 (ред. от 03.06.2015) «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» // СЗ РФ. 2004. №28. ст. 2900.*

3. *Министр Вероника Скворцова приняла участие в Коллегии Росздравнадзора «Совершенствование государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» // Министерство Российской Федерации URL: http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/29/2556 (дата обращения: 14.11.2015).*
4. *Российская Бизнес-газета. 2015. № 1010. 11 августа.*
5. *Тихомиров Ю. А. Гражданское общество в фокусе права // Журнал российского права. 2013. № 10. С. 35-45*
6. *Мартынов А. В. Система «Открытое правительство» как один из главных механизмов открытого государственного управления в России // Административное право и процесс. 2014. № 1. С. 13-23.*
7. *Федеральный Закон РФ от 21.07.2014г. №212 «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2014. №30 (Часть I). Ст. 4213.*
8. *Распоряжение Правительства РФ от 30 января 2014 г. № 93 «Концепция открытости федеральных органов исполнительной власти» // СЗ РФ. 2014. №5. Ст. 547.*
9. *Открытое министерство // Открытое правительство URL: http://open.gov.ru/openministry/ (дата обращения: 17. 07. 2015).*
10. *Мартынов А. В. Система «Открытое правительство» как один из главных механизмов открытого государственного управления в России // Административное право и процесс. 2014. № 1. С. 13-23.*
11. *Что такое Открытое Правительство? // Открытое правительство URL: http://open.gov.ru/opengov/ (дата обращения: 17.07.2015).*
12. *Открытое министерство // Открытое правительство URL: http://open.gov.ru/openministry/ (дата обращения: 17.07.2015).*

Об авторе:

Прилуков Максим Дмитриевич – старший преподаватель кафедры административного и финансового права юридического факультета Нижегородского государственного университета им. Н. И. Лобачевского (Национальный исследовательский университет), кандидат юридических наук, 603138, Нижний Новгород, пр. Кирова, дом 16, кв. 80, e-mail: prilukov_8312@mail.ru

Maxim Dmitrievich Prilukov – senior lecturer of the Department of administrative and financial law of the faculty of law, Lobachevsky State University of Nizhni Novgorod (National Reserch University), PhD, Nizhni Novgorod

© Прилуков М. Д., 2015

УДК 34:378.147+378.661-057.87+614.251.2

Самутичева Е. Ю.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ У СТУДЕНТОВ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ОФОРМЛЕНИЮ ДОКУМЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ МЕДИКО-ПРАВОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ ИМ ЮРИДИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Автором обозначена необходимость формирования у студентов высших медицинских учебных заведений практических навыков по оформлению документов, имеющих медико-правовое значение, выделены цели обучения данным навыкам, поставлены задачи и предложены варианты их решения для достижения указанных целей.

Ключевые слова: *документы, медицинская организация, пациент, практические навыки, учебный процесс, высшее образование*

Samuticheva E. Y.

DEVELOPING STUDENTS' SKILLS IN CREATING DOCUMENTS THAT ARE LEGALLY IMPORTANT IN THE MEDICAL ORGANISATIONS THROUGH TEACHING THEM THE LEGAL DISCIPLINES IN THE INSTITUTIONS OF HIGHER MEDICAL EDUCATION

The author focuses on the necessity of teaching the students of the institutions of higher medical education the basic skills in creating documents that are legally important in the medical organizations, sets the objectives and tasks of teaching them, offers ways of accomplishing these tasks in order to achieve the above-mentioned objectives.

Keywords: *documents, medical organization, patient, skills, educational process, higher education.*

В современный период неотъемлемой частью профессиональной деятельности медицинских работников является оформление медицинской документации. В связи с тем, что юридические аспекты ведения медицинской документации подробно исследовались в литературе [1, 2], перечислим лишь некоторые обстоятельства, при которых надлежаще оформленные медицинские документы имеют важное медико-правовое значение.

Во-первых, медицинская документация предоставляется в ходе проверок, осуществляемых органами государственной власти в рамках государственного и ведомственного контроля ка-

чества и безопасности медицинской деятельности [3, 4], а также страховыми медицинскими организациями [5].

Во-вторых, медицинские документы часто становятся значимыми доказательствами при производстве по гражданским или уголовным делам, а также по делам об административных правонарушениях. От полноты содержащейся в них информации может зависеть решение по конкретному делу.

В-третьих, медицинские документы являются источником информации о состоянии здоровья пациента. Правильность их оформления медицинским работником важна с точки зрения необходимости обеспечить преемственность лечения пациента.

В-четвертых, медицинская документация является эмпирической базой для проведения глубоких научных исследований в целях изучения причин заболеваний, определения эффективных способов их профилактики, диагностики и лечения.

Кроме медицинской документации, к документам, имеющим медико-правовое значение, следует также относить письменные заявления, составляемые пациентами (их представителями) для защиты собственных прав (прав представляемого) в сфере охраны здоровья, письменные ответы на них со стороны руководителей медицинских организаций (их заместителей) и т.д.

В связи с вышесказанным в рамках преподавания юридических дисциплин в образовательных организациях высшего медицинского образования студентов следует обучать правовым основам оформления:

1. документов, составляемых самостоятельно руководителями медицинских организаций, их заместителями или медицинскими работниками (например, письменные ответы на обращения пациентов, медицинские карты пациента) либо с участием пациента (в частности, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство) в процессе осуществления ими профессиональной деятельности;

2. документов, составляемых только пациентом (его представителем) для реализации прав в сфере охраны здоровья (например, письменные заявления на имя главного врача, содержащие просьбу, жалобу или предложения по вопросам организации и повышения качества медицинской помощи).

Обучение правовым основам оформления вышеуказанных документов в рамках юридических дисциплин в образовательных организациях высшего медицинского образования преследует следующие цели:

1. использование студентами приобретенных знаний и навыков в процессе будущей профессиональной деятельности;
2. использование студентами приобретенных знаний и навыков в рамках обслуживания в медицинской организации в качестве пациента.

Для достижения данных целей требуется решить следующие задачи:

1. информировать студентов об общих требованиях к оформлению документов, имеющих медико-правовое значение;
2. ознакомить студентов с утвержденными формами медицинской документации;
3. сформировать у студентов практические навыки по оформлению вышеуказанных документов.

В целях выполнения задачи по информированию студентов об общих требованиях к ведению медицинской документации преподаватель, в частности, может показать важность тщательного сбора анамнеза и фиксации полученных сведений, подробного описания тактики лечения и динамики состояния пациентов в их медицинских картах, обосновать недопустимость использования в них официально не принятых сокращений, отметить значимость отражения нарушения пациентами режима лечения, их жалоб по поводу полученных результатов лечения и принятых в результате их рассмотрения мер медицинского характера. Считаем, что указанная задача может быть успешно выполнена, если на примерах судебной практики преподаватель докажет, что несоблюдение полученных теоретических знаний может привести к привлечению медицинских работников к юридической ответственности.

Задача, связанная с необходимостью ознакомления студентов с утвержденными формами медицинской документации может быть выполнена путем самостоятельного поиска студентами соответствующих нормативно-правовых актов и совместного с преподавателем анализа инструкций по заполнению данных форм.

Выработка практических навыков по оформлению документов, имеющих медико-правовое значение, как задача может быть решена путем их самостоятельного составления студентами.

Так, на кафедре медицинского права Первого МГМУ имени И. М. Сеченова формирование у студентов соответствующих практических навыков возможно в рамках учебной дисциплины «Правовые основы деятельности врача» на старших курсах обучения.

Исходя из тематического плана учебной дисциплины «Правовые основы деятельности врача» в рамках темы «Порядок выбора пациентом медицинской организации и врача» преподавателю можно запланировать, например, составление студентами письменных заявлений о выборе медицинской организации и (или) о замене лечащего врача.

При изучении темы «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства» в качестве практической составляющей образовательного процесса учащимся может быть дано задание самостоятельно оформить информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства. В качестве опоры студенты могут использовать формы, утвержденные федеральными органами исполнительной власти.

В качестве практического задания по теме «Врачебная тайна» представляется возможным составление студентами письменного согласия пациента на разглашение его врачебной тайны.

При изучении иных прав пациентов студентам может быть предложено написать заявление на имя главного врача в целях защиты нарушенных прав в сфере охраны здоровья.

В целях закрепления темы «Права и обязанности медицинских работников. Права и обязанности медицинских организаций» преподаватель по своему усмотрению может дать задание оформить проект протокола врачебной комиссии или протокола консилиума врачей.

Составление указанных документов может быть выполнено студентами в рамках семинарского занятия после обсуждения с преподавателем теоретического материала, либо в качестве домашнего задания, либо на определенном этапе деловой игры.

Делая вывод, следует отметить, что преподавание студентам высших учебных заведений юридических основ оформления медицинской документации и иных документов, имеющих медико-правовое значение, способствует появлению у них заинтересованности в получении необходимых правовых знаний и, соответственно, наиболее успешному закреплению теоретического материала, тем самым повышая качество образования. В результате приобретения указанных теоретических знаний и практических навыков студенты становятся, с одной стороны, конкурентоспособными специалистами на рынке труда, а с другой – информированными потребителями медицинских услуг.

Список литературы:

1. *Медицинское право: учебное пособие | Сашко С. Ю., Кочорова Л. В. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.*
2. *Правоведение. Медицинское право: учебник | Под ред. чл.-корр. РАН профессора Ю. Д. Сергеева. М.: Медицинское информационное агенство, 2014.*
3. *Постановление Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. № 1152 «Об утверждении положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» || Собрание законодательства РФ. 2012. № 47. Ст. 6501.*
4. *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» || Российская газета. 26 июня 2013 г.*
5. *Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» || Российская газета. 2 февраля 2011 г.*

Об авторе:

Самутичева Екатерина Юрьевна – ассистент кафедры медицинского права ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, дом 2, стр. 2, e-mail: ek.samuticheva@gmail.com

Samuticheva Ekaterina Yuryevna – assistant Medical Law Department, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Самутичева Е. Ю., 2015

УДК 340.692

Сергеев Ю. Д., Козлов С. В.

ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ В ЭКСПЕРТИЗЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРОИСШЕСТВИЯ

Статья посвящена изучению проблемы установления характера и обусловленности причинно-следственных связей при судебно-медицинской экспертизе ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: *прямая, непрямая причинно-следственная связь, судебно-медицинская экспертиза.*

Sergeev Y. D., Kozlov S. V.

CAUSAL CONNECTIONS IN EXAMINATION OF MEDICAL INCIDENT

The article is sanctified to the study of problem of establishment of character and conditionality of causal connections at medico-legal examination of the unproper providing of medicare.

Keywords: *direct, indirect causal connection, medico-legal examination.*

Количество уголовных и гражданских дел, а также доследственных проверок, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, повлекшей за собой развитие неблагоприятных для здоровья пациента последствий, в последние годы значительно возросло. Проводимые в различных регионах Российской Федерации исследования показывают неуклонную тенденцию этого роста. Так что ожидать снижения числа проводимых экспертиз, в обозримом будущем, не приходится, поскольку производство судебно-медицинских экспертиз по данной категории дел является обязательным (ст. 196 УПК РФ, ст. 79 ГПК РФ).

Связано это, прежде всего с тем, что правоприменители, в чью компетенцию входит принятие законного решения, не обладают необходимыми познаниями в области медицины и не способны самостоятельно оценить действия медицинских работников, приведшие к наступлению неблагоприятных последствий. Поэтому при производстве экспертизы по уголовным делам судебно-медицинские экспертные комиссии должны устанавливать медицинские признаки условий наступления ответственности медицинских работников.

К этим условиям относятся:

- ✓ факт причинения вреда здоровью пациента;
- ✓ неправомерность действий медицинского работника (т. е. несоблюдение должностных инструкций, порядков оказания и стандартов медицинской помощи, общепринятых в медицине обычаев оказания медицинской помощи);
- ✓ наличие прямой причинно-следственной связи между действием (бездействием) медицинского работника и наступившими неблагоприятными последствиями [1].

Только при наличии этих условий правоприменители могут установить вину медицинского работника и определить меру его ответственности.

Наиболее сложным, на наш взгляд, при проведении экспертного исследования является установление характера и обусловленности причинно-следственных связей между воздействием на организм человека (оказание медицинской помощи) и развитием тех или иных неблагоприятных последствий для его здоровья.

Судебно-медицинские экспертные комиссии, устанавливая признаки ненадлежащего оказания медицинской помощи, проводят ретроспективный анализ имеющихся в их распоряжении медицинских документов, материалов уголовных и гражданских дел, в которых отражен процесс оказания медицинской помощи, тем самым воссоздавая этот процесс. Без такой реконструкции невозможно достоверно и объективно дать экспертную оценку тем действиям медицинских работников, которые привели к развитию неблагоприятных последствий лечения, поскольку само по себе ненадлежащее оказание медицинской помощи может быть обусловлено обстоятельствами как субъективного, так и объективного порядка.

Сергеевым Ю. Д. (1988) впервые были разработаны четкие критерии субъективных и объективных обстоятельств ненадлежащего оказания медицинской помощи [3].

К субъективным обстоятельствам отнесено:

- ✓ несвоевременное оказание медицинской помощи;
- ✓ недостаточное оказание медицинской помощи;
- ✓ неправильное оказание медицинской помощи.

Объективными обстоятельствами считаются:

- ✓ недостаточность медицинских познаний (неполноту сведений медицинской науки) в вопросах диагностики и лечения некоторых заболеваний;
- ✓ несовершенство отдельных инструментальных методов диагностики и лечения;
- ✓ атипичность, редкость или злокачественность процесса;
- ✓ несоответствие между действительным объемом прав и обязанностей медицинского работника и производством требуемых действий по диагностике и лечению;
- ✓ недостаточность условий для оказания надлежащей медицинской помощи в условиях конкретной медицинской организации (например, уровня оснащенности диагностическим и лечебным оборудованием);
- ✓ исключительность индивидуальных особенностей организма пациента;
- ✓ ненадлежащие действия самого пациента (позднее обращение, отказ от госпитализации, противодействие при осуществлении лечебно-диагностического процесса, нарушение режима лечения);
- ✓ особенности психофизиологического состояния медицинского работника (болезнь, крайняя степень переутомления).

В теории судебной экспертизы, основанной на законах формальной логики, принято выделять прямую и косвенную (опосредованную, непрямую) причинно-следственные связи.

Причинно-следственная связь – это объективно существующая связь между противоправным деянием и наступившими последствиями, наличие которой является обязательным для привлечения лица к правовой ответственности. Характер этой связи обязательно должен быть прямой. Установление непрямого (косвенного, опосредованного) характера причинно-следственной связи, как в уголовном, так и в гражданском процессе, указывает на то, что в этом случае неблагоприятные для здоровья пациента последствия не подлежат юридической оценке, поскольку находятся за пределами юридически значимой причинно-следственной связи [2].

Основными условиями для установления прямого характера причинно-следственной связи должны быть следующими:

- ✓ причинная связь, возникающая между изучаемыми явлениями должна носить объективный характер, т.е. реально существовать, а не быть плодом воображения или умозаключения эксперта;
- ✓ воздействие изучаемого фактора, для возникновения последствий, должно быть необходимым, т.е. не наступать без него;
- ✓ и, наконец, причина (воздействие) должно предшествовать наступившим последствиям, а не наоборот.

Прямая причинно-следственная связь, при экспертизе ненадлежащего оказания медицинской помощи, должна быть установлена в тех случаях, когда непосредственная причина (ненадлежащее оказание медицинской помощи) повлекла за собой наступление неблагоприятных для здоровья пациента последствий, вне зависимости от влияния других условий и факторов.

Исходя из вышеизложенного и основываясь на разработанной Ю. Д. Сергеевым классификации, мы считаем, что прямая причинно-следственная связь может устанавливаться только при наличии признаков субъективных обстоятельств ненадлежащего оказания медицинской помощи.

В том случае, когда между признаками ненадлежащего оказания медицинской помощи и наступлением неблагоприятных для здоровья пациента последствий присутствует некий промежуточный фактор, необходимо говорить о наличии косвенного (опосредованного, непрямого) характера причинно-следственных связей.

Условиями, при которых устанавливается косвенная (опосредованная, непрямая) причинно-следственная связь, могут быть представлены в следующей форме:

- ✓ причинная связь носит объективный характер, но пути формирования следствия, кроме того, должны зависеть от создания определенных условий;
- ✓ воздействие изучаемого фактора, для возникновения последствий, не должно быть обязательным, т.е. они (последствия) могли наступить и без него;
- ✓ причина обязательно должна предшествовать следствию.

Таким образом, под признаки опосредованной причинно-следственной связи полностью подпадают критерии объективных обстоятельств ненадлежащего оказания медицинской помощи.

В действующих правилах и принципах судебно-медицинской экспертной оценки ненадлежащего оказания медицинской помощи, достаточно четко сформулированы нормы, регулирующие необходимые, для наступления правовой ответственности медицинских работников условия. А жестко закрепленный принцип наступления ответственности только при наличии установленной прямой причинно-следственной связи, является защитной гарантией для попыток необоснованного привлечения врачей к уголовной (или гражданской) ответственности.

Список литературы:

1. *Ерофеев С. В. Мониторинг судебно-медицинских экспертиз в случаях неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи // Медицинское право. Федеральный научно-практический журнал. 2003. № 2. С. 20-22.*
2. *Ковалев А. В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи (методические рекомендации). М., 2015. 32 с.*
3. *Сергеев Ю. Д. Судебно-медицинская экспертиза по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук | Ю. Д. Сергеев. М., 1988. 45 с.*

Об авторах:

Сергеев Юрий Дмитриевич – член-корреспондент РАН, Заслуженный юрист РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинского права ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, дом 2, стр. 2, профессор, доктор медициеских наук, e-mail: association@med-law.ru

Козлов Сергей Вадимович – кандидат медицинских наук, судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз Бюро судебно-медицинской экспертизы Белгородской области, 308017, Белгород, ул. Волчанская, д. 159, e-mail: svadkozlov@yandex.ru

Sergeev Yuriy Dmitrievich – head of Medical Law Department, Sechenov First Moscow State Medical University, corresponding member of RAN, doctor of medical sciences, professor, Moscow

Kozlov Sergei Vadimovich – medicolegist of complicated tests, Regional Governmental Institution of Healthcare «Bureau of Forensic Medicine», Belgorod, Belgorod region, PhD, Belgorod

© Сергеев Ю. Д., Козлов С. В., 2015

УДК 356.33:614.255.14+347.9

Согияйнен А. А.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ С УЧЁТОМ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Данная статья посвящена анализу современных аспектов медицинского обеспечения при призыве граждан Российской Федерации на военную службу. В статье раскрываются особенности правового регулирования военно-врачебной экспертизы с учётом складывающейся судебной практики.

Ключевые слова: *военно-врачебная экспертиза, призыв на военную службу.*

Sogiyaynen Alexander

LEGAL ASPECTS OF MILITARY MEDICAL EXAMINATION IN VIEW OF JURISPRUDENCE

This article analyzes the current aspects of medical support in the appeal of Russian citizens for military service. The article reveals the peculiarities of the legal regulation of military-medical examination in view of the evolving jurisprudence.

Keywords: *military medical examination, conscription.*

Как показывают проведённые исследования [1, 2, 10], вопросы правового регулирования медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу менее всего знакомы работникам лечебно-профилактических учреждений, привлекаемым к медицинскому освидетельствованию и медицинскому обследованию призывников на предмет годности к военной службе и, как следствие, огромное количество жалоб, в том числе и в судебные органы. Так, в целях определения степени удовлетворённости медицинским обеспечением во время подготовки и призыва на военную службу в ВС РФ, в 2012 году нами было проведено социологическое исследование. В него включались молодые люди 18 до 27 лет (n=423), проживающих в 3 медицинском округе Московской области, которым было предложено заполнить специально разработанный анонимный опросник. В результате выяснено, что удовлетворены результатами медицинского обеспечения во время подготовки к военной службе только 47,6% респондентов, 36,7% полностью не удовлетворены, а 15,7% удовлетворены не в полной мере. Во время призыва медицинское обеспечение устроило 51,0% опрошенных, не устроило полностью 33,9%, устроило не в полной мере – 15,1% [10].

Общие вопросы организации и проведения военно-врачебной экспертизы регламентируются Федеральным законом от 28 марта 1998 года № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе» [3], а также «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ [4]. Порядок медицинского обеспечения граждан Российской Федерации до их первоначальной постановки на воинский учет определяет приказ Министра обороны Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 мая 2001 г. № 240|168 «Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе». Порядок проведения медицинского освидетельствования граждан при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу определен «Положением о военно-врачебной экспертизе» [5]. Для граждан существует возможность проведения независимой военно-врачебной экспертизы, которая осуществляется в соответствии с постановлением Правительства России от 28 июля 2008 года № 574 «Об утверждении Положения о независимой военно-врачебной экспертизе и о внесении изменений в Положение о военно-врачебной экспертизе» [6].

Под медицинским освидетельствованием, в данном случае, понимаются комплексное изучение и оценка физического развития и состояния здоровья на момент освидетельствования в целях определения годности к военной службе, обучению (службе) по военно-учетной специальности, службе в органах, разрешение других вопросов, которые предусмотрены настоящим приказом, с вынесением письменного заключения. Целью медицинского освидетельствования граждан призывного возраста является определение категории годности к военной службе, а также степень нуждаемости в лечебно-профилактических мероприятиях.

Врач-специалист, привлекаемый к медицинскому освидетельствованию призывника, изучив результаты клинико-инструментального исследования и оценив состояние здоровья, выносит заключение о категории его годности к военной службе с соответствующими формулировками в учетной карте призывника и карте медицинского освидетельствования гражданина, подлежащего призыву на военную службу.

При невозможности получить медицинское заключение о годности гражданина к военной службе по состоянию здоровья на месте указанный гражданин направляется на амбулаторное или стационарное медицинское обследование в медицинскую организацию, чаще всего расположенную на территории субъекта Российской Федерации, в котором он проживает. Конкретное учреждение определяет военно-врачебная комиссия, этот аспект не лишает права гражданина на выбор медицинской организации и не запрещает представлять в подтверждение уровня состояния своего здоровья медицинские документы (заключения независимых экспертов) из любых медицинских учреждений независимо от их формы собственности [8]. От медицинского учреждения, в которое выдано направление, требуется, после детального обследования, подробно отразить в акте объективные данные и развернутый диагноз заболевания в соответствии с МКБ-10 с обязательным указанием степени выраженности заболевания, его стадии и нарушения функции органа или системы органов. Акт подписывается врачом, проводившим обследование, главным врачом и заверяется печатью учреждения.

На основании заключений военно-врачебных экспертиз призывные комиссии принимают соответствующие решения. Председатель призывной комиссии должен объявить решение гражданину, в отношении которого оно принято, а по требованию гражданина выдать ему копию решения.

Решение призывной комиссии может быть обжаловано гражданином либо его законным представителем в призывную комиссию соответствующего субъекта Российской Федерации или же в суд.

Жалоба гражданина должна быть рассмотрена в пятидневный срок со дня ее поступления в призывную комиссию соответствующего субъекта Российской Федерации. В этом случае выполнение решения призывной комиссии приостанавливается до вынесения решения призывной комиссией соответствующего субъекта Российской Федерации или вступления в законную силу решения суда.

В случае несогласия с заключением военно-врачебной комиссии военнослужащие, граждане, подлежащие призыву на военную службу и поступающие на военную службу по контракту,

имеют право на производство независимой медицинской экспертизы соответствующего вида [7].

Экспертиза признается независимой, если производящие ее эксперт либо члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы.

Признать решение (действие) призывной комиссии военного комиссариата о призыве гражданина на военную службу незаконным можно только в порядке главы 25 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации (производство по делам об оспаривании решений, действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, должностных лиц, государственных и муниципальных служащих).

Однако суды исходят из того, что претензии по наличию или отсутствию документального подтверждения квалификации врачей, лицензировании медицинской деятельности, правового значения не имеет, и при вынесении решений принимают во внимание только нарушения непосредственно самой процедуры проведения военно-врачебной экспертизы [9].

В соответствии со ст. 256 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации решение призывной комиссии военного комиссариата можно обжаловать в течение трёх месяцев. При этом первым днем указанного срока будет являться день получения копии указанного решения (п. 7 ст. 28 Федерального закона «О воинской обязанности и военной службе»).

Таким образом, рассмотрев вопросы правового регулирования военно-врачебной экспертизы при подготовке и призыве на военную службу, можно сделать следующие выводы:

1. В целях комплектования Вооруженных Сил Российской Федерации здоровым контингентом юноши призывного возраста проходят двухступенчатую военно-врачебную экспертизу (во время первоначальной постановки на воинский учёт и непосредственно во время призыва в вооружённые силы).

2. Значительное количество жалоб и обращений в судебные инстанции приходится именно на действия (бездействия) военно-врачебных комиссий. Более 52% призывников и их родителей не удовлетворены качеством проводимой экспертизы.

3. У граждан, проходящих военно-врачебную комиссию, имеется законная возможность представлять медицинские документы из лечебных учреждений любых форм собственности, а так же право обжаловать решения военно-врачебной комиссии отдела военного комиссариата муниципального образования в судебном порядке.

Список литературы:

1. *Андроненков И. А. Совершенствование организации медицинского обеспечения юношей при подготовке к военной службе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2011. 25 с.*
2. *Гацко М. Ф., Согияйнен А. А. Правовое регулирование медицинского освидетельствования призывников // Право в Вооружённых Силах. 2011. №1. С. 82-89.*
3. *Фесик А. Н. О некоторых вопросах правоприменительной практики, связанной с призывом граждан на военную службу // Право в Вооружённых Силах. 2008. № 5. С. 64-66.*
4. *Чичерин Л. П., Щепин В. О., Согияйнен А. А. Оптимизация медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу // Ярославль: Канцлер, 2013. 136 с.*
5. *О воинской обязанности и военной службе: Федеральный закон от 28 марта 1998 года № 53-ФЗ: по сост. на 1 июня 2014 года // Собрание законодательства Российской Федерации от 30 марта 1998 г. № 13, ст. 1475.*
6. *Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ: по сост. на 1 июня 2014 года // Российская газета от 23 ноября 2011 г. № 263.*
7. *Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе: утверждено постановлением Правительства РФ от 4 июля 2013 года №565, по сост. на 1 июня 2014 года // Собрание законодательства Российской Федерации от 15 июля 2013 года № 28, ст. 3831 (вступило в силу с 1 января 2014 года).*
8. *Об утверждении Положения о независимой военно-врачебной экспертизе и о внесении изменений в Положение о военно-врачебной экспертизе: утверждено постановлением Правительства РФ от 28 июля 2008 года №574, по состоянию на 1 июля 2014 года // Российская газета от 6 августа 2008 г. № 165.*

9. *Решение Верховного Суда РФ от 10 июня 2009 г. № ГКПИ09-515.*
10. *Определение СК по гражданским делам Мос. гор. суда от 21 сентября 2010 г. по делу № 33-29344.*

Об авторе:

Согияйнен Александр Алексеевич – заведующий поликлиникой №14 ФГКУ «ГВКГ им. Н. Н. Бурденко» Минобороны России, кандидат медицинских наук, 141206, Московская область, Пушкино, ул. Лесная, д. 69, кор. 1, кв. 60, e-mail: Sogalex@ya.ru

Sogiyaynen Alexander – head of the polyclinic №14 Chief Military Clinical Hospital them. NN Burdenko the Russian Defense Ministry, PhD, Korolev

© Согияйнен А. А., 2015

УДК [340.624.6+616-091.5]:28

Спиридонов В. А., Гайнетдинов И. Н.

ОТНОШЕНИЕ К ПРОВЕДЕНИЮ АУТОПСИИ ТРУПОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ РЕЛИГИОЗНЫХ АСПЕКТОВ В ИСЛАМЕ

Статья посвящена проблеме связанной с проведением аутопсии трупов, а также отношение к этому с точки зрения исповедующих ислам.

Ключевые слова: *аутопсия, судебно-медицинская экспертиза, религиозные взгляды.*

Spiridonov V. A., Gainetdinov I. N.

ATTITUDE TO AUTOPSY CORPSE VIEWPOINT RELIGIOUS ASPECTS IN ISLAM

The article deals with the problem connected with carrying out autopsy of corpses, as well as the attitude from the point of view of the Islamic faith.

Keywords: *autopsy, forensic-medical examination, religious views.*

Неизбежным конечным итогом жизни является смерть и совершенно не удивительно, что она связана с суеверным страхом, сильным личным переживанием, о котором большинство людей стараются не думать. Потрясение от смерти близкого становится во много раз сильнее, когда не удается организовать похороны своевременно и соблюсти религиозные аспекты волеизъявления умершего или его родных и близких.

Швейцарский врач Теофил Боне, один из основоположников клинико-анатомического направления в медицине в 1679 году, выразил своё мнение по поводу отношения врачей, родственников и близких и к проведению вскрытия: «Пусть те, кто протестует против вскрытия тел, до конца осознают своё заблуждение. Когда причина болезни неясна, возражения против вскрытия тела, обречённого стать пищей червей, не только ничем не помогают безжизненной плоти, но причиняют огромный вред остальному человечеству…» [1]. В данном утверждении отразилась борьба, как сторонников, так и противников проведения аутопсии, которая продолжается до сих пор.

В энциклопедическом словаре медицинских терминов дается следующее разъяснение понятия «вскрытие»: исследование тела умершего, заключающееся в последовательном извлечении,

препаровки органов и тканей с выявлением имеющихся в них патологических изменении и установление причин смерти. Вместе с тем, данное понятие имеет две области употребления: патологоанатомическое и судебно-медицинское. С точки зрения патологической анатомии, вскрытие тела врачом-патологоанатомом производится с целью установления патологоанатомического диагноза и сопоставление с ним клинического диагноза. В судебной медицине вскрытие тела проводится судебно-медицинским экспертом или врачом-экспертом при наличии постановления органов дознания, следствия или определения суда [2].

Проведение судебно-медицинской экспертизы инициируется правоохранительными и судебными органами, в случаях насильственной смерти и при подозрении на неё. Особенностью судебно-медицинской экспертизы трупов является жесткая правовая регламентация, изложенная в Уголовно-процессуальном кодексе РФ, Федеральном законе «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ».

В силу сильных эмоциональных волнений, вызванных смертью родного человека, родственникам и близким покойного иногда трудно принять то, что, с точки зрения закона, его тело должны подвергнуть аутопсии. Эта процедура требует времени и не позволяет родственникам похоронить тело сразу после смерти, что воспринимается ими эмоционально, болезненно, а бывает и крайне негативно.

В ходе бесед с родственниками и близкими покойных, мы выяснили их отношение к проведению аутопсии. В качестве возражения (не согласия) с необходимостью исследовать тела, были высказаны следующие причины:

- ✓ религиозные взгляды, как покойного, так и родственников, близких;
- ✓ желание ускорить процесс захоронения;
- ✓ отсутствие понимания целей проведения аутопсии;
- ✓ дополнительные расходы в связи с ритуальными услугами после проведения аутопсии;
- ✓ отсутствие на их взгляд условий для хранения тела (отсутствие холодильных камер кассетного типа, каталок и т.д.);
- ✓ опасение неуважительного отношения к телу покойного;
- ✓ боязнь того, что органы из трупа будут изъяты с целью «трансплантации» или на анатомическое изучение студентам;
- ✓ в проведении аутопсии «нет смысла», так как причины смерти на их взгляд очевидны.

Наиболее частой причиной возражения родственников и близких усопшего в проведение аутопсии являются их религиозные взгляды и религия, которой при жизни придерживался покойный. На наш взгляд их негативное отношение к проведению аутопсии обосновываются общими понятиями, доводами священнослужителей, при этом, конкретные аргументы и ссылки родственники и близкие покойного, как правило, не приводят.

В связи с этим мы попытались найти и проанализировать религиозные источники, затрагивающие вопросы смерти, исследования трупа, а также процедуру похорон.

Распределение верующих в мире по конфессиям была следующая: христианство (33 %), ислам (21%), атеизм (16%), индуизм (14 %), и другие различные религии (16%) [3].

В нашей практике наиболее часто выступают против проведения процедуры вскрытия родственники и близкие, исповедующие и относящие себя к религии ислам.

Основные требования к повседневной ритуальной жизни в исламе основываются на священной книге мусульман Коране. Ислам категорически против того, чтобы тело умершего человека беспокоили после его смерти. Для мусульман умерший и его имя наполнены святостью, почетом. Он, умерший, хоть и не живой, но в глазах живых он еще личность. Он существует под покровительством Аллаха [4].

По традиции, принятой в исламском мире, тело покойного мусульманина придают земле в день его кончины до заката солнца, желательно на ближайшем мусульманском кладбище или части другого отданного им. «Хоронят мусульмане своих умерших, помещая их на правом боку лицом к Мекке» (направление в сторону священной Каабы в городе Мекка в Аравии) [5].

Современный исламский ученый из Дамаска Вахбы аз-Зухайли высказал следующее мнение о проведение аутопсии в своих трудах: «В случаях необходимости, к которым относятся, например медицинские исследования, определение причины смерти

покойного, уголовное разбирательство, где необходимо заключение экспертов о мотивах смерти в доказательство вины или невиновности подозреваемого, допускаются анатомические исследования тела покойного» [6].

Священнослужитель Рахматулло хажи Касымов, выразил свое мнение: «Государственные законы и шариат не идут вразрез друг другу. И там, и здесь все предусмотрено на благо человека». Но при этом добавляет, что при острой необходимости надо делать вскрытие, а «всех не нужно». Важно учесть волю самого покойного: «Оставшиеся за спиной умерших – выполняйте завещание» [7].

В странах Востока (Иран, Саудовская Аравия) шариатом (предписания Корана) вскрытие трупа запрещено ради экспериментов, интереса, а также в научных целях. Однако служители мечетей говорят, что каждый конкретный случай необходимо рассматривать отдельно.

Вопрос о проведение аутопсии стоял остро и требовал обсуждения. В городе Мекка была рассмотрена Исламской Академией фикха (исламская доктрина о правилах поведения мусульман), касающейся проведения аутопсии и вынесено следующее определение:

1. Разрешается вскрывать трупы людей в целях:

a. установления обстоятельств смерти или обстоятельств совершенного преступления при расследовании уголовного дела, когда для судьи становится затруднительным выявления причин прекращения жизни, и он сочтет, что для их установления требуется проведение вскрытия;

b. распознания болезней с целью их предупреждения и изготовления лекарственных препаратов для их лечения, когда это можно осуществить только в результате вскрытия;

c. преподавания медицины и её изучения, как это практикуется в медицинских учебных заведениях.

2. При проведении вскрытия в рамках обучения, предусмотрены следующие ограничения:

a. если личность умершего известна, то анатомировать его тело допустимо только при наличии данного им перед своей смертью разрешения на это, либо при наличии разрешения на

это его наследников после его смерти, а тело того, чьё право на жизнь не охраняется Шариатом, следует вскрывать только при наличии крайней необходимости.

b. обязательно ограничиваться только пределами крайней необходимости и не наносить телу покойного ненужных повреждений.

c. вскрытием женских трупов могут заниматься только женщины-врачи. Мужчинам можно вскрывать женские трупы только в том случае, если не найдутся врачи-женщины [7].

Для ислама характерна позиция ограничения в проведение аутопсии и каждый случай рассматривается детально и индивидуально и в целом, в случаях, где возможно, отказываются в проведении вскрытия.

Согласно данным Российского Центра судебно-медицинской экспертизы МЗ РФ, в 2012 году было произведено 585805 экспертиз и исследований трупов [8], а патологоанатомических вскрытий 2014 году в России произведено 384788 [9].

Таким образом, количество аутопсий, проведенных судебно-медицинскими экспертами и патологоанатомами, остается достаточно большим, в связи с этим остро стоит вопрос о том, можно ли уменьшить количество вскрытий умерших от ненасильственных видов смертей. На наш взгляд, одним из способов является улучшение прижизненной диагностики, диспансеризация населения, а также внедрение новых методов. В частности, введение виртуальной аутопсии (исследование трупа методом компьютерной и магнитно-резонансной томографии – без проведения классических разрезов), которая в определенных случаях, позволит уменьшить количество вскрытий ненасильственного характера и даже установить причину смерти без проведения классических методов аутопсий.

Для регионов, где большое количество населения исповедуют ислам, для ускорения процесса проведения аутопсий можно реорганизовать работу бюро судебно-медицинской экспертизы и патологоанатомических отделений. Все это будет способствовать соблюдению религиозных чувств родственников и позволит близким покойного с пониманием отнестись к вопросу проведения аутопсии, а с точки зрения религии, с уважением отнестись к телу покойного.

Список литературы:

1. *А. И. Струков, В. В. Серов »Патологическая анатомия». М.,1985. С. 353*
2. *Энциклопедический словарь медицинских терминов: в 3-х томах. Около 60 000 терминов. | Гл. ред. Б. В. Петровский. М.: Советская энциклопедия, 1982. Т. 1.А. С. 227- 464.*
3. *This list appeared in The Christian Science Monitor as the «Top 10 Organized Religions in the World» (August 4, 1998, edition, on page B2).*
4. *Шенкао М. А. || Смерть как социокультурный феномен. К.: Ника-Центр, Эльга; М.: Старклайт, 2003. С. 77.*
5. *Подосинов А. В. Ориентация по странам света в древних культурах || Одиссей, 1994. М: Наука, 1994.*
6. *Аз-Зухайли В. аль-Фикх аль-Исламиваадилляту- ху («Исламский фикх и его доводы»): В 11 т. 1990. Т. 4. С. 2608.*
7. *Абрамова А. В. Дипломная работа: Тема: «Культ ислама в современном мире». Владимирский Государственный университет, 2010. С. 65 -70.*
8. *Кысь А. Н. Реализация права на свободу совести в области погребения и похоронного дела | А. Н. Кысь || Апокриф, 2011. №58. С. 5.*
9. *Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях: Труды VII Всероссийского съезда судебных медиков, 21-24 октября 2013 года, Москва || Под общ. ред. д. м. н. А. В. Ковалева. - М.: Издательство «Голден-Би», 2013. Том 1. С. 15-328.*
10. *Состояние и основные задачи развития патологоанатомической службы Российской Федерации: Отраслевое статистическое исследование за 2014 год | Под ред. Г. А. Франка, Е. П. Какориной и И. Г. Никитина | Минздрав России – М., 2015. С. 29-235.*

Об авторах:

Спиридонов Валерий Александрович – заведующий кафедрой судебной медицины, доцент, доктор медицинских наук, Казань; заместитель начальника по науке ГАУЗ РБСМЭ МЗ РТ, e-mail: vaspiridonov@yahoo.com

Гайнетдинов Имиль Небиуллович – ординатор кафедры судебной медицины, e-mail: imilka2015@gmail.com

ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ МЗ РФ», 420012, Казань, ул. Бутлерова, д. 49

Spiridonov Valery Aleksandrovich – professor of the Department of Forensic Medicine, assistant professor, candidate of medical sciences, Kazan

Gainetdinov Imil Nyabiullovich – resident of the Department of Forensic Medicine, Kazan

Kazan State Medical University

© Спиридонов В. А., Гайнетдинов И. Н., 2015

УДК 618.177-089.888.11+34

Тимофеева М. Ю.

ПРАВОВЫЕ РИСКИ В ПРИМЕНЕНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Статья посвящена анализу законодательства и судебной практики в сфере применения вспомогательных технологий с целью выделения отдельных составляющих системы контроля качества и безопасности медицинских услуг.

Ключевые слова: *вспомогательные репродуктивные технологии, донор, суррогатная мать, эмбрион, биоматериал, методы лечения, бесплодие.*

Timofeeva M. J.

LEGAL ASPECT OF APPLICATION OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN THE HEALTH SYSTEM

In the article is presented the analysis of the legislation in scope of auxiliary technologies for the purpose of allocation of separate obligatory components of the monitoring system of quality and safety of medical services taking into account the developing jurisprudence.

Keywords: *auxiliary technologies, donor, surrogate mother, embryo, biomaterial treatments for infertility.*

Отличительная черта современного этапа развития здравоохранения является интенсивная оптимизация его законодательной базы.

Основным аспектом обсуждений, является анализ законодательства в сфере применения вспомогательных технологий с целью выделения отдельных обязательных составляющих системы контроля качества и безопасности медицинских услуг. Ведь не смотря на достаточно серьезную правовую защиту сторон, все чаще результатом данных медицинских услуг становятся претензии и судебные иски.

Несмотря на то, что Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» в ч. 1 ст. 55 дает четкое определение самого термина «вспомогательные репродуктивные технологии», которые являются «методами лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляется вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсер-

вированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства».

Правозащитники подчеркивают, что изначально, порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий утвержден приказом № 67 Минздрава РФ от 26 февраля 2003 г. «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия» и соответствует нормам гражданского и семейного законодательства РФ.

Принятый в 2011 г. ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в ч. 3. ст. 55, формулирует данные положения более четко.

Согласно закону, любые «мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, имеют право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при оформлении обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство».

Это определение дает возможность одинокой женщине воспользоваться правом на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии ее информированного добровольного согласия на данное медицинское вмешательство.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» закреплены две формы информированного добровольного согласия: на применение вспомогательных репродуктивных технологий и на проведение операции редукции эмбриона (ов).

В данных формах содержится подробная информация о методах оказания данных видов медицинского вмешательства, связанном с ними риске, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах [1, с. 195].

Как показывает практика, существенной проблемой для таких родителей является выбор пола будущего ребенка, и здесь законодатель в ч. 4ст. 55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» налагает запрет (исключением служат возможные наследственные заболевания связанные с полом). В подобных случаях, при преимплантационной диагностике осуществляется диагно-

стика моногенных и хромосомных дефектов у ооцитов и эмбриона, и одновременно производится определение пола эмбриона.

Согласно разд. 5 Положения 1 к приказу Минздрава России от 26. 02. 2003г. №67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия», эта диагностика проводится с использованием методов флюоресцентной гибридизации in situ (ФИШ) или полимеразной цепной реакции (ПЦР).

В свою очередь, разд. 6 Положения 1 к приказу Минздрава России от 26.02.2003 г. №67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия» законодатель впервые достаточно четко прописывает:

- ✓ порядок кодирования личных данных доноров;
- ✓ возможность криоконсервации спермы, ооцитов, эмбрионов и биоматериала, полученного из яичка;
- ✓ требования к донорам ооцитов (соматическое здоровье);
- ✓ требования к донорам спермы (отсутствие отклонений в нормальных органометрических и фенотипических признаках);
- ✓ основание для прекращения использования донора для реципиентов в регионе (рождение 20 детей на 800 тыс. населения).

Эти нормы позволили законодателю, на современном этапе, расширить и более полно закрепить гарантии граждан в данной проблеме.

Так, согласно ч. 5 ст. 55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» граждане имеют право на криоконсервацию и хранение их половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов за счет личных средств и иных средств.

Часть 6. Ст. 55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» запрещает использовать для промышленных целей половые клетки, ткани репродуктивных органов и эмбрионы человека, а согласно ч. 3 п. 4. ст. 1349 ГК РФ, использование человеческих эмбрионов в промышленных и коммерческих целях не может быть объектом патентных прав.

Согласно ч. 7. ст. 55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» донорами половых клеток имеют право быть граждане в возрасте от18 до 35 лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование.

Согласно ч. 8. ст. 55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,при использовании эмбрионов и донорских половых клеток, граждане имеют право на получение информации о результатах медицинского, медико-генетического обследования донора, о его расе, национальности и внешних данных.

Согласно ч. 9. ст. 55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» это «суррогатное материнство». Здесь законодатель впервые дает полное и четкое определение, по которому «суррогатным материнством» считается вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключенному между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям.

Причем, женщина, состоящая в браке (зарегистрированном в порядке установленном законодательством РФ), может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга.

Необходимо подчеркнуть, что законодатель в ч. 10. ст. 55. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» запрещает женщине одновременно быть суррогатной матерью и донором яйцеклетки.

Семейный кодекс РФ от 29.12.1995г. № 223-ФЗ (в ред. от 4 мая 2011 г.) в абз. 2 ч. 4 ст. 51 закрепляет право лиц, состоящих в браке между собой, и давшие согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной женщины).

Согласно ч. 3 ст. 52 СК РФ супруг, давший в порядке, установленном законом, согласие в письменной форме на применение метода искусственного оплодотворения, или на имплантацию эмбриона, не вправе при оспаривании отцовства ссылаться на эти обстоятельства.

Согласно п. 5 ст. 16 ФЗ «Об актах гражданского состояния» государственная регистрация рождения ребенка по заявлению

супругов, давших согласие на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, одновременно с документом, подтверждающим факт рождения ребенка, должен быть представлен документ, выданный медицинской организацией и подтверждающий факт согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери), на запись указанных супругов родителями данного ребенка.

Несмотря на правовые нормы, максимально закрепляющие права сторон, на практике, из-за несоблюдения отдельных требований, закрепленных законом к донорам и суррогатным матерям судебные споры к сожалению не являются редкостью.

Вместе с тем, по-прежнему вне правового регулирования остаются следующие важные вопросы:

- ✓ не закреплен порядок имплантации эмбриона после смерти генетического родителя;
- ✓ не определен порядок использования криоконсервированных (замороженных) эмбрионов после развода или после смерти супругов-генетических родителей, порядок уничтожения эмбрионов;
- ✓ не определены сроки хранения донорских гамет и эмбриона, что создает определенные правовые сложности, так как семейные обстоятельства и желания сторон в течение этого времени могут измениться и перестать совпадать;
- ✓ не закреплена норма о возможности проведения исследований с эмбрионом.

В заключении необходимо отметить, что несмотря на стремление законодателя всесторонне урегулировать как порядок применения вспомогательных репродуктивных технологий, так и правовой статус трон, стремительное развитие медицины, значительно опережает порядок принятия соответствующих правовых норм, что часто приводит к нарушению прав участников данного соглашения [1, с. 197].

Надеемся, что рост не только числа, рожденных в результате применения методов искусственной репродукции, но и судебных разбирательств по данному вопросу, в ближайшее время устранят неточности в механизме правового регулирования интересов детей и лиц, участвующих в этом процессе.

Список литературы:

1. *Сергеев Ю. Д., Павлова Ю. В., Поспелова С. И., Каменская Н. А. Правоведение. Медицинское право: Учебник | Под ред. Чл. -корр. РАН, профессора Ю. Д. Сергеева. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. С. 195.*

Об авторе:

Тимофеева Маргарита Юрьевна – преподаватель кафедры медицинского права ГБОУ ВПО «Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, 107140, Москва, ул. Краснопрудная д. 7/9, кв. 133, e-mail: Timofeeva_info@mail.ru

Timofeeva Margarita Jrievna – senior lecturer Medical Law Department Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Тимофеева М. Ю., 2015

УДК 616-082+614.25:366.65

Фарбер Е. В.

УПРАВЛЕНИЕ ПРЕТЕНЗИЯМИ ГРАЖДАН КАК ПРОЦЕСС ПОДДЕРЖАНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ

В статье раскрываются основные положения национального стандарта ГОСТ Р ИСО 10002-2007 в области работы с претензиями и повышения удовлетворенности потребителей. В статье рассмотрены основные виды деятельности процесса управления претензиями.

Ключевые слова: *удовлетворенность потребителя, управление претензиями, международный стандарт, национальный стандарт, Международная организация по стандартизации, Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии, этапы работы с жалобами.*

Farber E. V.

CITIZENS CLAIMS MANAGEMENT AS A PROCESS OF MAINTAINING AND IMPROVING CUSTOMER SATISFACTION

Present article describes national standard GOST R ISO 10002-2007 main provisions in field of work with claims and improve customer satisfaction. Article describes claims management process main activities.

Keywords: *customer satisfaction, claims management, international standard, national standard, international organization for standardization, Federal Agency for technical regulation and Metrology, stages of complaints.*

Авторы, исследующие различные аспекты качества оказания медицинской помощи, как правило, выходят и на проблему удовлетворенности пациентов качеством этой помощи на всех этапах ее оказания (диагностики, лечения, реабилитации, управления претензиями).

Пожалуй, одним из самых сложных вопросов в удовлетворении пациентов становится разрешение конфликтных ситуаций, то есть на стадии, когда пациент уже получил медицинскую услугу не доволен ее предоставлением, будь то отсутствие информации или ее неправильная подача, нелюбезность или грубость со стороны медицинского персонала, отказ в предоставлении законных льгот и т.д. [1].

Вопрос о неудовлетворенности потребителя – далеко не праздный. Это давно поняли крупные компании-производители,

пытаясь, с одной стороны, предвосхитить серийное производство сформировавшимися потребностями и запросами потребителей, с другой, быстро и эффективно «гасить» любое недовольство клиентов на стадии обращения к руководству и уж, тем более, не доводя конфликт до разрешения в суде. Интерес компаний заключался в том, чтобы потребитель оставался лояльным и продолжал быть их клиентом, даже в случае произошедшего конфликта. Более всего в целях конкурентоспособности компании стали разрабатывать стандарты удовлетворенности потребителей, с помощью которых выверялся потребительский спрос или потенциальные потребительские потребности для определения и корректировки стратегии и тактики компании [2]. Для повышения удовлетворенности и лояльности потребителя, повышения качества продукции и (или) услуги организации также планировали и разрабатывали процедуру разрешения конфликтных ситуаций между сотрудниками или представителями компании и потребителями, а также правила по управлению претензиями (жалобами) клиентов.

В девяностые годы окончательно назрела потребность в разработке стандартизированных правил, поэтому стал разрабатываться стандарт по менеджменту организации и удовлетворенности потребителя.

Международный стандарт ISO 10002:2004 «Quality management – Customer satisfaction – Guidelines for complaints handling in organizations» появился в двухтысячные годы. Данный документ был принят Международной организацией по стандартизации (International Organization for Standardization (ISO)) в 2004 году с уже привычной аббревиатурой «ISO». Сегодня ISO 10002:2004 и ГОСТ Р ИСО 10002-2007 «Менеджмент организации. Удовлетворенность потребителя. Руководство по управлению претензиями в организациях» идентичны [3]. Согласно федеральному закону «О техническом регулировании» (ч. 2 ст. 15) [4] национальные стандарты утверждаются национальным органом Российской Федерации по стандартизации, который определяет Правительство Российской Федерации и которым является Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии [5].

В настоящее время ГОСТ Р ИСО 10002-2007 (далее по тексту – Стандарт) – единственный документ, детально прописывающий процедуру управления претензиями (жалобами) потребителей. Он предназначен для предъявляющих претензии потребителей и организаций, других заинтересованных сторон. Стандарт является руководством по разработке и внедрению результативного и эффективного процесса управления претензиями для всех типов коммерческой или некоммерческой деятельности. Применение стандарта может помочь организациям постоянно улучшать качество продукции на основе обратной связи с потребителями и другими заинтересованными сторонами. Стандарт оговаривает, что термин «продукция» в его тексте является синонимом термина «услуга». Настоящий Стандарт также используется в российском здравоохранении [6].

Стандарт накладывает обязанность на высшее руководство организации устанавливать четко сформулированную политику управления претензиями, ориентированную на потребителя. Политика должна быть доступна потребителям и другим заинтересованным сторонам (брошюры, памфлеты, электронные носители), а также доведена до сведения всего персонала. На основе политики должны быть установлены процедуры и цели процесса управления претензиями для каждой операции и всех функциональных обязанностей.

При установлении политики и целей процесса управления претензиями должны быть приняты во внимание следующие факторы:

- ✓ установленные законодательные и обязательные требования;
- ✓ финансовые, производственные и организационные требования;
- ✓ входные данные от потребителей, персонала и других заинтересованных сторон.

Политика в области качества и политика по управлению претензиями должны быть согласованы (ст. 5.2. Стандарта).

Стандарт предусматривает этапы работы с жалобами, которые включают планирование, проектирование, разработку, производство, обслуживание и улучшение, определяя такие аспекты обработки претензий (жалоб) как:

- ✓ создание среды, открытой для обратной связи, для рассмотрения любых недовольств с целью увеличения способности организации улучшить свои услуги;
- ✓ вовлеченность и ответственность высшего руководства (принятии и доведении до сведения персонала и потребителей политики и процедур управления претензиями, выделение необходимых ресурсов, включая затраты на обучение персонала);
- ✓ признание потребностей и ожиданий лиц, подающих жалобы (защита человека, который жалуется, от давления на него, дабы акцент был сделан на решение проблемы, а не на поиск виновных);
- ✓ обеспечение желающих открытым, эффективным и удобным способом обработки претензий;
- ✓ анализ эффективности обработки претензий.

После получения претензия должна быть зарегистрирована и ей должен быть присвоен уникальный идентификационный код с указанием соответствующей информации, включая описание претензии и необходимые данные: требуемые средства для решения, информацию о продукции, ожидаемый срок ответа, немедленное принятие действий (ст. 7.2 Стандарта). Претензия должна быть прослежена от момента ее получения до полного завершения процесса управления претензией, когда предъявляющий претензию будет удовлетворен или принято заключительное решение (ст. 7.3 Стандарта). Получение каждой претензии должно быть немедленно подтверждено предъявляющему претензию (например, по почте, телефону или электронной почте), каждая претензия должна быть оценена по критериям важности, безопасности, сложности, возможным последствиям, а также необходимости и возможности проведения немедленных действий по рассмотрению претензии (например, исправление, компенсация) (ст. 7.4, 7.5 Стандарта). Все разумные усилия должны быть предприняты для расследования всех необходимых обстоятельств и данных, связанных с претензией. Расследование должно быть соразмерным важности, частоте возникновения и тяжести последствий претензии (ст. 7.6 Стандарта). После соответствующего расследования обстоятельств и данных по претензии организация должна предложить ответные действия (например, исправление проблемы и (или) предупреждение ее повторного появления в будущем). Если претензия не может быть немедленно удовлетворена, то организация должна найти способ ее решения, который может привести к наиболее эффективному результату в возможно более короткие сроки (ст. 7.7 Стандарта). Решение или любые действия, связанные с претензией и имеющие отношения к предъявляющему претензию или вовлеченному персоналу, должны быть доведены до них немедленно после принятия решения или выполнения соответствующих действий (ст. 7.8 Стандарта). Если предъявляющий претензию согласен с предложенным решением и (или) действием, то такие решение и (или) действия должны быть выполнены и зарегистрированы, если не согласен – то претензия должна оставаться открытой. Такой статус претензии должен быть зарегистрирован, а предъявляющий претензию должен быть проинформирован относительно альтернативных форм и вариантов решений и (или) действий. Организация должна проводить мониторинг действий по управлению претензией до тех пор, пока не будет достигнута удовлетворенность клиента использованы все разумные внутренние и внешние возможности для удовлетворения предъявляющего претензию (ст. 7.9 Стандарта).

В соответствии со Стандартом организация должна классифицировать и анализировать все претензии для установления систематического, периодически повторяемого и (или) единичного характера проблем, определения их основных тенденций и мер по устранению основных причин претензий.

Организация может по желанию использовать процесс управления претензиями совместно с другими документами по удовлетворенности потребителя и процессами по урегулированию споров.

Подводя итог, можно сделать вывод о том, что Стандарт достаточно детально устанавливает все возможные виды деятельности процесса управления претензиями, которые может использовать любая организация. При понимании руководством организации важности процесса управления претензиями и необходимости ориентации на потребителя процесс поддержания и повышения удов-

летворенности потребителей, в том числе удовлетворения их претензий может быть согласно Стандарту налажен должным образом, поддерживаться в рабочем состоянии и постоянно улучшаться.

Список литературы:

1. *Старченко А. А., Фуркалюк, Курило И. Н., Карпочева М. П., Алешин П. И., Комарец С. А. Удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской системой – важный критерий в менеджменте качества медицинской помощи || Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. 2007. № 8. С. 12-17*
2. *Миграция ценности. Что будет с вашим бизнесом послезавтра? | Адриан Сливотски; пер. с англ. А. А. Шапошниковой; [под редакцией М. В. Фербера и А. В. Степанова]. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2006. – 432 с.*
3. *Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 10002-2007 Менеджмент организации. Удовлетворенность потребителя. Руководство по управлению претензиями в организациях. (Утвержден Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 31. 10. 2007 №283-ст) | [Электронный ресурс] URL: http://snipov. net/c_4699_snip_113594. html (дата обращения: 10.07.2015).*
4. *Федеральный закон от 27 декабря 2002 г. № 184-ФЗ «О техническом регулировании» | [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 03.09.2015).*
5. *Постановление Правительства РФ от 17. 06. 2004 № 294 (ред. от 23. 01. 2015) «О Федеральном агентстве по техническому регулированию и метрологии» | [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 03. 09. 2015).*
6. *Балакин С. А., Малькова Н. А., Пестов Ю. Д., Дмитриев А. Я., Митрошкина Т. А. Стандартизация измерения и оценка удовлетворенности пациентов, гостей и сотрудников для повышения качества деятельности и развития бренда санатория || Курортные ведомости. 2009. № 2. С. 26-28.*

Об авторе:

Фарбер Елена Владиславовна – ассистент кафедры медицинского права ГБОУ ВПО «Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, 125252, Москва, ул. Новопесчаная, д. 19, к. 3, кв. 143, e-mail: flame-738@mail.ru

Farber Elena – assistant professor of Medical Law Department Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Фарбер Е. В., 2015

УДК 343.296

Фарбер Е. В.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВОЗМЕЩЕНИЯ НЕВИНОВНОГО ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА И МОРАЛЬНОГО ВРЕДА

В настоящей статье разбираются правовые основания для удовлетворения исков о возмещении вреда без вины причинителя вреда. Также рассматриваются возможности применения норм о возмещении невиновного причинения вреда и компенсации морального вреда при осуществлении медицинской деятельности.

Ключевые слова: *невиновное возмещение вреда, причинитель вреда, источник повышенной опасности, владелец источника повышенной опасности, умысел потерпевшего, грубая неосторожность, компенсация морального вреда.*

Farber E. V.

INNOCENCE INJURY AND MORAL DAMAGE COMPENSATION LEGAL ASPECTS

Present article describes legal grounds for harm compensation claims satisfaction caused with no fault of the tortfeasor. Also discussed possibility of applying innocent injury compensation terms and non-pecuniary damage during medical activity implementation.

Keywords: *innocent reparation, the tortfeasor, a source of increased danger, increased danger source owner, intent of the victim, gross negligence, moral damage compensation.*

Согласно ст. 1064 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее – ГК РФ) законом может быть предусмотрено невиновное возмещение вреда при отсутствии вины причинителя вреда [1].

Так, обязанность возмещения вреда наступает в случае осуществления деятельности, связанной с повышенной опасностью для окружающих.

Ст. 1079 ГК РФ устанавливает, что юридические лица и граждане, деятельность которых связана с повышенной опасностью для окружающих (использование транспортных средств [2], механизмов [3], электрической энергии высокого напряжения [4], атомной энергии [5], взрывчатых веществ, сильнодействующих ядов и т.п.; осуществление строительной и иной, связанной с ней деятельностью [6] и др.), обязаны возместить вред, причиненный источ-

ником повышенной опасности, если не докажут, что вред возник вследствие непреодолимой силы или умысла потерпевшего.

Чтобы разобраться в особенностях данного вида внедоговорной ответственности, необходимо рассмотреть, во-первых, понятие источника повышенной опасности и, во-вторых, условия для возложения ответственности.

Стоит заметить, что примерный перечень источников повышенной опасности, данный в ст. 1079 ГК РФ, не является исчерпывающим, а дать исчерпывающий перечень, практически невозможно, в том числе и потому, что в процессе развития современной науки и техники появляются новые виды деятельности, многие из которых связаны с объектами, являющимися источниками повышенной опасности. Поскольку Постановление Пленума Верховного суда №15 признает любую деятельность, осуществление которой создает повышенную опасность причинителя вреда из-за невозможности полного контроля за ней со стороны человека, а также деятельность по использованию, транспортировке, хранению предметов, веществ и иных объектов производственного, хозяйственного и иного назначения, обладающих такими свойствами [7], то речь идет о таком виде техники, эксплуатация которого не поддается контролю со стороны человека. Таким образом, в данной области, несмотря на применение самых современных мер техники безопасности, случайное причинение вреда не может быть полностью исключено.

Также с развитием науки и техники понятие источника повышенной опасности может быть и расширено. Уже давно в медицинской литературе высказываются мнения о том, что некоторые медицинские манипуляции (например, прививки, трансплантация органов и тканей) также можно отнести к опасным видам деятельности.

По данным специальной медицинской литературы, проведение вакцинации содержит повышенную опасность непредсказуемых осложнений, которые могут проявляться не только в виде повреждения здоровью, но и в летальных исходах. В России не редко фиксируются случаи различных осложнений при проведении вакцинации, включая смертельные случаи. То есть в вакцинации изначально предполагается вероятность плохо контролируемых побочных эффектов [8]. Согласно ч. 1 ст. 18 Федерального закона № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» при возникновении поствакцинальных осложнений граждане имеют право на получение государственных единовременных пособий, ежемесячных денежных компенсаций, пособий по временной нетрудоспособности [9].

Трансплантация органов и тканей также является операцией, имеющий одну, но потенциально смертельно-опасную реакцию – это отторжение организмом реципиента пересаженного органа. Помимо этого могут быть и иные побочные эффекты от необходимого и регулярного приема лекарственных препаратов для того, чтобы прижился пересаженный органа [10, 11, 12, 13].

Такие авторы как Ю. Д. Сергеев, А. А. Мохов относят к источникам повышенной опасности и лекарственные средства, считая, что их можно отнести к категории вещей, обладающих вредоносными свойствами, а медицинскую деятельность по применению лекарственных средств – к деятельности, создающей повышенную опасность для окружающих [14].

Судебная практика признает источниками повышенной опасности не только объекты, перечисленные в ст. 1079 ГК РФ, но и различные механические двигатели, энергетические устройства, сельскохозяйственные и другие машины, взрывчатые, отравляющие или радиоактивные вещества, станки, а также деятельность, последствием которой явился выброс в окружающую среду вредных веществ с превышением допустимых пределов [15], содержание в зоопарках и использование цирками диких животных и т.п.

Для возложения ответственности за вред, причиненный источником повышенной опасности, достаточно наличия двух условий – наступления вреда и причинной связи между этим действием и наступившим результатом. Иначе говоря, причинитель вреда будет нести ответственность и при отсутствии вины, например за случайное причинение вреда.

Одной из особенностей наступления вреда и причинной связи как обязательных условий возложения ответственности является требование каждый раз при причинении ущерба источником повышенной опасности установить причинную связь между проявлением тех свойств, которые характерны для источника по-

вышенной опасности, и вредом. Поэтому не является следствием проявления свойств источника повышенной опасности получение травмы в результате драки в железнодорожном вагоне. В этом случае вопрос о возмещении причиненного вреда будет разрешаться на общих основаниях.

За причинение вреда источником повышенной опасности ответственность возлагается на его владельца. Обязанность возмещения вреда возлагается на юридическое лицо или гражданина, который владеет источником повышенной опасности на праве собственности, праве хозяйственного ведения или праве оперативного управления либо на ином законном основании (на праве аренды, по доверенности на право управления транспортным средством, в силу распоряжения соответствующего органа о передаче ему источника повышенной опасности и т.п.) (абз. 2 п. 1 ст. 1079 ГК РФ).

Судебная практика не признает владельцем источника повышенной опасности и не возлагает ответственность за вред, причиненный потерпевшему, на лицо, непосредственно управляющее источником повышенной опасности в силу трудовых отношений с владельцем этого источника (водитель, машинист, рабочий-станочник и т.п.). Это лицо отвечает не перед потерпевшим, а перед владельцем источника повышенной опасности, который, возместив причиненный вред, имеет право обратного требования (регресса) к непосредственно виновному лицу (ст. 1081 ГК РФ). Что также коррелируется с п. 1 ст. 1068 ГК РФ, который устанавливает, что юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.

Владелец источника повышенной опасности не отвечает за вред, причиненный действием этого источника, если докажет, что последний вышел из обладания владельца не по его вине, а в результате противоправных действий третьих лиц (п. 2 ст. 1079 ГК РФ).

В случаях причинения вреда одним источником повышенной опасности другому этот вред возмещается по принципу вины. При виновности обеих или нескольких сторон ответственность распределяется между ними, исходя из степени вины каждой стороны. Однако не исключено, что причинение вреда имело место при отсутствии вины каждой стороны. Тогда убытки будет нести потерпевшая сторона (абз. 2 п. 3 ст. 1064 ГК РФ).

Владельцы источников повышенной опасности солидарно несут ответственность за вред, причиненный в результате взаимодействия этих источников (например, столкновение транспортных средств) третьим лицам, по правилам без виновной ответственности (п. 3 ст. 1079 ГК РФ).

Следует иметь в виду, что ГК РФ допускает возможность освобождения владельца источника повышенной опасности от ответственности полностью или частично в случаях:

1. если вред возник вследствие умысла потерпевшего (возмещению не подлежит) (п. 1 ст. 1083 ГК РФ);
2. если грубая неосторожность самого потерпевшего содействовала возникновению или увеличению вреда, в зависимости от степени вины потерпевшего и причинителя вреда (размер возмещения убытков должен быть уменьшен) (п. 2 ст. 1083 ГК РФ);
3. при грубой неосторожности потерпевшего и отсутствии вины причинителя вреда тогда, когда его ответственность наступает независимо от вины (размер возмещения должен быть уменьшен) (в возмещении вреда может быть отказано) (п. 2 ст. 1083 ГК РФ);

Также ГК РФ устанавливает невозможность отказа в возмещении при причинении вреда жизни или здоровью гражданина.

И все-таки, обычная медицинская деятельность не признается в правоприменительной практике источником повышенной опасности, что фактически приводит к необходимости устанавливать наличие вины исполнителя медицинских услуг.

В то же время еще одним случаем ответственности за причиненный вред без учета вины является ст. 1095, согласно которой: «вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товара, работы или услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о товаре (работе, услуге), подлежит возмещению продавцом или изготовителем товара, лицом, выполнившим работу или оказавшим услугу (исполнителем), независимо от их вины и

от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет. Правила, предусмотренные настоящей статьей, применяются лишь в случаях приобретения товара (выполнения работы, оказания услуги) в потребительских целях, а не для использования в предпринимательской деятельности».

Тем не менее, данную норму можно отнести к правилам возмещения вреда, причиненного вследствие дефектов медицинских услуг.

Настоящая норма распространяется на отношения по возмещению вреда, наступившего при оказании медицинских услуг, не связанных с компенсацией морального вреда, например, исков в связи со смертью близкого человека, наступившей вследствие дефекта оказания медицинской помощи.

Как правило, в случае смерти гражданина требование о возмещении морального вреда является единственным основанием иска.

В соответствии со ст. 151 ГК РФ при определении размеров компенсации морального вреда суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями гражданина, которому причинен вред.

Что касается Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей», то им четко определено, что «моральный вред, причиненный потребителю вследствие нарушения изготовителем (исполнителем, продавцом, уполномоченной организацией или уполномоченным индивидуальным предпринимателем, импортером) прав потребителя, предусмотренных законами и правовыми актами Российской Федерации, регулирующими отношения в области защиты прав потребителей, подлежит компенсации причинителем вреда при наличии его вины. Размер компенсации морального вреда определяется судом и не зависит от размера возмещения имущественного вреда» [16].

Ст. 1100 ГК РФ закрепила, что «...компенсация морального вреда осуществляется независимо от вины причинителя вреда в случаях, когда:

- ✓ вред причинен жизни или здоровью гражданина источником повышенной опасности;
- ✓ вред причинен гражданину в результате его незаконного осуждения, незаконного привлечения к уголовной ответственности, незаконного применения в качестве меры пресечения заключения под стражу или подписки о невыезде, незаконного наложения административного взыскания в виде ареста или исправительных работ;
- ✓ вред причинен распространением сведений, порочащих честь, достоинство и деловую репутацию;
- ✓ в иных случаях, предусмотренных законом».

Как мы видим, в ст. 1100 ГК РФ ничего не говорится о медицинской деятельности. Соответственно, возмещение вреда по ст. 1095 ГК РФ вне зависимости от вины причинителя вреда производится (компенсация расходов на предстоящее лечение, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение (ст. 1085 ГК РФ); на погребение (ст. 1094 ГК РФ); утраченные доходы в связи с потерей кормильца (1089 ГК РФ); компенсация утраченных доходов (ст. 1086 ГК РФ)). Однако компенсация морального вреда требует обязательного установления виновности причинителя вреда и тогда большая часть исков не подпадает под действие этой статьи. К сожалению, суд далеко не всегда признает факт физических и нравственных страданий в случае перенесенной боли или смерти близкого человека. В качестве доказательств рассматриваются только медицинские документы, свидетельствующие об обращении к неврологу или иным специалистам. Также суд оценивает личности и поведение истцов.

В таких случаях адвокаты советуют изначально подавать иск в полном объеме на основании ст. 1064 ГК РФ, а в случае проигрыша использовать другое основание иска по ст. 1095 ГК РФ, исключая из иска компенсацию морального вреда, то есть необходимость установления вины [17].

Следует помнить, что причинение вреда не может быть предметом отношений по оказанию услуг, поэтому виновность ответчика презюмируется и может быть оправдана только обстоятельствами непреодолимой силы.

Список литературы:

1. *Гражданский кодекс Российской Федерации || [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 17.09.2015)*
2. *Федеральный закон от 10.01.2003 № 18-ФЗ (ред. от 06.04.2015) «Устав железнодорожного транспорта Российской Федерации» | [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 15. 09. 2015)*
3. *Федеральный закон от 21.07.1997 № 117-ФЗ (ред. от 13. 07. 2015) «О безопасности гидротехнических сооружений» | [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 15.09.2015)*
4. *Федеральный закон от 26.03.2003 № 35-ФЗ «Об электроэнергетике» | [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 15. 09. 2015)*
5. *Федеральный закон от 21.11.1995 № 170-ФЗ (ред. от 02.07.2013) «Об использовании атомной энергии» | [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 15.09.2015)*
6. *Федеральный закон от 21.07.1997 № 116-ФЗ «О промышленной безопасности опасных производственных объектов» | [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 15.09.2015)*
7. *Постановление Пленума Верховного суда Российской Федерации от 26.04.2007 № 15 | [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 22.09.2015)*
8. *Козьминых Е. Обязательства вследствие причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг || Российская юстиция. 2001. № 2. С. 34.*
9. *Федеральный закон 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» | [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 11.09.2015)*
10. *Закон РФ от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» [Электронный ресурс] URL: http://base.consultant.ru (дата обращения 20.10.2015)*
11. *Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015) [Электронный ресурс] URL: http://base.consultant.ru (дата обращения 20.10.2015)*
12. *Приказ Минздрава России № 306н, РАН № 3 от 04.06.2015 «Об утверждении перечня объектов трансплантации» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.06.2015 № 37704(37705) | [Электронный ресурс] URL: http://base.consultant.ru (дата обращения 20.10.2015)*
13. *Приказ Минздрава России № 307н, РАН № 4 от 04.06.2015 (ред. от 10.09.2015) «Об утверждении перечня учреждений здравоохранения, осуществляющих забор, заготовку и трансплантацию органов и (или) тканей человека» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.06.2015 № 37705) | [Электронный ресурс] URL: http://base.consultant.ru (дата обращения 20.10.2015)*
14. *Сергеев Ю. Д., Мохов А. А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007. С. 220*
15. *Федеральный закон от 10.01.2002 «Об охране окружающей среды» | [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 15.09.2015)*
16. *Закон Российской Федерации от 7.02.1992 № 2300-1 (ред. от 13.07.2015) «О защите прав потребителей» | [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru (дата обращения: 21.09.2015)*
17. *Саверский А. В. Защита прав пациентов: теория и практика. Нижний Новгород. ООО «ДДД», 2013. С. 223.*

Об авторе:

Фарбер Елена Владиславовна – ассистент кафедры медицинского права ГБОУ ВПО «Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, 125252, Москва, ул. Новопесчаная, д. 19, к. 3, кв. 143, e-mail: flame-738@mail.ru

Farber Elena – assistant professor of Medical Law Department Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Фарбер Е. В., 2015

УДК 616-052-082.4+614.251.2

Хачатрян Н. К.

КАРТЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО

Изучение причин ненадлежащего оказания медицинской помощи невозможно без правильно организованной и научно обоснованной экспертизы медицинской помощи. Предлагается в качестве способа исследования лечебной деятельности стационара использование в клиниках карт экспертной оценки стационарного лечения больного. В статье приведено описание разработанной карты экспертной оценки и освещены некоторые аспекты экспертизы медицинской помощи в стационарах и целесообразность использования вышеупомянутых карт.

Ключевые слова: *«врачебные ошибки»; качество здравоохранения; безопасность пациентов; экспертные карты.*

Khachatryan Nune

EXPERT EVALUATION CARDS OF HOSPITAL TREATMENT OF PATIENT

The study of the causes of inadequate medical care is impossible without a properly organized and science-based health care expertise. It is proposed as a way to study the medical activity in hospitals with the use of expert evaluation card of hospital treatment of the patient. The article presented the description of developed expert card evaluation and some aspects of the expertise of health care in hospitals and the feasibility of usefulness of the abovementioned cards are highlighted.

Keywords: *«medical errors»; health care quality; patient safety; expert card.*

Бурное развитие научно-технического прогресса и как следствие применение новых технологий и подходов в диагностике и лечении многих заболеваний позволяют расширить возможности современной медико-биологической науки. Однако наряду с этим растёт и количество случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи, ошибок и дефектов при реализации медицинской деятельности, что создаёт угрозу безопасности пациентов и ставит под сомнение качество здравоохранения. В медицинской практике нередки случаи неблагоприятного исхода болезней. И если в одних случаях медицина бессильна, ибо есть ещё белые пятна в медицинской науке, то в других – неблагоприятный исход болезни прямо или косвенно связан с неправильными действиями медицинского персонала и с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. В этой связи для обеспечения высокого уровня качества медицинской помощи и безопасности пациентов, необходимо осуществление грамотной научно обоснованной экспертизы медицинской деятельности, исследование и анализ всех её составляющих. Иными словами исследование качества здравоохранения. Эта проблема была и есть, но изучать её стали сравнительно недавно, а именно со второй половине 20-ого века, когда под пристальным вниманием юристов и врачей оказались так называемые «врачебные ошибки» [1, 3].

Если за правонарушения медицинских работников предусмотрена уголовная ответственность соответствующими статьями уголовного кодекса, то за «врачебные ошибки» врач не несёт уголовной ответственности, он может быть только привлечён к дисциплинарной, административной ответственности, а больному гарантируется компенсация и бесплатное лечение.

В контексте изложенного актуально высказывание известного французского хирурга XVIII столетия Жана-Луи Пти: «Ошибки являются только ошибками, когда у тебя имеется мужество их обнародовать, но они становятся преступлением, когда гордыня тебя побуждает их скрыть» [2]. Осуждение врачей в конечном итоге, думается, не сможет изменить ситуацию к лучшему, поэтому гораздо важнее вскрывать дефекты, допущенные при оказании медицинской помощи, осуществлять поиск их причин, и в конечном итоге, радикально искоренять их. Иными словами, важнее заниматься их профилактикой и предупреждать ошибки. Таким образом, очевидна необходимость компетентной, научно обоснованной экспертизы лечебной деятельности. Данная задача стоит как перед практическим здравоохранением, так и перед организаторами здравоохранения и руководителями лечебно-профилактических учреждений [4, 5].

В настоящей работе, для практической оценки качества стационарной медицинской помощи, наряду с другими известными методами оценки качества медицинской помощи, приведено описание разработанной в Национальном бюро экспертиз Республики Армения (НБЭ) карты экспертной оценки стационарного лечения больного.

Внедрение в медицинскую практику разработанной карты экспертной оценки, позволит создать, как минимум, необходимые предпосылки и условия для проведения исследований качества стационарной помощи, обеспечить необходимый уровень безопасности пациента в стационаре и тем самым повысить уровень качества здравоохранения.

Особо следует отметить, что наличие письменного доказательства ненадлежащего оказания стационарной помощи, то есть правильных или неправильных действий как медицинского персонала, так и руководства лечебного учреждения, позволит обеспечить условия для предотвращения необоснованных обвинений на досудебном этапе разбирательства конфликта между пациентом и медперсоналом, и, однозначно, в дальнейшем послужит вещественным доказательством для судебно-медицинской экспертизы при возбуждении уголовных дел.

В результате внедрения в медицинскую практику вышеупомянутых карт появиться возможность обеспечить в стационарах надлежащий контроль над лечебно-профилактическими мероприятиями, со стороны врачей-экспертов, ведущих специалистов и руководства клиник с момента поступления пациента в стационар и вплоть до выписки его из стационара.

Использование экспертных карт можно рассматривать как метод профилактики известных видов «врачебных ошибок»: диагностических, лечебных, тактических, технических, деонтологических, а также ошибок при заполнении медицинских документов. При составлении карт необходимо руководствоваться вышеприведённой классификацией, а также учётом видов медицинской помощи, специализаций отделений стационара и т.д.

Как известно при поступлении в стационар на каждого больного открывается история болезни – его медицинская карта, которая является судебно-медицинским документом. Предлагается на каждого больного, соответственно с его медицинской картой, оформлять также карту экспертной оценки стационарного лечения больного. Для реализации в медицинской практике карт экспертной оценки лечения в стационарах должны быть сформированы экспертные группы, в состав которых должны войти врачи-эксперты, соответствующие узкие специалисты, ведущие

специалисты и руководители клиники, осуществляющие экспертизу медицинской помощи в данном стационаре посредством экспертных карт. К обязанностям членов экспертной группы следует отнести изучение истории болезни пациентов и заполнение на каждую из них соответствующей экспертной карты.

Разработанная в НБЭ карта экспертной оценки стационарного лечения больного содержит анкетные данные больного, номер его медицинской карты, название отделения. В карте отмечаются также дата поступления в стационар, вид медицинского обслуживания (государственный заказ или платное), клинический диагноз, заключительный диагноз, дата выписки из стационара. Составными пунктами карты являются замечания по ведению медицинской документации в соответствии с действующими стандартами. К перечню необходимых пунктов экспертных карт можно отнести обоснование и полноценность обследований и лечения, замечания по ним, количество проведённых в стационаре дней, заключительный диагноз, а в случае смертельного исхода – патологоанатомический диагноз. В специализированных, в частности, хирургических и реанимационных отделениях должны составляться соответствующие экспертные карты с дополнительными необходимыми пунктами. В перечне пунктов, указанных в карте, завершающим должна быть приведена отметка экспертной оценки по каждой медицинской карте и соответственно конкретной медицинской помощи (удовлетворительная, неудовлетворительная). На каждой карте должны быть подписи врача-эксперта, а также членов экспертной группы, осуществляющих проверку соответствующей медицинской помощи (карты).

На всех этапах оказания стационарной помощи, естественно, могут быть допущены ошибки, которые должны быть обязательно зафиксированы с помощью вышеописанных карт. Таким образом, с момента поступления пациента в стационар контролируются действия медицинского персонала в части правильного оформления документации, тактики ведения больного, надлежащего проведения диагностических и лечебных мероприятий, вплоть до окончательного диагноза или патологоанатомического диагноза.

Данная экспертная карта была апробирована в ходе комплексных исследований, проведённых в одной из клиник г. Еревана. В ходе исследования были изучены свыше 600 медицинских карт и были получены нижеследующие результаты. В 74% случаев медицинским картам была дана удовлетворительная оценка, в остальных 26% – была дана неудовлетворительная оценка. В ходе анализа результатов, выполненных исследований, были выявлены недостатки, в частности:

- ✓ в заполнении медицинских карт – непонятные, неразборчивые записи, неполноценное заполнение курсусов, отсутствие подписей под ними;
- ✓ необоснованное одновременное назначение двух и более антибактериальных средств, без предварительного определения антибактериальной чувствительности возбудителя заболевания;
- ✓ неполноценность обследования, в частности отсутствие рентгенологического исследования легких, что согласно действующему положению является обязательным обследованием;
- ✓ необоснованное назначение компьютерной томографии, то есть лишнее обследование, что является также «врачебной ошибкой»;
- ✓ отсутствие протоколов консилиумов, обходов профессоров, консультаций узких специалистов и без их заключений необоснованное назначение лечения;
- ✓ несвоевременность проведения обследования и лечения;
- ✓ неправильная интерпретация результатов клинического обследования.

Таким образом, внедрение экспертной карты позволит обеспечить контроль над обоснованием клинического диагноза, а в трудных с диагностической точки зрения случаях проведение консилиумов, консультаций ведущих и главных специалистов, назначение адекватного лечения с учётом индивидуальных особенностей отдельного больного, наличия аллергии, сопутствующих болезней и специфики течения заболевания в каждом отдельно взятом случае, иными словами «не болезнь, а больного лечить».

И в завершении, следует отметить, что юридическими основаниями для проведения экспертиз с использованием экспертных карт должны быть постановления правительства и другие нормативные акты, в частности, критерии оказания медицинской помощи, оптимальные схемы лечения болезней и квалификационные характеристики врачей разных специальностей, утверждённые приказами Министра здравоохранения.

Список литературы:

1. *Томилин В. В., «Судебно-медицинская экспертиза». М., 2001. С. 559-561.*
2. *Громов А. П. «Права, обязанности и ответственность медицинских работников». М.: Медицина, 1996. С. 112-115.*
3. *Щепин О. П., Стародубов В. И., Линденбратен А. Л., Галанова Г. И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. М., 2002. С. 73-74.*
4. *Капцов В. А., Комаров Ю. М., Троицкая А. Ю. Медведев О. С., Михайлова Н. В., Осипова Н. В., Галанова Г. И. Обеспечения качества медицинской помощи. ФГУП ВНИИЖГ РЕИНФОР. М., 2002. С. 12-16.*
5. *Curtis P. McLaughlin, Arnold D. Kaluzny Continuous Quality Improvement in Health Care; theory, implementations, and applications. 2006. P. 71-81.*

Об авторе:

Хачатрян Нуне Кимовна – начальник отдела медико-биологических экспертиз Национального бюро экспертиз Республики Армения, 0004, Республика Армения, Ереван, ул. Адмирала Исакова, д. 24, e-mail: n.khachatryan@nbe.am

Nune Khachatryan – Head of Medico-Biological Expertises Department National Bureau of Expertises Republic of Armenia, Yerevan

© Хачатрян Н. К., 2015

УДК 616-082+316.485+347.9

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

ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕДИАЦИИ ПРИ РАЗРЕШЕНИИ СПОРОВ, СВЯЗАННЫХ С НЕНАДЛЕЖАЩИМ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Авторы отмечают преимущества, а также ограничения в применении 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.*

Shamlikashvili T. A., Ostrovskiy A. N., Kabanova E. V., Silnitskaya A. S.

POTENTIAL AND LIMITATIONS OF MEDIATION IN THE RESOLUTION OF DISPUTES CONNECTED WITH INADEQUATE MEDICAL ASSISTANCE

The authors point out the advantages and limitations in the use of pre-trial and extra-judicial means of dispute resolution (mediation) while dealing with a conflict associated with medical care. Mediation is perceived as a communicative tool designed to find a swift solution which is mutually acceptable to the parties, including solutions to the issues involving compensation for the damage caused.

Keywords: *defects in health care; medical malpractice; damages; health care; mediation; dispute resolution.*

Современное российское законодательство предоставляет участникам системы оказания медицинской помощи уникальную, но все еще недостаточно общественно востребованную возможность разрешения споров путем поиска взаимоудовлетворяющих решений в добровольном, равноправном процессе, ориентированном на интересы сторон спора, и результатами которого являются договоренности, в большинстве своем исполняющиеся сторонами добровольно. Подобная практика разрешения споров в нашей стране опирается на Федеральный закон № 193-ФЗ от 27 июля 2010 г. «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» [1].

Действующее в настоящий момент административное, гражданское и уголовное право не содержит правового понятия «врачебная ошибка, что предопределяет предвзятое отношение к трактовке факта наличия врачебной ошибки при досудебном или судебном разбирательстве [2, 3]. Серьезным барьером в построении конструктивного диалога врача с пациентом, предъявляющим претензии, является также размытость понятия «норма» в отношении состояния здоровья пациента, характера течения заболевания или хода лечебно-диагностического процесса.

Однако, терминологическая неопределенность не является преградой для применения процедуры медиации между сторонами: пациентом и представителями ЛПУ. 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, основе которой лежит идея о том, что в основе каждой позиции находятся глубинные интересы или потребности человека, осознаются они им самим или нет. Медиатор в свою очередь обладает компетенциями, позволяющими ему в ходе переговоров делать эти интересы видимыми как для самого их носителя, так и для другой стороны [4, 5].

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 другого базового принципа медиации – «конфиденциальности». Федеральный закон № 193-ФЗ регулирует отношения, связанные с применением процедуры медиации к спорам, возникающим исключительно из гражданских правоотношений. В рамках процедуры медиации 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 предполагает 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. Однако, формат процедуры медиации 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 стать 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.

Несмотря на явные преимущества медиации как достаточно эффективного способа разрешения конфликтов, связанных с оказанием ненадлежащей медицинской помощи, в настоящий момент необходимо констатировать отсутствие явной заинтересованности медицинских работников в создании служб внесудебного урегулирования споров (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.

Немаловажным фактором, сдерживающим развитие медиации в здравоохранении, является недостаточная проработанность организационно-правовых вопросов интеграции медиации в деятельность современных ЛПУ. До сих пор остаются открытыми вопросы:

- ✓ кто должен участвовать в процедуре медиации со стороны лечебного учреждения: непосредственно лечащий врач, которого, несомненно, захочет видеть пациент, предъявляющий претензию, или представитель администрации, имеющий полномочия в принятии решения о каких-либо компенсациях пациенту со стороны организации?
- ✓ с какой статьи расходов ЛПУ должна оплачиваться услуга медиатора?
- ✓ каким образом с финансово-правовой точки зрения должна по инициативе ЛПУ осуществляться компенсация пациенту возможного причиненного ущерба, договоренность о которой была достигнута в ходе процедуры медиации.

К сожалению, отсутствие ответов на эти насущные практические вопросы в настоящий момент не дает возможности для широкомасштабной практики внедрения медиации в отечественном здравоохранении. В ситуации постоянного увеличения числа жалоб и судебных исков, связанных с медицинскими услугами, решение организационно-правовых проблем интеграции альтернативных способов разрешения споров в национальную систему охраны общественного здоровья является стратегически важной и приоритетной задачей.

Список литературы:

1. *Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации): ФЗ РФ от 27 июля 2010 г. № 193-ФЗ.*
2. *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.*
3. *Александрова О. Ю., Григорьев И. Ю., Лебединец О. Н., Тимошенкова Т. В. Юридическая квалификация врачебных ошибок и дефектов медицинской помощи. М.: Здравоохранение, 2006. № 9. С. 147-155.*
4. *Шамликашвили Ц. А. Когда спор идет о жизни и здоровье. М.: Медиация*

и право. 2010. № 2 (16). С. 23-26.

5. *Шамликашвили Ц. А. Островский А. Н. Современные подходы к организации разрешения конфликтов в сфере оказания медицинской помощи. М.: Здравоохранение Российской Федерации. 2015. №59 (5). С. 28-31.*

Об авторах:

Шамликашвили Цисана Автандиловна – 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, 117997, Москва, ул. Люсиновская, д. 51, e-mail: office@mediacia.com

Островский Антон Николаевич – научный сотрудник ФГБУ «Федеральный институт медиации», к. м. н, доцент; доцент кафедры «Медиация в социальной сфере» МГППУ, Москва, e-mail: a. ostrovskiy@fedim.ru

Кабанова Екатерина Викторовна – юрист, Москва, e-mail: office@mediacia.com

Сильницкая Анна Сергеевна – научный сотрудник ФГБУ «Федеральный институт медиации», аспирант факультета психологии МГУ, Москва, e-mail: office@mediacia.com

Shamlikashvili Tsisana Avtandilovna – academic chair of the Federal State Budgetary Institution «Federal Institute of Mediation»; MD, PhD, professor of Moscow State University of Psychology & Education; President of the National Organization of Mediators (NOM), founder and scientific director of the Scientific and Methodological Center for Mediation and Law; chairman of the subcommittee on alternative dispute resolution and mediation, Association of Lawyers of Russia; founder, publisher, editor in chief of journal «Mediation and Law. Mediation and Conciliation»; Head, Chair of «Mediation in the social sphere» Moscow State University of Psychology & Education, Moscow

Ostrovskiy Anton Nikolaevich – researcher, FGBI «Federal Institute of Mediation»; MD, PhD, associate professor; Associate Professor, Chair «Mediation in the social sphere», Moscow State University of Psychology & Education, Moscow

Kabanova Ekaterina Viktorovna – lawyer, Moscow

Silnitskaya Anna Sergeyevna – researcher, FGBI «Federal Institute of Mediation», a graduate student of the Faculty of Psychology of Moscow State University, Moscow

© Шамликашвили Ц. А., Островский А. Н., Кабанова Е. В., Сильницкая А. С., 2015

УДК 614.253.83+343.347

Щербаков В. А., Абросимова М. Ю., Созинов А. С.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ НАНЕСЕНИЯ УЩЕРБА ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья посвящена анализу жалоб населения в Министерство здравоохранения Республики Татарстан на нанесение ущерба здоровью при оказании медицинской помощи за период 2005-2014 гг.

Ключевые слова: *нанесение ущерба здоровью пациента; жалобы населения; врачебная ошибка; дефекты медицинской помощи; ятрогении; ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей.*

Shcherbakov V. A., Abrosimova M. Y., Sozinov A. S.

TO THE QUESTION OF A PATIENT'S HEALTH DAMAGE PROBLEM DURING THE MEDICAL CARE PROVISION

This article is devoted to the analysis of people's complaints to the Ministry of health of the Tatarstan Republic for health damage during the medical care provision within the period 2005-2014.

Keywords: *patient's health damage; people's complaints; medical error; defects of medical care; iatrogenic diseases; improper performance of professional duties.*

Основными задачами отечественного здравоохранения на современном этапе являются обеспечение качества и безопасности оказываемой медицинской помощи, поэтому в настоящее время в медицинской сфере придаётся большое значение проблемам нанесения ущерба здоровью пациента медицинскими работниками. Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№323-ФЗ, 2011): «медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности» [7].

В современной медицине и юриспруденции для квалификации случаев нанесения ущерба здоровью пациента при оказании медицинской помощи наиболее часто используются понятия врачебная (медицинская) ошибка, дефект оказания медицинской

помощи, ятрогения, несчастный случай. Существующие различия в интерпретации этих терминов мешают формированию единого подхода к их пониманию, толкованию и разработке мероприятий, направленных на снижение их количества. Так, «врачебная ошибка» трактуется как «невиновные и добросовестные действия», «виновное», «противоправное» или «правомерное и невиновное» действия [5]. Многообразие врачебных ошибок, их причин и условий возникновения привело к тому, что до настоящего времени нет единого понятия этого термина, что затрудняет медико-юридическую оценку ошибочных действий медиков [1].

Под ятрогенией понимают любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти. Это осложнения медицинских мероприятий, развившиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача [4]. С другой стороны, их рассматривают как патологическое состояние, которое могло не развиться без вмешательства медицинских работников [3].

В качестве синонима дефиниции «дефект медицинской помощи» используют термины «дефект в проведении лечебно-профилактических мероприятий», «дефектная работа медиков», «ненадлежащая работа врачей» [2]. Также в специальной литературе используется термин «медицинский деликт» – противоправное виновное деяние (действие и|или бездействие) врача (за исключением случаев, прямо перечисленных в законодательстве), причиняющее вред жизни и (или) здоровью человека и имеющее причинную связь между деянием и наступившим вредом и вызывающее соответствующие правовые последствия (дисциплинарная, административная, гражданско-правовая и уголовная ответственность) [6].

Отсутствие системного подхода к проблеме нанесения ущерба здоровью пациента не позволяет чётко разграничить субъекты ответственности. Существует неопределённость в терминологии, определяющей понятие «нанесение ущерба здоровью пациента при медицинском вмешательстве» как в профессиональной медицинской сфере, её правовых и этических нормах, так и в общественном понимании.

Нами проведён анализ жалоб населения в Министерство здравоохранения Республики Татарстан (МЗ РТ) на нанесение ущерба здоровью при медицинском вмешательстве за десятилетний период (с 2005 по 2014 гг.). За это время всего зарегистрировано 1638 жалоб, из них (в порядке убывания): на терапевтическую службу – 439 (11,6 на 1000 населения, 26,8%), акушерско-гинекологическую помощь – 222 (5,9; 13,6%), медико-социальную экспертизу (МСЭ) – 199 (5,3; 12,1%), хирургическую помощь – 105 (2,8; 6,4%), педиатрическую помощь – 91 (2,4; 5,6%), службу скорой медицинской помощи (СМП) – 90 (2,4; 5,5%), психиатрическую и наркологическую помощь – 80 (2,1; 4,9%), неврологическую и нейрохирургическую помощь – 69 (1,8; 4,2%), травматологическую помощь – 60 (1,6; 3,7%), стоматологическую службу – 52 (1,4; 3,2%), прочее – 231 (6,1; 14,1%). Наибольшая обращаемость населения с жалобами в МЗ РТ на действия медицинских работников, расценённые пациентами как нанесение ущерба здоровью при медицинском вмешательстве, зарегистрирована в 2009 г. (73,8 случая на 1 000 населения), меньше всего – в 2005 г. (7,2 случая на 1 000 населения).

В результате анализа все жалобы населения на действия медицинских работников были объединены нами в следующие группы: 1) врачебные ошибки, 2) дефекты медицинской помощи, 3) ятрогении, 4) ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей, 5) нарушения этики и деонтологии.

Исследование показало, что за десятилетний период ведущее положение занимают жалобы на ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей (26,2 жалобы на 1 000 населения; 60,5% от общего количества жалоб). Далее в порядке убывания следуют жалобы на дефекты медицинской помощи (9,5; 21,9%), жалобы на врачебные ошибки (4,2; 9,8%), жалобы на этические и деонтологические нарушения (2,9; 6,6%), жалобы на действия, расценённые как ятрогении (0,5; 1,2%).

Жалобы на врачебные ошибки (по мнению пациентов, это неправильное оформление медицинской и иной документации, неправильно выставленный диагноз, неправильно назначенное лечение, неправильно прописанные лекарственные препараты, неправильно проведённые медицинские манипуляции) чаще

всего зарегистрированы в 2009 г. с показателем в 9,0 случаев на 1 000 населения (21% от общего количества жалоб), наименьшее число жалоб на врачебные ошибки было зарегистрировано в 2011 г. – 2,1 случая на 1 000 населения (5% от общего количества жалоб).

Жалобы, отмеченные пациентами как дефекты качества оказания медицинской помощи (некачественно проведённые медицинские манипуляции, плохо выполненное медицинское вмешательство, плохое качество медицинской помощи), чаще всего зарегистрированы в 2010 г. с показателем в 18,3 случаев на 1000 населения (19% от общего количества жалоб), наименьшее число отмечено в 2005 г. – 1,1 случая на 1000 населения (1% от общего количества жалоб).

Больше всего жалоб на действия медицинских работников, расцениваемых пациентами как ухудшение состояния здоровья пациента после медицинских манипуляций или процедур, повреждение органов и систем органов после медицинского вмешательства (ятрогении) зарегистрированы в 2006 и 2010 гг. с показателями в 6 случаев (30% от общего количества жалоб), наименьшее число жалоб в 2005 и 2009 гг. – по 1 случаю (5% от общего количества жалоб).

Жалобы на действия медицинских работников, которые были расценены пациентами как ненадлежащее выполнение своих профессиональных обязанностей (халатность, невыполнение должностных обязанностей и нормативно-правовых актов, фальсификация медицинской документации), превалируют в 2009 г. с показателем в 45,4 случаев на 1000 населения (17% от общего количества жалоб), наименьшее число жалоб констатировано в 2005 г. – 2,9 на 1 000 населения (1% от общего количества жалоб).

Действия медицинских работников, расценённые пациентами как этико-деонтологические нарушения (грубое и невежливое отношение врачей к пациентам, невнимательность медицинского персонала) вызвали наибольшее нарекание в 2014 г. с показателем в 9,6 случаев на 1000 населения (34% от общего количества жалоб), наименьшее число жалоб в 2007 г. – 0,5 случаев на 1000 населения (0,9% от общего количества жалоб).

Таким образом, при анализе жалоб населения на нанесение ущерба здоровью при медицинском вмешательстве в Министерство здравоохранения Республики Татарстан нами констатирован рост их количества с 2005 до 2009 гг., а затем некоторое их снижение. Преобладали жалобы на следующие службы и специальности: терапевтическая, акушерско-гинекологическая, медико-социальная экспертиза, хирургическая. Чаще всего пациенты жаловались на действия медицинских работников, расцениваемые как ненадлежащее выполнение врачами их профессиональных обязанностей.

Список литературы:

1. *Болотовский И. С. Врачебные ошибки. Лекция для врачей-слушателей. – Ленинград, 1986. 32 с.*
2. *Витер В. И., А. Р. Поздеев, И. В. Гецманова Экспертная и юридическая оценка неблагоприятных исходов при расследовании профессиональных правонарушений медицинских работников. Ижевск. 380 с, 2007.*
3. *Кедров В. С. О терминологии профессиональных правонарушений медицинских работников. // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской науки и практики: материалы VI Всероссийского съезда судебных медиков (посвящённые 30-летию Всероссийского общества судебных медиков). М.: Тюмень, 2005. С. 126-127.*
4. *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. Т. 1. Специальные перечни для статистической разработки. М.: Медицина, 1998. 741 с. (ч. 1)*
5. *Понкина А. А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациента.– М.: Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. 200 с.*
6. *Рыков В. А. О патологоанатомической экспертизе дефектов медицинской помощи и их правовых последствий. // Проблемы экспертизы в медицине, Ижевск. 2002. Т. 2. №5-1. С. 4-7.*
7. *Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: текст с изм. и доп. на 2012 год. М.: Эксмо, 2012. 112 с.*

Об авторах:

Щербаков Владимир Александрович – аспирант кафедры биомедицинской этики, медицинского права и истории медицины Казанского Государственного Медицинского Университета, Казань, e-mail: vladimir.shcherbakov@inbox.ru

Абросимова Марина Юрьевна – профессор, заведующий кафедрой био-

медицинской этики, медицинского права и истории медицины Казанского Государственного Медицинского Университета, доктор медицинских наук, Казань, e-mail: marabro@mail.ru

Созинов Алексей Станиславович – профессор, ректор Казанского Государственного Медицинского Университета, доктор медицинских наук, Казань, e-mail: sozinov@kgmu.kcn.ru

ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ МЗ РФ», 420012, Казань, ул. Бутлерова, д. 49

Vladimir Alexandrovich Shcherbakov – postgraduate student of the biomedical ethics, medical law, history of medicine department

Marina Yurievna Abrosimova – professor, head of the biomedical ethics, medical law, history of medicine department

Alexey Stanislavovich Sozinov – corresponding member of the Academy of Sciences of the Tatarstan Republic, professor, rector of the Kazan State Medical University, MD, Kazan

Kazan State Medical University, Kazan

© Щербаков В. А., Абросимова М. Ю., Созинов А. С., 2015

© Национальный институт медицинского права, 2015