



**МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО:
ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА**

Том 2

№ 1 (3)

2016

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

М42 Медицинское право: теория и практика. М.: Национальный институт медицинского права, 2016. Том 2. №1 (3). 290 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

Издание представляет интерес для руководителей медицинских организаций; практикующих врачей различных специальностей; руководителей и юристов-консультантов 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 Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы медицинского права, биомедицинской этики и судебной медицины», состоявшейся в г. Казани 2-4 июня 2016 года.

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

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.

Национальный институт медицинского права
Казанский государственный медицинский университет

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА, БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

М А Т Е Р И А Л Ы

ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

Казань,
2-4 июня 2016 года

Москва
2016

Всероссийская научно-практическая конференция
«Современные проблемы медицинского права, биомедицинской этики
и судебной медицины»

Россия, Казань
2-4 июня 2016 года

Организатор

Национальный институт медицинского права
Казанский государственный медицинский университет

при поддержке

Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья
Государственного Совета Республики Татарстан
Министерства здравоохранения Республики Татарстан
Первого Московского государственного медицинского университета
имени И.М. Сеченова
Ивановской государственной медицинской академии

с участием

кафедры биомедицинской этики, медицинского права и истории медицины
Казанского государственного медицинского университета
кафедры судебной медицины Казанского государственного
медицинского университета
кафедры медицинского права Первого Московского государственного
медицинского университета имени И.М. Сеченова
кафедры судебной медицины и правопедия Ивановской
государственной медицинской академии

Содержание

Сергеев Ю.Д., Павлова Ю.В., Поспелова С.И., Каменская Н.А. МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО В РОССИИ: ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ.....	13
Александрова Л.Г. О ДИНАМИКЕ ИЗМЕНЕНИЙ СМЕРТЕЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН.....	22
Баринов Е.Х., Косухина О.И., Михеева Н.А. РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ДЕЛИКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	28
Баринов Е.Х., Добровольская Н.Е., Ромодановский П.О. ПУТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	32
Бобровская О.Н. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВАНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕСПРЕпятственного допущения РОДСТВЕННИКОВ К ПАЦИЕНТАМ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	43
Вилкова Д.М., Нахаев В.И., Ярыгин Н.В. РОЛЬ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В СИСТЕМЕ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	48
Гришин А.В. ПРОБЛЕМЫ МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С НЕНАДЛЕЖАЩИМ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	56
Гурылева М.Э. КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ	64
Дубинин А.О., Бобровская О.Н. СТРАХОВАНИЕ РОССИЙСКИХ ГРАЖДАН ПРИ ВЫЕЗДЕ ЗА РУБЕЖ НА ОТДЫХ И ЛЕЧЕНИЕ.....	69
Елина Н.К. К ВОПРОСУ О РОЛИ ПОНЯТИЙНОГО АППАРАТА В СФЕРЕ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	76

Ерофеев С.В., Козырев В.А. НОВЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА: НЕОБХОДИМОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТЬ.....	81
Ерохина Л.Д., Грибань А.Н., Трифонова Г.А., Ерохин А.К. ПРОБЛЕМА СВОБОДЫ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ В РЕЛИГИОЗНОЙ МОРАЛИ И БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ.....	96
Калецкий Е.Г. МЕЖДУНАРОДНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ ТРУДЯЩИХСЯ В РОССИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ.....	103
Каменская Н.А. РАЗВИТИЕ МЕХАНИЗМОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ОБЗОР ЗАКОНОТВОРЧЕСКИХ ИНИЦИАТИВ.....	109
Кирова Т.А. К ВОПРОСУ ОБ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ НЕЗАКОННОЙ ВЫДАЧИ РЕЦЕПТОВ ИЛИ ИНЫХ ДОКУМЕНТОВ, ДАЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ИЛИ ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ	115
Клевно В.А., Романько Н.А., Кучук С.А., Абасова З.Р. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ И НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	120
Князев Е.Г., Таевский А.Б. ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ПРИНЦИПЫ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ.....	128
Куликов С.Н., Григорьева Е.Н. МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ В ПРИМЕНЕНИИ СТРУКТУРЫ НОРМЫ УГОЛОВНОГО ПРАВА	143
Купрюшин А.С., Вишнякова Ж.С., Семина М.Н. СУБЪЕКТЫ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДАХ ОКАЗАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	150
Куранов В.Г., Голубева А.И. ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В РАССМОТРЕНИИ ДЕЛ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В СВЯЗИ С ПРИНЯТИЕМ КОДЕКСА АДМИНИСТРАТИВНОГО СУДОПРОИЗВОДСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	156
Лисовская Е.Д., Шульмин А.В., Тимошенко В.О., Шубкин М.В. САМООЦЕНКА ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРАВОВЕДЕНИЕ» ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ г. КРАСНОЯРСКА	162
Литовкина М.И. ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СФЕРЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ.....	166
Максимов И.Л. СПОСОБЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ КОНФЛИКТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	173
Мозговой Е.Д. ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ БИОБАНКИНГА АУТОПСИЙНЫХ ТКАНЕЙ В РОССИИ	177
Молин Ю.А., Воронцов Г.А. КНЯЗЬ ОЛЕГ КОНСТАНТИНОВИЧ. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДСМЕРТНОГО РАНЕНИЯ, ОЦЕНКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	182
Налётова Д.М. К ВОПРОСУ О НЕОБХОДИМОСТИ РАЗРАБОТКИ МЕТОДОЛОГИИ ЭКСПЕРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ	190
Нежметдинова Ф.Т. НАУКИ О ЖИЗНИ ДВОЙНОГО НАЗНАЧЕНИЯ: БИОЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ	199
Павлова А.А. СУДЕБНАЯ ПОЧЕРКОВЕДЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА: ПРОБЛЕМА ДОСТОВЕРНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ	206
Павлова Ю.В., Шарков М.Б. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЧАСТНЫХ И ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ (НА ПРИМЕРЕ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ)	213
Прилуков М.Д. О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	222
Пугачева А.П., Теньков А.А. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В СЛУЧАЯХ НАСИЛЬСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ СЕКСУАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА	227
Рыбакова Л.Н. ВЫТРЕЗВИТЕЛИ: ЭТИЧЕСКИЕ, ПРАВОВЫЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ	233
Сидорова Т.А., Жичина Е.Ю. БИОЭТИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ	239
Спирidonov В.А. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ СЛЕДСТВЕННОГО КОМИТЕТА В РАССЛЕДОВАНИИ ФАКТОВ НЕОКАЗАНИЯ ИЛИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	245

Тимофеев И.В.	
ПОКАЗАНИЕ К МЕДИЦИНСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ И ПОКАЗАННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (терминологические, правовые и организационные аспекты)	248
Файзуллина Е.В.	
ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ.....	253
Фарбер Е.В.	
ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СЕГОДНЯ	257
Фарбер Е.В., Алешина А.А.	
ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ НЕОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ.....	263
Фокин М.М., Райтер М.Б., Желтков Д.А.	
КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В СВЯЗИ С ПРЕТЕНЗИЯМИ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРОВЕДЕННЫХ В ГУЗ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» В 2011-2015 гг.....	268
Халявка Е.Д., Бобровская О.Н.	
ПОРЯДОК ВОЗМЕЩЕНИЯ УБЫТКОВ ПРИ НЕПОПРАВИМОМ ОБЕЗОБРАЖИВАНИИ ЛИЦА В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОДТЯЖКЕ ЛИЦА	274
Хамитова Г.М.	
ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ ЗАЩИТЫ ПРАВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА.....	281
Царева Е.А., Десятниченко К.Н.	
ПРОБЛЕМАТИКА ПОЛУЧЕНИЯ РОДСТВЕННИКАМИ УМЕРШЕГО ПАЦИЕНТА ДОКУМЕНТОВ, СОДЕРЖАЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ	288
Цыганова О.А., Никонов А.М.	
ОТНОШЕНИЕ К ПРОВЕДЕНИЮ АУТОПСИИ ТРУПОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ РЕЛИГИОЗНЫХ АСПЕКТОВ В ИСЛАМЕ.....	294
Цыганова О.А., Ягнителива Л.А., Третьякова Я.А.	
РЕГЛАМЕНТАЦИЯ СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ЛИЦ, НЕ СПОСОБНЫХ ВЫРАЗИТЬ СВОЮ ВОЛЮ, В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ КАНАДЫ.....	300
Шаяхметова А.Р.	
НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН КАК СУБЪЕКТ ПРАВА.....	307
Щербаков В.А.	
ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАНЕСЕНИЯ УЩЕРБА ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ.....	314

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

УДК 61:34 (470)(09)

Сергеев Ю.Д., Павлова Ю.В., Поспелова С.И., Каменская Н.А.

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО В РОССИИ: ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Понятие «медицинское право» многозначно. Оно рассматривается как отрасль права, раздел науки и учебная дисциплина.

Прежде всего, этим термином мы обозначаем соответствующую отрасль права, т.е. совокупность правовых норм, регулирующих общественные отношения в сфере охраны здоровья граждан, здравоохранении. В этом аспекте медицинское право рассматривается как одна из формирующихся составных частей правовой системы России [1].

Наука медицинского права призвана изучать и совершенствовать понятие одноименной отрасли права, его место в правовой системе России и иностранных государствах, систему и содержание институтов и отдельных норм медицинского права, их роль в складывающихся общественных отношениях, эффективность правоприменения. Выработанные наукой медицинского права понятия, положения и выводы должны стать теоретической базой для создания новых правовых норм, регулирующих одноименные правоотношения, т.е. правотворчества, а сам этот процесс также становится предметом изучения одноименной науки [1].

Медицинское право России как учебная дисциплина имеет своим предметом изучения формирующуюся одноименную науку, законодательство о здравоохранении в России, а также международное медицинское право. Объектом изучения являются также различные правовые и философские концепции, правовые взгляды, исторические факты и факты современной действительности. В предмет изучения входит правотворческая и правоприменительная деятельность в этой сфере [1].

Курс медицинского права стал преподаваться в стенах медицинских вузов как важная составная часть общей профессиональной подготовки будущих специалистов сферы здравоохранения. Знание права и строгое соблюдение правовых норм, регулирующих медицинскую деятельность, исключительно важны

и необходимы в деятельности врача, а формировать багаж таких знаний необходимо начинать на студенческой скамье.

Основателем российского медицинского права как отрасли права, науки и учебной дисциплины является член-корреспондент РАН, Заслуженный юрист России, доктор медицинских наук, профессор Юрий Дмитриевич Сергеев.

Во время учебы в Донецком медицинском институте Юрий Дмитриевич интересовался судебной медициной и правом и благодаря своей активности, целеустремленности и отличной учебе смог получить в Ростовском государственном университете второе высшее образование – юридическое, став первым в СССР врачом с высшим юридическим образованием.

В 1976 году Юрием Дмитриевичем был создан первый курс советского права для медицинских Вузов страны. А уже в 1984 году, занимая должность профессора кафедры судебной медицины в Донецком медицинском институте, он создал первый в стране учебник по правоведению для студентов медицинских вузов, а также первое руководство для врачей «Профессия врача. Юридические основы» (1988 г.) [2]. Это и заложило фундаментальную основу для формирования медицинского права современной России.

Девяностые годы XX века были ознаменованы появлением большого массива законодательных актов, направленных на регламентацию общественных отношений в сфере охраны здоровья граждан. Быстро стала формироваться одноименная отрасль законодательства. На повестку дня был остро поставлен вопрос о новой отрасли российского права – медицинского права.

В 2004 году – впервые в истории Российской академии медицинских наук – была введена самостоятельная научная специальность «Медицинское право» и профессор Ю.Д. Сергеев был избран членом-корреспондентом РАМН. Так молодая отрасль российского права получила академический статус.

Сегодня ни у кого не вызывает сомнения, что одной из важнейших задач нашего государства, выходящей на уровень национальной безопасности, является реализация права граждан Российской Федерации на охрану здоровья и медицинскую помощь. При этом возрастающие требования к оказанию качественной

медицинской помощи, далеко ни единичные факты неблагоприятных исходов медицинского вмешательства убедительно свидетельствуют о необходимости повышения правовой грамотности медицинских работников [3].

Данные требования определены и нормами базового закона всей системы здравоохранения – Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с п.1 статьи 73 которого «медицинские работники и фармацевтические работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии» [4].

Знание законов и правильное применение правовых норм позволит медицинским работникам эффективно пользоваться своими правами при выполнении профессионального долга, не нарушая при этом прав и свобод пациентов. Минимизация оснований для исковых заявлений граждан по поводу некачественно оказанной медицинской помощи – одно из положительных экономических следствий грамотно организованной правовой подготовки работников здравоохранения.

В связи с этим, развитие учебно-методического и научно-практического обеспечения правовой подготовки медицинских работников, совершенствование организации учебного процесса на кафедрах, преподающих правовые дисциплины, приобретает особенную актуальность.

В 1995 году в стенах знаменитого медицинского ВУЗа России с более чем 250-летней историей – ныне Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, на медико-профилактическом факультете была создана первая в России, странах СНГ и Восточной Европы самостоятельная студенческая кафедра медицинского права. Создал и возглавляет кафедру профессор Ю.Д. Сергеев. С 1996 года кафедра медицинского права осуществляет преподавание правовых дисциплин для студентов факультета фундаментальной медицины (ФФМ) Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова.

В настоящее время перед профессорско-преподавательским составом кафедры медицинского права стоят важнейшие задачи

по теоретико-правовой разработке проблем медицинского права как учебной дисциплины и отрасли науки, совершенствование программ обучения студентов [5]. Кафедра видит свою главную задачу в том, чтобы будущие специалисты, находясь еще на университетской скамье, осознали, что одним из основных условий успешного осуществления дальнейшей профессиональной деятельности должно стать постоянное совершенствование правовых знаний.

Подготовка специалиста с высшим профессиональным образованием неразрывно связана с возможностью в будущем проводить научные исследования. В связи с чем, особое значение приобретает внеаудиторная работа со студентами, проведение кружков, конференций, изучение казуистики [3].

На кафедре организована школа мастерства и студенческий научный кружок, в ходе заседаний которого углубленно обсуждаются наиболее острые и проблемные вопросы правового обеспечения медицинской деятельности: особенности реализации прав пациентов при оказании медицинской помощи; дефекты медицинской помощи как факторы снижения ее качества; проблемы правового регулирования донорства и трансплантации органов и тканей человека, применения методов вспомогательных репродуктивных технологий и т.д. В ходе решения конкретных задач интерес поддерживается рассмотрением случаев из судебной практики.

Участники научного кружка взаимодействуют со студентами ряда российских ВУЗов, проводят видеоконференции со студентами европейских университетов, выступают с научными докладами на всероссийских студенческих научно-практических конференциях («Медицинская весна», «Студенческая наука» и др.), участвуют в олимпиадах и заслуженно занимают почетные места.

Сегодня кафедра медицинского права медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова по праву стала настоящим методическим и научным центром правовой подготовки медицинских работников страны. Все ведущие сотрудники кафедры имеют и юридическое, и медицинское образование. Именно такое сочетание профессиональных знаний позволяет решать сложнейшие медико-правовые проблемы, яв-

ляющиеся основными направлениями научно-практической деятельности кафедры:

1. Юридическая ответственность за профессиональные и должностные правонарушения при осуществлении медицинской деятельности.
2. Конституционно-правовое обеспечение права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.
3. Конституционно-правовые гарантии охраны репродуктивного здоровья граждан в Российской Федерации.
4. Исследование причин дефектов оказания медицинской помощи и профилактика ненадлежащего ее оказания.
5. Правовые основы донорства и трансплантации органов и тканей человека. Правовое регулирование обращения биомедицинских клеточных продуктов.

Под научным руководством профессора Ю.Д. Сергеева выполнено 6 докторских и 13 кандидатских диссертаций по медицине и праву, в том числе сотрудниками кафедры защищены 8 диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата юридических (медицинских) наук. Коллективом кафедры медицинского права за последние годы опубликовано в отечественных и зарубежных изданиях сотни научных статей. Заведующим кафедрой, член-корр. РАН, проф. Ю.Д. Сергеевым изданы 17 монографий, руководств, учебный комплекс (в 3-х томах) и учебные пособия с соответствующими грифами. В 2014 году (под его редакцией) вышел в свет очередной, подготовленный ведущими сотрудниками Кафедры в соответствии с требованиями ФГОС высшего и среднего профессионального образования по медицинским и фармацевтическим специальностям, учебник «Правоведение. Медицинское право» (тираж 3 500 экземпляров), который предназначен для студентов всех факультетов медицинских и фармацевтических специальностей (получена положительная рецензия Экспертного совета по рецензированию учебных изданий ФГАУ «ФИРО» Министерства образования и науки РФ № 25 от 27 мая 2014 г) [3].

Кафедра медицинского права активно поддерживает международные связи.

В 2000 году впервые представитель России (проф. Ю.Д. Сергеев) на заседании Генеральной Ассамблеи Всемирной ассоциа-

ции медицинского права (WAML) был избран в Совет директоров этой авторитетной международной организации (переизбран в 2004, 2008 и 2012 г.г.) и успешно работает по настоящее время. Делегации НАМП принимали активное участие в работе Всемирных Конгрессов по медицинскому праву в гг. Хельсинки (Финляндия), Маастрих (Голландия), Сидней (Австралия), Тулуза (Франция), Пекин (Китай), Загреб (Хорватия), Массео (Бразилия), о. Бали (Индонезия), Коимбра (Португалия).

Кафедра поддерживает творческие международные связи, в частности, с Университетом Жана Моне (г. Сент-Этьен, Франция). Так, в 2013-2014 гг. совместно с юридическим факультетом Университета был проведен ряд студенческих веб-конференций по актуальным проблемам медицинского права.

Профессиональный опыт учебно-методического обеспечения преподавания правовых дисциплин кафедры передается в рамках международного сотрудничества с медицинскими вузами и в странах СНГ. В частности, для оказания учебно-методической помощи как в организации учебного процесса, так и в разработке учебно-методической документации по медицинскому праву, в июне 2015 г. доцент Ю.В. Павлова приняла участие в программе «Визитинг-профессоров» по инициативе руководства Казахского НМУ им. С.Д. Асфендиярова.

Сотрудники кафедры медицинского права активно взаимодействуют с законодательными и исполнительными органами государственной власти, международными организациями. В частности, входят в состав Комитета по этике Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, в состав Рабочих групп по разработке законопроектов Комитета Государственной Думы по охране здоровья, заведующий кафедрой проф. Ю.Д. Сергеев является вице-председателем Российского комитета по биоэтике (при Комиссии РФ по делам ЮНЕСКО).

Особым этапом, оказавшим огромное влияние на развитие медицинского права, а также становление и формирование научно-практической деятельности кафедры стало создание в 2000 году Национальной Ассоциации медицинского права (НАМП), а затем ее правопреемника – Национального института медицинского права (НИМП), президентом которого является Ю.Д. Сергеев.

Одним из основных направлений деятельности Национального института медицинского права является организация и проведение научно-практических мероприятий: Всероссийских съездов, конференций, научно-практических симпозиумов.

Так, в июне 2003 года в г. Москве был проведен I Всероссийский съезд (Национальный конгресс) по медицинскому праву.

В соответствии с Резолюциями съездов регулярно, проводятся крупные национальные форумы. В г. Москве проведены II, III, IV и V Всероссийские съезды (Национальные конгрессы) по медицинскому праву (соответственно в 2005, 2007, 2009 и 2013 годах). Шесть Всероссийских научно-практических конференций по медицинскому праву и биоэтике прошли в крупных регионах России: 2004 – Самара, 2006 – Новосибирск, 2008 – Суздаль, в 2010 – Санкт-Петербург, 2011 – Казань, 2015 – Ярославль, 2016 – Казань. Традиционно, ежегодно, в ноябре, проводится Межрегиональная научно-практическая конференция «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)».

Все форумы проводились с международным участием и изданием фундаментальных «Сборников научных трудов» (под редакцией проф. Ю.Д. Сергеева).

В настоящее время уже идет подготовка к проведению VI Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву (Москва, ноябрь, 2017 г.).

В 2003 году вышел в свет тиражом более 1000 экземпляров федеральный научно-практический журнал «Медицинское право» (научный основатель и главный редактор проф. Ю.Д. Сергеев), на страницах которого юристы и врачи, разрабатывающие отдельные темы фундаментальных и прикладных исследований в рамках новой науки – медицинского права России – получили возможность вести профессиональные дискуссии. Журнал востребован, пользуется заслуженным авторитетом в среде медицинской и юридической общественности, заслужил профессиональные награды, включен ВАК РФ в «Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны публиковаться научные результаты диссертационных исследований», причем, одновременно и по медицине, и по правовым нау-

кам. Импакт-фактор журнала стабильно отличается достаточно высоким уровнем: двухлетний импакт-фактор РИНЦ с учетом цитирования из всех источников достиг в 2016 году показателя выше единицы.

Итак, стремительно развивающаяся в России новая отрасль права, неразрывно связанная с медицинской наукой и практикой, расширяя свои горизонты и овладевая новыми правовыми рубежами, трансформируется в процессе своего становления, видоизменяется, приобретая все большую многоаспектность и тем самым убедительно демонстрируя свою жизнеспособность, самостоятельность и научную аргументированность.

Если в начале 90-х годов медицинское право ограничивалось лишь правоотношениями, связанными с юридической ответственностью медицинских работников за неоказание или ненадлежащее оказание помощи больному, то сегодня эта отрасль права интенсивно развивается и охватывает уже весь комплекс отношений пациента и медицинского учреждения. К тому же мы уже не можем обойти стороной проблемы, связанные с биомедициной, в частности, генной инженерией, молекулярной медициной, клонированием, суррогатным материнством, трансплантацией, эвтаназией и др. Как следствие, термин «медицинское право» в недалеком будущем необходимо будет видоизменить и привести в соответствие с охваченными им проблемами и особенностями времени. Сегодня мы по праву можем говорить о новом, более масштабном и перспективном (предложенным проф. Ю.Д. Сергеевым еще в 2006 году) названии отрасли – «Биомедицинское право России» [6].

Список литературы:

1. Правоведение. Медицинское право: Учебник / Под ред. чл.- корр. РАН, профессора Ю.Д. Сергеева. М.: «Медицинское информационное агентство», 2014. 552 с.
2. Сергеев Ю.Д. Профессия врача. Юридические основы. К.: «Высшая школа», 1988. 206 с.
3. Сергеев Ю.Д., Павлова Ю.В., Поспелова С.И., Каменская Н.А. и др. Двадцать лет первой в Российской Федерации кафедре медицинского права // Медицинское право. 2015. № 6 (64). С. 3-8.

4. Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. № 48 ст. 6724.
5. Сергеев Ю.Д. и др. Первой в России кафедре медицинского права – 10 лет / Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Россия, Москва, 13-15 апреля 2005 г. / Под ред. член-корр. РАМН, проф. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. 510 с.
6. Ю.Д. Сергеев. Биомедицинское право России // Медицинское право. 2006. № 4. С. 3-8.

Об авторах:

Сергеев Юрий Дмитриевич – член-корреспондент РАН, Заслуженный юрист РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, г. Москва, e-mail: nimp@med-law.ru

Павлова Юлия Владимировна – кандидат юридических наук, доцент, заведующая учебной частью кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Поспелова Светлана Игоревна – кандидат юридических наук, доцент, ученый секретарь кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Каменская Наталья Андреевна – кандидат юридических наук, доцент кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

© Сергеев Ю.Д., Павлова Ю.В., Поспелова С.И., Каменская Н.А., 2016

УДК 340.627+615.9.099.036.8](470.41)

Александрова Л.Г.

О ДИНАМИКЕ ИЗМЕНЕНИЙ СМЕРТЕЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Статья посвящена анализу динамики случаев смертельных отравлений наркотическими средствами.

Ключевые слова: наркомания, наркотические вещества, смертельные отравления.

Aleksandrova L. G.

ABOUT THE DYNAMIC OF DRUGS POISONING IN TATARSTAN REPUBLIC

This article analyzes the dynamic drugs poisoning in Tatarstan Republic.

Keywords: addiction, narcotic substances, fatal poisoning.

В статистике показателей летальности есть нозологии, имеющие особое значение в качестве критерия социального благополучия населения. Наркомания является одним из них. Непосредственно влияя на ближнее и дальнее окружение больных наркоманией, существенно ухудшает качество жизни всего сообщества, способствует, в конечном итоге, снижению чувства безопасности среди населения. Распространенность наркомании среди лиц трудоспособного возраста – это явная угроза экономическому благополучию страны. По этой причине внимание врачей судебно-медицинских экспертов к этой проблеме не ослабевает [1, 2, 3, 16].

Согласно данным РБ СМЭ МЗ РТ с начала «нулевых» в 2004 и 2007 годах отравления наркотическими веществами по Республике Татарстан выходили на первое место среди всех случаев смертельных отравлений. С 2010 года эпицентр смертельных отравлений наркотическими веществами сместился из Казани в районы Республики (рис. 1)[4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

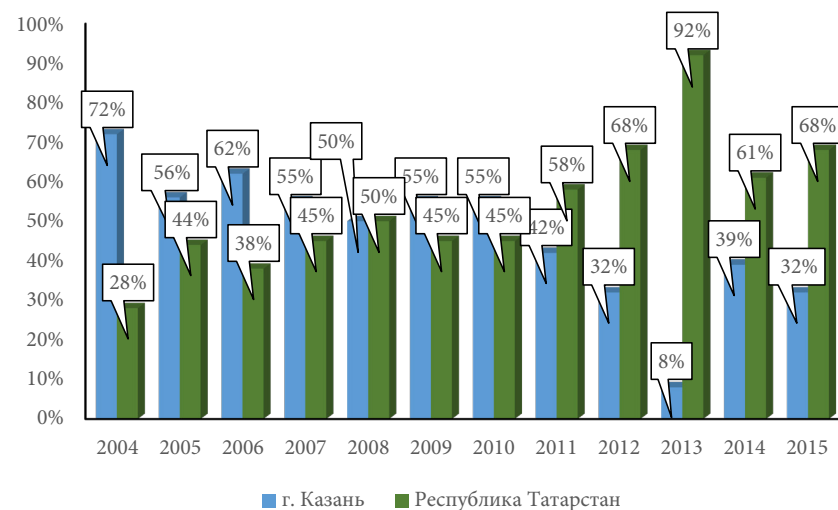


Рис. 1. Динамика распределения доли смертельных отравлений наркотическими веществами между г. Казань и районами Республики Татарстан

Согласно отчетам Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава Республики Татарстан продолжается ежегодное увеличение количества умерших в результате смертельного отравления наркотическими веществами в более старшей возрастной группе. В результате доля умерших в возрасте старше 30 лет с 2008 года превысила 50%.

С 2012 года наметившаяся тенденция снижения летальных исходов немедицинского употребления наркотических средств сменилась тенденцией увеличения количества таких случаев. В этом же году выявился «всплеск» среди лиц в возрастной группе 18-24 лет (табл. 1).

Согласно анализу полового состава умерших относительно увеличение числа летальных исходов вследствие употребления наркотических веществ в 2012 году в РТ произошло за счет лиц мужского пола, несколько уменьшив наметившиеся тенденции к увеличению доли женщин среди случаев смертельных отравлений наркотическими веществами (рис. 2).

Таблица 1.

Динамика распределения количества случаев смертельных отравлений наркотическими веществами по возрасту

	До 18 лет	18-24 лет	25-29 лет	30-49 лет	Старше 50 лет
2004	< 1%	29%	37%	34%	нет
2005	< 1%	24%	39%	36%	< 1%
2006	нет	17%	41%	41%	< 1%
2007	нет	13%	48%	48%	1%
2008	< 1%	9%	34%	56%	нет
2009	нет	5%	38%	57%	нет
2010	нет	4%	28%	68%	нет
2011	нет	нет	21%	77%	< 1%
2012	нет	10%	26%	61%	1 случай
2013	нет	4%	29%	67%	нет
2014	1 случай	нет	15%	82%	нет
2015	нет	6%	6%	85%	1 случай

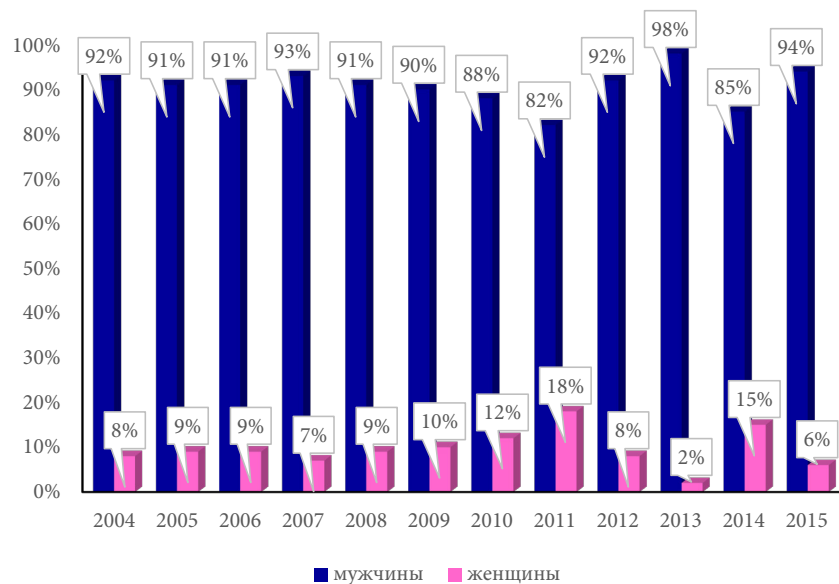


Рис. 2. Динамика распределения количества случаев смертельных отравлений наркотическими веществами по полу

На рубеже 2011-2012 годов усугубилась тема «дизайнерских» наркотиков. И если ситуация по «традиционным» наркотическим веществам в этот период имеет тенденцию относительно «медленного» прироста, то ситуация по химически неустановленным веществам весьма и весьма настораживает устойчивыми темпами роста. Все это осложняется трудностями диагностики таких случаев, усугубляющимися отсутствием очевидности в виде достаточного количества катamnестических сведений и малоспецифичной морфологической картиной, свойственной функциональным ядам (рис. 3).

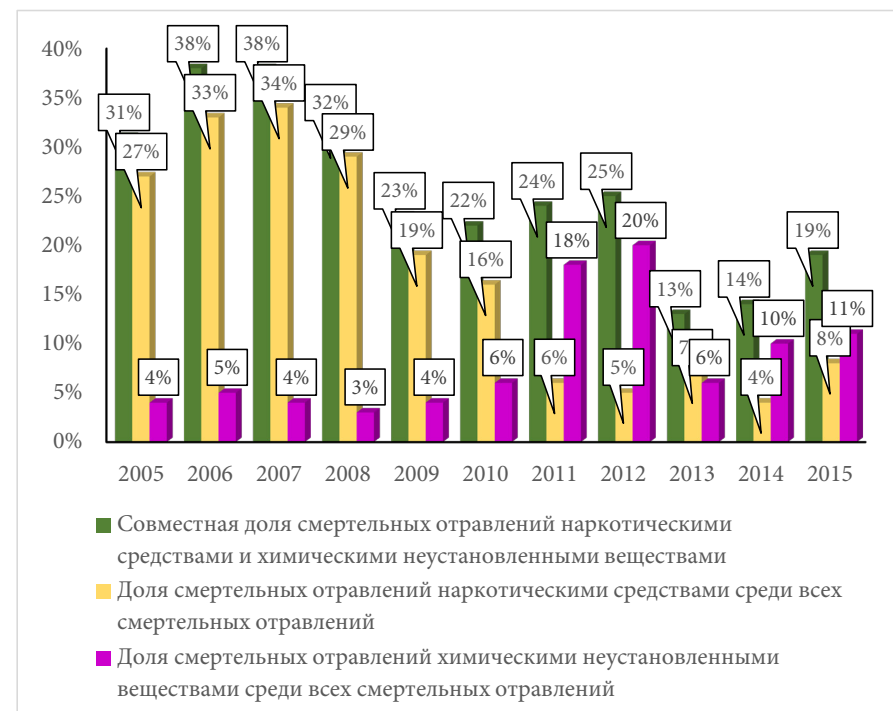


Рис. 3. Динамика распределения доли случаев смертельных отравлений наркотическими средствами и группы химически неустановленных веществ среди всех смертельных отравлений.

Результаты проведенного анализа сведений, почерпнутых из ежегодных отчетов Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства Республики Татарстан позволяют сделать следующие выводы:

1. Отравления наркотическими средствами в последние годы по Республике Татарстан уже не занимают лидирующие позиции среди всех случаев смертельных отравлений, однако с 2012 года наметилась тенденция к росту таких случаев.

2. Случаи смертельного отравления от наркотических средств в Республике Татарстан продолжают смещаться в более старшую возрастную группу.

3. Эпицентр отравлений наркотическими веществами сместился из столичной Казани в районы республики.

4. С 2010 года наблюдается рост доли использования химически неустановленных веществ в Республике Татарстан.

Список литературы:

1. Морфологическая диагностика наркотических интоксикаций в судебной медицине / под ред. чл.-кор. Ю.И. Пиголкина. М.: Медицина. 2004. 304 с.
2. Саломзес Дж. А., Чебурсон В., Соколовский Г. Наркотики и общество. М.: «ООО «Иллойн»», 1998. 192 с.
3. Руководство по судебно-медицинской экспертизе отравлений / под ред. Я.С. Смусина, Р.В. Бережного, В.В. Томилина, п. П. Ширинского. М.: Медицина, 1980. 424 с.
4. Нигматуллин Н.Ш., Спиридонов В.А., Морозюк Н.В. Судебно-медицинская служба Республики Татарстан в 2004 году. Казань, 2005. 53 с.
5. Нигматуллин Н.Ш., Спиридонов В.А., Морозюк Н.В. Судебно-медицинская служба Республики Татарстан в 2005 году. Казань, 2006. 63 с.
6. Нигматуллин Н.Ш., Морозюк Н.В., Газизянова Р.М. Судебно-медицинская служба Республики Татарстан в 2006 году. Казань, 2007. 65 с.
7. Нигматуллин Н.Ш., Спиридонов В.А., Газизянова Р.М., Морозюк Н.В. Судебно-медицинская служба Республики Татарстан в 2007 году. Казань, 2008. 80 с.
8. Нигматуллин Н.Ш., Спиридонов В.А., Газизянова Р.М., Морозюк Н.В., Анисимова Т.А. Судебно-медицинская служба Республики Татарстан в 2008 году. Казань, 2009. 82 с.
9. Судебно-медицинская служба Республики Татарстан в 2009 году / под ред. Н.Ш. Нигматуллина, В.А. Спиридонова. Казань, 2010. 91 с.

10. Нигматуллин Н.Ш., Спиридонов В.А., Газизянова Р.М., Морозюк Н.В., Анисимова Т.А. Судебно-медицинская служба Республики Татарстан в 2010 году. Казань, 2011. 102 с.
11. Судебно-медицинская служба Республики Татарстан в 2011 году / под ред. Н.Ш. Нигматуллина, В.А. Спиридонова. Казань 2012. 108 с.
12. Судебно-медицинская служба Республики Татарстан в 2012 году / сост.: Нигматуллин Н.Ш., Спиридонов В.А., Газизянова Р.М. [и др.] / под общ. ред. Н.Ш. Нигматуллина, В.А. Спиридонова. Казань, 2013. 105 с.
13. Судебно-медицинская служба Республики Татарстан в 2013 году / сост.: Спиридонов В.А., Морозюк Н.В., Е.В.Чугунова [и др.] / под общ. ред. В.А. Спиридонова. Казань: Медицина, 2014. 128 с.
14. Судебно-медицинская служба Республики Татарстан в 2014 году / сост.: Тимерзянов М.И., Анисимова Т.А., Газизянова [и др.]. 108 с.
15. Судебно-медицинская служба Республики Татарстан в 2014 году / сост.: Тимерзянов М.И., Хромова А.М., Газизянова [и др.]. 114 с.
16. Судебная медицина / Научно-практический журнал. Т. 2. № 2. 2016.

Об авторе:

Александрова Лилия Гафаровна – ассистент кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО МЗ РФ «Казанский Государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук, Казань, e-mail: lililya-aleksandrova@yandex.ru

© Александрова Л.Г., 2016

УДК 616-082+347

*Баринов Е.Х., Косухина О.И., Михеева Н.А.***РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ДЕЛИКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ***В статье рассмотрены пути решения проблемы гражданско-правового регулирования деликтных отношений, которые возникают при оказании медицинской помощи.***Ключевые слова:** медицинская помощь, здоровье, деликтные отношения, качество и безопасность медицинской услуги.*Barinov E.H., Kosukhina O.I., Mikheyeva N.A.***SOLUTION OF THE PROBLEM OF CIVIL ADJUSTMENT OF THE DELICTUAL RELATIONS ARISING AT DELIVERY OF HEALTH CARE***In article solutions problems of civil adjustment of the delictual relations which arise when rendering medical are considered.***Keywords:** medical care, health, delictual relations, quality and safety of medical service.

Проблема гражданско-правового регулирования деликтных отношений, происходящих из оказания медицинской помощи на основании договора, находит разрешение в законодательном установлении повышенной меры их правовой оценки.

Вышесказанное позволяет говорить о том, что здоровье как нематериальное благо связано с материальным (телесным) носителем – человеческим организмом. Состояние организма человека является информационной характеристикой здоровья как нематериального блага. Праву на здоровье как личностной характеристике сопутствует как принадлежность право на информацию о личном здоровье, а также личные неимущественные права на нематериальные блага, не имеющие материального носителя, в том числе на личную неприкосновенность. Неправомерное воздействие на организм человека является посягательством на здоровье [1, с. 25].

В тоже время медицинская услуга является сложным объектом гражданских прав и гражданско-правового регулирования. Она сходна с другими услугами тем, что является товаром, и от-

личается от других услуг тем, что включает в себя медицинскую помощь – специальное направленное воздействие на здоровье. Как нетоварная часть медицинской услуги медицинская помощь подчиняется правилам медицины и должна обладать свойствами безопасности. Либо медицинская помощь оказывается в соответствии с правилами медицины и тогда обладает надлежащей безопасностью, либо она оказывается с отклонениями от этих правил, тем самым утрачивая свойства безопасности. Товарная часть медицинской услуги представляет собой все то, что не является медицинской помощью. Товарные (конкурентные) свойства медицинской услуге придают сервис, ресурсное обеспечение, бренд – то, что в целом можно охватить понятием обслуживания. Именно эти составляющие медицинской услуги определяют ее качество. Они же могут служить источником нарушения ее безопасности, отличного от нарушения безопасности медицинской помощи.

Отсюда следует, что понятие недостатка медицинской услуги относится либо к ее качеству, либо к ее безопасности. Недостаток качества может быть характеристикой только товарных составляющих медицинской услуги. Недостаток безопасности медицинской услуги может относиться как к товарной, так и к нетоварной части медицинской услуги [2, с. 54].

В тоже время любые телесные повреждения при оказании медицинской помощи в составе медицинской услуги образуют физический вред. Однако в юридическом смысле не могут быть квалифицированы в качестве физического вреда охваченные информированным добровольным согласием неизбежные и допустимые при оказании медицинской помощи телесные повреждения. В тоже время являются вредообразующими недопустимые телесные повреждения, которые не могут быть оформлены информированным добровольным согласием пациента. Любое медицинское вмешательство сопровождается рисками осложнений и иных последствий, в отношении которых неизвестно, наступят они или не наступят. Для каждого воздействия на здоровье такие последствия являются не всегда предотвращаемыми, но прогнозируемыми. Поскольку они доступны прогнозированию, при оказании медицинской помощи предпринимаются меры для их предотвращения.

Эти меры являются направленным и управляемым воздействием на здоровье, но последствия предотвращаются ценой дополнительных потерь ради избежания больших. Напротив, отклонения от принятых технологий медицинской помощи влекут не прогнозируемые последствия для здоровья. Такие же отклонения с теми же последствиями представляет собой медицинская помощь без мер предотвращения прогнозируемых последствий. Если такие отклонения допускаются, то их последствия юридически отличны от последствий направленного и управляемого воздействия на здоровье и прогнозируемых проявлений связанного с ним риска, когда предпринимаются меры их предотвращения [1, с. 46].

При потребительском деликте при оказании медицинских услуг посягательством является недостаток безопасности обслуживания или информации о нем. При ятрогенном деликте вне договорного происхождения посягательством является недостаток безопасности медицинской помощи, то есть отклонение от медицинских технологий, причинившее недопустимые телесные повреждения. При ятрогенном деликте договорного происхождения посягательством является недостаток информации о существе воздействия на здоровье при оказании медицинской помощи. Любые телесные повреждения, не охваченные информированным добровольным согласием, должны признаваться вредом (в юридическом смысле).

Посягательством на здоровье пациента является охваченная информированным добровольным согласием медицинская помощь, оказанная с отклонениями от медицинских технологий, и любая медицинская помощь, не охваченная информированным добровольным согласием. Не является посягательством медицинская помощь, охваченная информированным добровольным согласием и оказанная без отклонений от медицинских технологий [3, с. 34].

Основанием ятрогенного деликта является воздействие на здоровье при оказании медицинской помощи, наносящее вред пациенту в личной сфере. Условиями ятрогенного деликта являются вредообразующее отклонение от медицинских технологий или непредоставление пациенту должной информации о перспективах состояния его здоровья в результате оказания медицинской помощи.

Предоставление пациенту необходимой и достаточной информации составляет один из элементов предмета договора об оказании медицинской услуги [3, с. 111].

Список литературы:

1. Баринов Е.Х., Ромодановский п. О., Черкалина Е.Н., Михеева Н.А., Таталинцев А.В. *Медико-правовая осведомленность медицинских работников (монография)*. М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2011. 120 с.
2. Баринов Е.Х. *Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам (монография)*. М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2013. 164 с.
3. Янушевич О.О., Баринов Е.Х., Добровольская Н.Е., Ромодановский п. О., Черкалина Е.Н. *Судебно-медицинская и медико-правовая оценка неблагоприятных исходов в стоматологической практике / под ред. О.О. Янушевича*. М.: ГЭОТАР

Об авторах:

Баринов Евгений Христофорович – профессор кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор, Москва, e-mail: ev.barinov@mail.ru

Косухина Оксана Игоревна – ассистент кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, кандидат медицинских наук, Москва

Михеева Наталья Александровна – доцент кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, кандидат медицинских наук, доцент, Москва

Barinov Evgeny Hristoforovich – professor of department of forensic medicine and the medical right of SEI VPO «The Moscow state medico-stomatologic university of A.I. Evdokimov» of MZ Russian Federation, the doctor of medical sciences, professor, Moscow

Kosukhina Oksana Igorevna – the assistant to department of forensic medicine and the medical right of SEI VPO «The Moscow state medico-stomatologic university of A.I. Evdokimov» of MZ Russian Federation, the candidate of medical sciences, Moscow

Mikheyeva Natalya Aleksandrovna – the associate professor of forensic medicine and the medical right of SEI VPO «The Moscow state medico-stomatologic university of A.I. Evdokimov» of MZ Russian Federation, the candidate of medical sciences, the associate professor, Moscow

УДК 616.31-082+316.485

Баринов Е.Х., Добровольская Н.Е., Ромодановский П.О.

ПУТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В статье приведены сведения о возникновении конфликтов в стоматологической практике, предложены пути разрешения конфликтов между врачом и пациентом.

Ключевые слова: врач-стоматолог, пациент, конфликтная ситуация, медицинская помощь, правовая грамотность, деонтология.

Barinov E.H., Dobrovolskaya N.E., Romodanovsky P.O.

WAYS OF EMERGENCE AND RESOLUTION OF CONFLICTS IN STOMATOLOGIC PRACTICE

Data on emergence of the conflicts in stomatologic practice are provided, ways of resolution of conflicts between the doctor and the patient are offered.

Keywords: dentist, patient, conflict situation, medical care, legal literacy, deontology.

Проблема повышения качества и безопасности оказания медицинской помощи в современном российском обществе решается несколькими путями: реформированием медицинского образования с целью адаптации его к мировым стандартам, реформой экономики здравоохранения, реформой организации здравоохранения. Можно спорить о правомерности и эффективности мероприятий, предполагаемых этими реформами, но нельзя не обратить внимание на то, что они, практически, не затрагивают сферу межличностных отношений внутри самой медицины, в то время как именно здесь зарождаются конфликты и противоречия, приобретающие со временем характер социальных проблем. Внутренние противоречия медицинской деятельности опосредованно влияют на качество и безопасность оказания медицинской помощи, причем, это влияние бывает столь значительным, что требуются социальные меры для решения проблем, выходящие далеко за рамки медицины. Характерным примером в этом отношении является ситуация, сложившаяся в отечественной стоматологии.

Стоматологическая деятельность характеризуется высоким уровнем профессиональных и этических рисков, поскольку связана с возможностью причинения вреда здоровью. Выполняя свои профессиональные обязанности, врачи-стоматологи, действуют в состоянии риска, применяя высокие технологии, современные лекарственные средства и т.д. [2, с. 35; 4, с. 55].

Увеличение количества этических и юридических конфликтов, связано с переходом отечественной стоматологии к рыночным отношениям. Необходимо отметить тот факт, что стоматологическая деятельность наиболее ярко отражает коммерческий подход в медицине. Именно в стоматологии взаимоотношения пациентов и врачей имеют более жесткую и детальную этическую и правовую регламентацию, чем раньше, однако суть этой регламентации далеко не всегда известна и понятна, и пациентам и врачам [2, с. 36].

В медицине конфликты практически всегда переходят из сферы деловых отношений в сферу личностную. Пусковым моментом в развитии конфликта нередко служит отсутствие должного контакта с больным, чем глубже недоверие (имеющее разные основания) к врачу, тем чаще проявляются действия в виде сутяжничества или агрессии по отношению к медицинским работникам [1, с. 24].

В этой ситуации механизмом профессиональной защиты врача выступает страхование профессиональных рисков (ответственности), так как этим обеспечивается защита медицинского работника от непредвиденных обстоятельств практической деятельности всегда тающей в себе реальные опасности. Ведущую роль в реализации этого права, должны сыграть профессиональные стоматологические сообщества, иницируя работу по принятию нормативных документов о страховании профессиональной ответственности медицинских работников.

Следует отметить, что введение платных медицинских услуг в отечественной стоматологии напрямую способствовало изменению менталитета и врача-стоматолога, который в результате этого превратился в продавца своего лечения, и пациента, ставшего покупателем. Вышеизложенным и объясняется то, что конфликты, возникающие в отношениях врача – «продавца» и

пациента – «покупателя», становятся все чаще и чаще, а сила их все более увеличивается.

Конфликты между врачом и пациентом остаются по-прежнему одной из самых сложных проблем в профессиональной деятельности врачей-стоматологов.

В ходе проведенных, в г. Москве с 2000 по 2014 г.г., исследований о причине возникновения конфликтов среди врачей-стоматологов и пациентов, большинство специалистов в области стоматологии отмечали, что наиболее частой причиной развития конфликтов являются «необоснованные претензии пациентов» (26%).

При этом врачи-стоматологи сами отмечают, что главной причиной развития конфликта является недостаточное информирование пациентов при оказании медицинской стоматологической помощи. Согласно, по мнению данных врачей-стоматологов, это связано не с низкой квалификацией врачей-стоматологов или некомпетентностью пациентов, а с отсутствием единой формы информированного согласия в стоматологических организациях Российской Федерации. Те же врачи-стоматологи считают, что частой причиной дефектов оказания стоматологической помощи является нарушение концепции добровольного информированного согласия (29%). При определении инициаторов стоматологических конфликтов врачи отмечали, что именно взаимное «перекладывание вины» является главной причиной «неразрешимости» конфликтных ситуаций. Поэтому межличностные конфликты в стоматологической практике действительно существуют как проблема.

Следует отметить тот факт, что 38% врачей-стоматологов полагают, что инициаторами конфликтов являются не сами пациенты, а их родственники. При этом сами врачи-стоматологи не знают того, что нормативные документы ограничивают возможность родственников пациентов быть участниками отношений, возникающих при оказании медицинской помощи (недееспособность пациента, дети до 15 лет). Исходя из этого, родственники пациентов могут стать лишь косвенными участниками конфликтов, способных усугублять динамику его развития [4, с. 64].

Однако, юридическая и медицинская практика убедительно свидетельствует: чем выше этико-правовая культура врачей, тем неукоснительнее исполняются профессиональные обязанности, тем выше качество оказания медицинской помощи, что обеспечивает высокий уровень бесконфликтности профессиональной деятельности врачей-стоматологов. Разработка социальных методов разрешения межличностных конфликтов в профессиональной деятельности врачей-стоматологов, несомненно, может повысить не только качество и безопасность оказания медицинской помощи, обеспечивая ее бесконфликтность, но и улучшить уровень этико-правовой культуры врачей и пациентов, основываясь на особенностях нормативной регуляции стоматологической деятельности.

К великому сожалению, врачи-стоматологи не обладают достаточным уровнем этико-правовой знаний. Врачи-стоматологи плохо знают этические и правовые принципы своей деятельности, не умеют пользоваться правовыми механизмами обеспечения своей автономии. При этом нет существенной разницы между вчерашними выпускниками стоматологических факультетов медицинских вузов или врачами, имеющими за плечами значительный опыт медицинской деятельности.

Проведенное нами исследование, подтверждает тот факт, что стоматологическая деятельность характеризуется высоким уровнем профессиональных и этических рисков, поскольку всегда связана с возможностью причинения вреда здоровью пациента. Даже выполняя свои профессиональные обязанности надлежащим образом, врачи действуют в состоянии риска, который обусловлен применением новейших диагностических и лечебных технологий, современных лекарственных средств [4, с. 67].

Наиболее остро в стоматологической деятельности стоит вопрос о причинах увеличения количества этико-правовых конфликтов. Изменения, происходящие сегодня в медицине и в частности в стоматологии, показывают, что нам сегодня необходимо контактировать и усиливать междисциплинарные связи с юристами, социологами, психологами и экономистами. Разработка смежных научных проблем, стоящих на стыке различных наук, в том числе медицины и медицинского права, представляется ак-

туальной в научном и практическом направлении. Сегодня мы понимаем, что от того, как юристы и медики поймут друг друга, во многом зависит эффективность использования научных результатов на практике, их ценность и значимость для общества, касается ли это медицины или медицинской юриспруденции.

Конфликты – неисчерпаемый объект познания, о котором нельзя узнать абсолютно все. Сегодня можно говорить только о тех закономерностях, сторонах, характеристиках конфликтов, которые в состоянии исследовать наука на данном этапе своего развития.

Однако, все конфликты, возникающие в практике врача-стоматолога, можно разделить на две группы.

В первую очередь следует отметить конфликты, возникающие на почве отсутствия доверия к врачу.

Эти конфликты возникают тогда, когда врач-стоматолог не способен создать доверие к себе и продаваемой им технологии или метода лечения. Это происходит из-за того, что врачи-стоматологи просто не способны понять существенной разницы между понятиями «стоматологическая помощь» и «стоматологическая услуга». Заключается она в том, что стоматологическая помощь оказывается бесплатно и предполагает лишь качественное и безопасное выполнение врачом своих профессиональных обязанностей, определенных должностной инструкцией.

Когда же стоматологическая помощь становится платной, она становится услугой, и, следовательно, в ее реализации принимают участие продавец (врач-стоматолог) и покупатель (пациент). В термин «продаваемое лечение» включается технология, используемая врачом-стоматологом, мануальные навыки, знания и умения. Врач-стоматолог, становясь продавцом своего лечения, должен уметь представить его пациенту, то есть показать «товар лицом», обосновать выбор и план лечения, убедив пациента в его необходимости, создать позитивную мотивацию к комплексному лечению заболеваний полости рта.

К сожалению, далеко не всегда менталитет врача-стоматолога соответствует менталитету продавца. Зачастую врач-стоматолог не способен вызвать доверие у пациента, не в состоянии убедить его в необходимости осуществления предлагаемого плана лече-

ния. Все вышеизложенное врач-стоматолог нередко скрывает за демонстративной мотивировкой ненужности общения с пациентом. При этом врач-стоматолог, в большинстве случаев, рассчитывая на свой опыт, уверен в том, что без пациентов он не останется, так как «я хороший специалист, и все эти душевные беседы с пациентом совершенно ни к чему», «мне некогда этим заниматься, нужно работать», «уговаривать пациента и разбирать конфликты – дело администрации». Подобная позиция врача-стоматолога совершенно неприемлема в условиях рынка стоматологических услуг и приводит либо к отсутствию пациентов, либо к частым конфликтам, которые реализуются в претензиях на качество лечения и в судебных исках.

Во вторую очередь необходимо отметить конфликты, возникающие из-за врачебных ошибок.

Это достаточно распространенная группа конфликтов, возникающая из-за невыполнения врачами стандартов применяемых технологий. Данные конфликты могут быть как осознанными (например, врач-стоматолог идет навстречу желанию пациента сделать лечение безболезненным и кратковременным и производит необоснованную анестезию, либо сокращает время выполнения технологического этапа), так и неосознанными, происходящими либо по невнимательности, либо по незнанию и неумению. Как правило, такие конфликты в стоматологии могут быть погашены на первом этапе развития – при общении врача и пациента, которое является основой получения положительного результата.

С юридической точки зрения – конфликтной называется ситуация деструктивного состояния отношений и взаимодействий двух или более сторон. Конфликтная ситуация возникает в результате нанесения физического, морального или материального ущерба, причиненного той или иной стороной. В стоматологической практике причиной конфликта является нанесенный ущерб здоровью, психологическому или финансовому состоянию пациентов. Целью конфликта является предъявление претензий по возмещению нанесенного ущерба. Если претензия возникает по существу вопроса, участники конфликта, грамотные, конструктивно настроенные личности, удовлетворяют претензии по воз-

мещению ущерба на основе взаимной договоренности. Заканчивается ситуация минимальными потерями для участников конфликта [4, с. 70].

В случае несогласия сторон конфликт выносится на рассмотрение конфликтных комиссий различного уровня (от клинических и стихийно собравшихся митингов «групп поддержки» из родственников, знакомых и случайно присутствующих пациентов в коридоре до судебных инстанций). Если конфликт выходит за пределы контролируемой ситуации, то все ее участники, как виновные, так и пострадавшие, а также втянутые в разбор так называемые третьи лица, получают все перечисленные выше виды ущерба в полном объеме.

В последнее время конфликты стали переноситься из лечебных учреждений, из системы здравоохранения в судебные инстанции. Судебные иски, возбуждаемые против врача-стоматолога, – это проблема, которая может коснуться каждого специалиста. Последние опросы, которые были проведены в США, показали, что каждый седьмой врач является уязвимым и может стать объектом судебного иска, по крайней мере, один раз в своей профессиональной жизни [3, с. 45].

В случаях, когда медицинская помощь облекается в форму предоставления платных услуг, пациент автоматически подпадает под защиту Закона о правах потребителя. Потребитель же вправе предъявить требования не только к качеству лечения, но и к личности доктора, деонтологическим аспектам его поведения.

К великому сожалению отсутствие четкого пути разрешения конфликтов между врачом и пациентом привело к тому, что в России состоялось уже множество процессов «врач – пациент».

Вышеизложенное свидетельствует о необходимости введения в процесс обучения студентов стоматологических факультетов медицинских вузов, врачей-интернов и клинических ординаторов в системе последипломной подготовке получение знаний и навыков в построении отношений «врач – пациент», а также усилить правовую подготовку будущих специалистов.

При этом следует помнить тот факт, что особенностями стоматологического приема являются страх боли, боязнь предстоящего вмешательства, отсутствие обратной связи (невозможность

вербального контакта между врачом и пациентом непосредственно в процессе лечения), да и просто нелюбовь к стоматологам вообще (неосознанная стоматофобия).

На приеме у стоматолога-хирурга все эти негативные факторы суммируются и усугубляются тем, что утрата зуба (органа) для больного, как правило, не безразлична и приводит к необходимости последующей реабилитации и восполнению дефекта зубного ряда дорогостоящими методами. Об этом необходимо помнить врачам-стоматологам.

Пациент бывает часто не готов к решению этих вопросов ни психологически, ни финансово и свое негативное отношение к хирургическому вмешательству может выразить в виде жалобы на стоматолога-хирурга. Помимо того необходимо помнить и тот факт, что перед началом стоматологического лечения психологическая подготовка необходима свыше 70% пациентов [2, с. 56].

Принимая во внимание все вышеперечисленное, можно высказать о том, что наиболее частыми причинами конфликтных ситуаций в стоматологической практике являются:

1. недостаточно внимательное отношение к пациенту;
2. отсутствие информированного согласия пациента на лечение;
3. отсутствие согласованности в действиях врачей разной специализации, коллегиальности в составлении плана лечения;
4. дефекты ведения медицинской документации;
5. профессиональная некомпетентность (необоснованное расширение показаний к хирургическому лечению);
6. характерологические особенности врача-стоматолога и пациента.

Пути предупреждения конфликтных ситуаций берут свое начало из приведенных выше положений. К путям предупреждения конфликтов следует отнести:

1. Воспитание врачей-стоматологов в традициях отечественной медицинской школы.

Необходимо отметить, что в настоящий момент целесообразно вновь вернуться к вопросам культуры врачебного приема, врачебной этики, врачебного профессионализма. Глобализация и

другие негативные тенденции, которые, к сожалению, в последнее время набирают силу, размывают культурные традиции многих народов. Это, безусловно, пагубно сказывается и на деонтологии, которая является частью традиций отечественной медицины. Следует подчеркнуть, что врач-стоматолог должен проявить не только высокую компетентность, но и суметь общаться в приемлемой для данного больного форме, проявить внимание, доброжелательность и, в известной мере, даже артистизм. При этом не должно быть шаблона, так как больные нуждаются в сугубо индивидуальном подходе к ним.

2. Информирование пациента о сущности хирургического действия, характере возможных осложнений.

Следует подчеркнуть, что большинство больных не располагают объективной и достоверной информацией о сущности хирургического вмешательства, о его достоинствах и недостатках. Например, под влиянием коммерческой рекламы «супермастеров» у многих пациентов формируется мнение, что медицина гарантирует сохранность введенного имплантата на всю жизнь и без осложнений. В этих случаях, соблюдая профессиональную этику, важно дать больному возможность принять самостоятельное решение на основе переданной ему информации. Врач-стоматолог, с учетом выявленных факторов риска, должен высказать обоснованное мнение о прогнозе лечения и ответить на все вопросы, возникшие у пациента, в частности, об альтернативных методах лечения.

3. Коллегиальное принятие плана лечения.

Пациенты, побывавшие на приеме у нескольких узких специалистов-стоматологов (терапевта, пародонтолога, хирурга, ортопеда, ортодонта) часто испытывают тревогу, беспокойство, а иногда и раздражение из-за разноречивой информации и порой противоположных мнений этих специалистов о плане предлагаемого лечения. Такие пациенты нередко становятся источником устных и письменных жалоб и отнимают много сил и времени на их разборы. Причиной же конфликта является отсутствие документально оформленного мнения специалистов, передача информации в устной форме, что свидетельствует о невысоком уровне организации лечебно-диагностического процесса в данном учреждении.

Такая ситуация, к сожалению, способствует развитию ятрогенных заболеваний.

В соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом врач-стоматолог обязан знать алгоритмы врачебной деятельности не только хирурга, но и терапевта, ортопеда (от постановки развернутого диагноза, лечения до полной реабилитации больного). Изучение всех разделов стоматологии с решением междисциплинарных проблем способствует накоплению знаний и формированию интегрального клинического мышления, позволяющего составлять согласованные планы лечения, грамотно документировать его.

4. Разработка стандартов оказания хирургической стоматологической помощи. Постоянное повышение квалификации медицинского персонала.

В последние годы все чаще возникает вопрос о четких критериях оценки действий медицинского работника при данной патологии пациента, соответствующих действующим правилам отечественной медицины. Такие критерии – стандарты – позволили бы устранить субъективизм оценки.

5. Контроль за качеством ведения медицинской документации.

Необходимо тщательное выполнение требований к заполнению медицинской карты стоматологического больного как юридическому документу в строгом соответствии с нормативными актами Министерства здравоохранения РФ и правовой регламентацией врачебной деятельности.

Недочеты в этой работе становятся основанием не только для морального осуждения, но и привлечения медицинского персонала к различным видам юридической ответственности. Поэтому требуется контроль со стороны администрации лечебного учреждения за ведением первичной документации, которая может находиться на руках у пациентов.

Все вышеизложенное позволяет высказаться о том, что основным направлением предупреждения и разрешения конфликтов является повышение правовой культуры и, как следствие, разработка адекватных моделей поведения врача-стоматолога в соответствии с существующими в настоящее время социально-экономическими условиями и правовыми гражданскими актами.

Список литературы:

1. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н., Михеева Н.А., Татариныцев А.В. Медико-правовая осведомленность медицинских работников (монография). М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2011. 120 с.
2. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Судебно-медицинская экспертиза профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи в стоматологии (монография). М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. 204 с.
3. Баринов Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам (монография). М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2013. 164 с.
4. Янушевич О.О., Баринов Е.Х., Добровольская Н.Е., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н. Судебно-медицинская и медико-правовая оценка неблагоприятных исходов в стоматологической практике/ под ред. О.О.Янушевича. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 384 с.

Об авторах:

Баринов Евгений Христофорович – профессор кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор, Москва, e-mail: ev.barinov@mail.ru

Добровольская Надежда Евгеньевна – доцент кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, кандидат медицинских наук, юрист, Москва

Ромодановский Павел Олегович – заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор, Москва

Barinov Evgeny Hristoforovich – professor of department of forensic medicine and the medical right of SEI VPO «The Moscow state medico-stomatologic university of A.I. Evdokimov» of MZ Russian Federation, the doctor of medical sciences, professor, Moscow

Dobrovol'skaya Nadezhda Evgenyevna – the associate professor of forensic medicine and the medical right of SEI VPO «The Moscow state medico-stomatologic university of A. I. Evdokimov» of MZ Russian Federation, the candidate of medical sciences, the lawyer, Moscow

Pavel Olegovich Romodanovsky – the head of the department of forensic medicine and the medical right of SEI VPO «The Moscow state medico-stomatologic university of A. I. Evdokimov» of MZ Russian Federation, the doctor of medical sciences, professor, Moscow

УДК 614.253.8+616-089.5-082.6+340.130.5

Бобровская О.Н.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВАНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕСПРЕПЯТСТВЕННОГО ДОПУСКА РОДСТВЕННИКОВ К ПАЦИЕНТАМ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Необходимость в достаточной и удовлетворяющей потребностям общества правовой регламентации в вопросах беспрепятственного допуска к пациентам отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) их близких родственников потребовала анализа действующего законодательства и выделения направлений его совершенствования.

Ключевые слова: защита прав пациентов, универсальные правила посещения пациентов отделений ОРИТ

Bobrovskaya O.N.

THE ORGANIZATIONAL AND LEGAL GROUNDS FOR UNIMPEDED ACESS OF THE PATIENTS' RELATIVES TO ICU

The need for satisfying the needs of society and adequate legal regulation of unimpeded access of the patients' relatives to ICU demanded the analysis of the current legislation and the determination of areas requiring improvement.

Keywords: protection of patients' rights, universal rules of visiting the ICU patients.

Вопрос посещения родственниками, пациентов реанимационных отделений буквально стал прорывным в актуальных проблемах общества, обсуждаемых в социальных сетях и СМИ, и, к настоящему времени, обрел самостоятельное значение, дойдя до президента РФ Владимира Путина, который, по итогам специальной ежегодной программы «Прямая линия с Владимиром Путиным», состоявшейся 14 апреля 2016 года поручил министерству здравоохранения до 1 июля представить доклад, предлагающий его решение [1].

Обращаясь к данной теме, мы понимаем его значение, не только как проблему отдельно взятого человека и его семьи, но и как глобальную проблему общества, которое вынуждено кричать о ней, в условиях правового вакуума и существующего строгого режима пребывания пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

В настоящее время посещение взрослых пациентов отделения ОРИТ практически невозможно. Попадая в реанимационный блок, пациент получает всю необходимую медицинскую помощь, но лишается права на уход и внимание со стороны близких родственников, которые, в свою очередь, иногда месяцами не могут даже увидеть родного человека. При этом, нередки случаи, когда в отсутствие должного ухода и заботы пациент, который успешно прошел реанимационные мероприятия, умирает от сепсиса, возникшего от пролежней IV степени.

Статус отделения ОРИТ не может отличаться от прочих, при этом наиболее близок к нему статус хирургического отделения. В хирургических отделениях, а также хосписах посещение пациентов ограничивается лишь временем проведения медицинского осмотра и медицинских манипуляций (оперативного вмешательства). Поэтому в нормативно-правовых актах, регламентирующих деятельность медицинских организаций, мы не найдем особых указаний по поводу строгого режима пребывания и посещения пациентов отделений ОРИТ.

Представляется, что документ, регламентирующий посещение пациентов в стационарах является общим базовым Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 58 (ред. от 04.03.2016) «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», в п. 3.6 главы III которого содержится формулировка: «Разрешается посещение пациентов родственниками, знакомыми. Порядок посещения отделения устанавливается администрацией лечебной организации» [2].

В п. 3.7.8 главы IV СанПиН 2.1.3.2630-10 запрет на посещение установлен в отношении несовершеннолетних детей в отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) перинатального центра, что, в целом, оправдано заботой о неокрепшей психике детей, при этом в отделениях предусматриваются помещения для фильтра (опрос, осмотр и термометрия), переодевания и отдыха приходящих матерей (других родственников по уходу). Матери (другие родственники) перед входом

в отделения надевают чистую сменную одежду, допускается использование чистой домашней одежды.

В Инструктивно-методических указаниях об организации лечебно-охранительного режима в лечебно-профилактических учреждениях страны, утвержденных Приказом Минздрава СССР от 16 ноября 1987 г. № 1204 «О лечебно-охранительном режиме в лечебно-профилактических учреждениях», – содержится правило, которое действует до настоящего времени: «1.3. В каждом лечебно-профилактическом учреждении внести в правила внутреннего распорядка специальный раздел по обеспечению лечебно-охранительного режима» [3].

В этой связи каждая медицинская организация стационарного типа утверждает правила внутреннего распорядка, в целях организации пребывания и посещения пациента родственниками. При этом не допускается устанавливать ограничений, противоречащих ст. 6 «Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи» Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 26.04.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [4]. Таким образом, проектирование помещений стационара должно предусматривать возможность соблюдения санитарно-гигиенического благополучия пациентов, а их пребывание в стационаре не должно нарушать морально-этических норм и попирает их права со стороны медицинского персонала и администрации, в том числе при обеспечении возможности посещения и ухода за пациентом его родственниками, с учетом состояния здоровья.

Вместе с тем, не вызывает сомнений целесообразность запрета в правилах внутреннего распорядка посещения стационаров лиц с животными и маленькими детьми в период эпидемий, а также запрещение проникновения на территорию лиц в состоянии алкогольного и наркотического опьянения.

Повторим, эти правила касаются всех без исключения отделений стационарного комплекса (больницы).

Однако, в ряде случаев, к несовершеннолетним пациентам отделений ОРИТ не пускают даже мам, что противоречит ст. 38 Конституции РФ и ст. 7 и ст. 51 Закона №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Во время «Прямой линии» об этой

проблеме президенту рассказал актер Константин Хабенский, который руководит благотворительным фондом, оказывающим помощь детям с заболеваниями головного мозга. Он выступил с предложением о введении четких и однозначных правил посещения пациентов в реанимации его родственниками.

«Все люди, попавшие в такую ситуацию, имеют на это право. Они беспомощны и нуждаются в человеческом тепле», — отметил актер [5].

Администрация медицинской организации ссылается на ст. 12 и 27 Закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», регламентирующих осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и порядок соблюдения правил внутреннего распорядка стационара соответственно. Таким образом, достаточно простого включения в правила внутреннего распорядка медицинской организации запрета на посещение и уход пациентов отделения ОРИТ, чтобы нивелировать положения ст. 6 того же закона о соблюдении прав пациентов на посещение и уход.

По эмоциональной реакции главного специалиста паллиативной медицинской помощи, врача-онколога, главного врача хосписа № 1 Дианы Невзоровой, об отсутствии приказа Минздрава РФ, ограничивающего допуск родственников в реанимационные отделения медицинских организаций, которая, смело утверждает, что такого «приказа нет и никогда не будет!», можно судить о том, что врачи паллиативных отделений поддерживают идею свободного посещения тяжело и неизлечимо больных пациентов в стационаре.

«Недопустимо мешать людям сказать друг другу последние слова, — утверждает она, — делая это, медики нарушают права человека. В нашем хосписе безоговорочное 24-часовое посещение. Так же должно быть и в ОРИТ» [6].

Положения о возрастных ограничениях при посещении пациента родными в стационаре, методические указания не содержат.

Представляется, что данный вопрос должен быть незамедлительно решен на методическом, с точки зрения общих критериев допуска/недопуска к пациентам отделений ОРИТ, а также практическом уровнях, включая особые условия посещения пациентов

только для определенных целей (ухода, смены белья, обработки пролежней, ран, применения средств гигиены и парафармацевтики). В этом случае, запрет на посещение пациентов отделений ОРИТ без целей ухода будет оправдан необходимостью соблюдения санитарно-эпидемиологического режима в стационаре и каждый член общества, заинтересованный в решении данного вопроса, выберет тот вариант, который ему подходит (посещение-уход за больным; запрет на посещение без цели ухода).

Список литературы:

1. <http://www.vesti.ru/doc.html?id=2745519&tid=109585> (дата обращения 5.05.2016)
2. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 58 (ред. от 04.03.2016) «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (вместе с «СанПиН 2.1.3.2630-10. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы...») (Зарегистрировано в Минюсте России 09.08.2010 № 18094)
3. Приказ Минздрава СССР от 16 ноября 1987 г. № 1204 «О лечебно-охранительном режиме в лечебно-профилактических учреждениях». Официально опубликован не был.
4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 26.04.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ, 28.11.2011. № 48. Ст. 6724.
5. <http://www.vesti.ru/doc.html?id=2745519&tid=109585>
6. Двери реанимаций приоткрываются со скрипом. <http://novayagazeta.spb.ru/articles/9825/> (дата обращения 5.05.2016)

Об авторе:

Бобровская Ольга Николаевна – доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Медицинского Государственного Университета им. И.М. Сеченова, кандидат юридических наук, доцент, г. Москва, e-mail: uracadem@yandex.ru

Bobrovskaya Olga Nikolayevna – associate professor, PhD, Docent of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow)

УДК 616-006-082+616-08-07

Вилкова Д.М., Нахаев В.И., Ярыгин Н.В.

РОЛЬ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В СИСТЕМЕ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В статье представлен анализ обращений граждан на некачественное оказание медицинской помощи в условиях онкологического диспансера. Показано значение тщательного разбора по сути обращения, как инструмента в системе эффективного контроля качества оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: обращение, жалоба, контроль качества оказания медицинской помощи, права пациента, онкология, конфликт.

Vilkova D.M., Nahaev V.I., Yarigin N.V.

ROLE OF APPEALS OF CITIZENS TO TREATMENT-AND-PROPHYLACTIC INSTITUTIONS OF AN ONCOLOGICAL PROFILE IN THE MONITORING SYSTEM OF QUALITY OF DELIVERY OF HEALTH CARE

The article presents the analysis of complaints of citizens about the low-quality medical care in the Regional Oncology dispensary. There is the importance of a thorough analysis of the essence of the appeal, as a tool in the system of effective control of quality of medical care, are shown.

Keywords: appeal, a complaint, quality of care, patient rights, oncology, conflict.

В любой системе контроля качества медицинской организации центральное место занимает работа с обращениями граждан. Согласно федеральному закону № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», обращение гражданина (далее – обращение) – это направленные в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в письменной форме или в форме электронного документа предложение, заявление или жалоба, а также устное обращение гражданина в государственный орган или орган местного самоуправления.

Очень часто при анализе обращений граждан термин «обращение» приравнивается к термину «жалоба», что не соответствует определению федерального закона. Необходимо четко разграничить данную терминологию при разборе обращений на первичном

этапе. Следует также учитывать, что в одном и том же обращении могут содержаться и предложения, и заявления, и жалобы.

К сожалению, количество конфликтных ситуаций в здравоохранении за последние годы существенно возросло. И онкологическая служба в этом контексте не является исключением [3]. Это связано с изменением социально-экономических условий, ростом правового сознания населения, увеличением доли дорогостоящих услуг. Конфликты стали переноситься из лечебных учреждений, из системы здравоохранения в судебные инстанции. Судебные иски, возбуждаемые против медицинской организации – это проблема, которая может коснуться каждого медицинского работника [1, 2].

Письменное обращение, актуальной формой которого в настоящее время является электронный документ, – это официальное обращение гражданина к конкретному должностному лицу. В соответствии с законодательством, должностное лицо обязано, не только предпринять меры в отношении обращения, но и в течение месяца в письменной форме ответить гражданину о проделанной работе, касающейся обращения. Таким образом, складывается ситуация, когда в интересах гражданина официальные лица не только обязаны действовать, но и еще должны письменно отчитываться перед ним о выполненной работе [8].

В случае возникновения конфликтных ситуаций при оказании онкологической помощи, особый интерес представляет внесудебный механизм урегулирования, поскольку он гораздо более оперативный. В сфере медицинской помощи обжалование действий (бездействий) ответственных лиц является шагом, заставляющим их действовать в интересах гражданина. Обжалование – это один из гарантированных законодательством механизмов, обеспечивающих беспрепятственность реализации пациентом своих прав.

Общее правило выглядит следующим образом – в судебном порядке возможно обжалование действий как юридического лица, так и физического лица (которое являлось услугодателем) и обжалование действий должностного лица любого уровня. В случае внесудебного обжалования, жалоба подается вышестоящему (по сравнению с правонарушителем) должностному лицу, либо в надзорный орган (лицензионная палата, прокуратура, профес-

сиональная ассоциация), либо в организации, уполномоченные защищать интересы пациентов. «Первой инстанцией», которая обязана отреагировать на жалобу в отношении медицинского работника, является главный врач лечебного учреждения, в котором работает данный сотрудник.

Одна жалоба одновременно может быть подана в одну, несколько или даже во все инстанции, обладающие компетенцией защиты прав пациентов. Защитниками пациентов в РФ являются: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения; Прокуратура РФ; Страховые медицинские организации, ТФОМС и общественные организации. Исключением является подача жалобы Уполномоченному по правам человека Российской Федерации. В данной инстанции рассматриваются только те жалобы, которые уже были рассмотрены в судебном или административном порядке, но гражданин не согласен с принятым решением.

Стоит сказать об улучшении юридической осведомленности населения. Так если еще несколько лет назад обращения были больше похожи на выплеск отрицательных эмоций пациента или его родственников, и не содержали в себе признаков нарушения прав пациента сотрудниками лечебного учреждения. В настоящее же время прослеживается тенденция к прописыванию четких позиций заявителя с указанием конкретных фактов и приложением непосредственных доказательств, в том числе фото-, аудио- и видеоматериалов.

Для обеспечения прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества и совершенствования организации медицинской помощи в 2015 году в структуре врачебной комиссии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения московской области «Московского областного онкологического диспансера» (далее по тексту ГБУЗ МО «МООД») выделена подкомиссия по разбору обращений. Задачей данной подкомиссии является обеспечение многоуровневого ведомственного контроля над предоставлением лечебно-диагностических мероприятий надлежащего качества.

Каждое обращение граждан должно быть надлежащим образом зафиксировано и разобрано по сути обращения, проведена экспертиза имеющейся медицинской документации и комиссией

должно быть вынесено определение обоснованности предъявляемых требований заявителем. Основными функциями данной подкомиссии являются: выявление причин обращения пациента или его законного представителя с жалобой; анализ обращений; при необходимости проведение очной экспертизы и встречи с пациентом; принятие управленческих решений по результатам анализа; разработка мероприятий по предупреждению недостатков при оказании медицинской помощи; обеспечение безопасности лечебно-диагностического процесса; осуществление контроля за работой медицинского персонала, организация врачебных конференций; внесение предложений по вопросам, входящим в компетенцию подкомиссии.

Проведенный анализ более 200 обращений на некачественное оказание медицинской помощи в условиях онкологических учреждений Москвы и Московской области показывает, что 52% граждан направляют обращения в Министерство здравоохранения соответствующего региона: Министерство здравоохранения Москвы и Московской области. На втором месте по обращаемости стоит администрация самого учреждения и администрация президента РФ (рис. 1). В настоящее время возросло количество обращений в правительство области и Росздравнадзор.

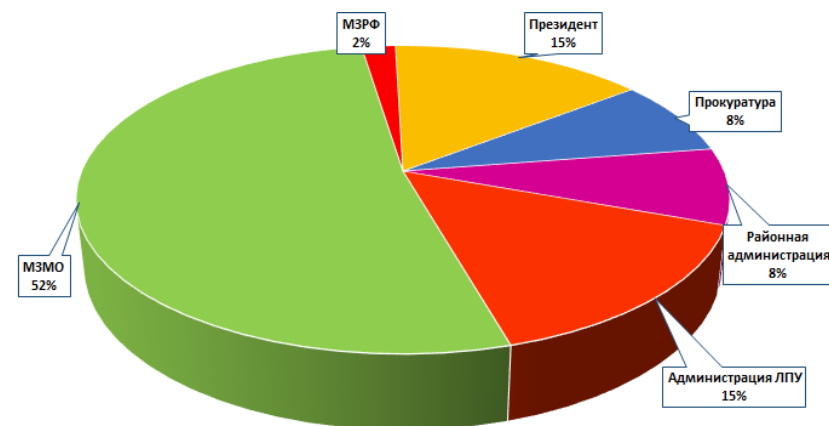


Рис. 1. Адресаты направления обращений.

В 62 % случаев обращения исходят от родственников пациентов, иногда даже не присутствующих при консультациях, выборе тактики лечения или отказе от лечения, а получающих информацию (не всегда корректно) от своих тяжелобольных родственников.

При анализе локализации выявлено, что в 25% обращений поступают от пациентов, страдающих злокачественными заболеваниями молочной железы. На наш взгляд, это может быть связано с глубокими переживаниями, вызванными травматичными, инвалидизирующими операциями, длительным лечением и тяжелым периодом реабилитации.

Мы разбили все проанализированные обращения на несколько подгрупп:

- ✓ обращения бытового характера – на неудовлетворенность санитарно-гигиеническими условиями в диспансере (большое количество пациентов в палате (более 6 человек), недостаточное отопление в зимнее время в палатах, недостаточную чистоту мест общего пользования в отделении);
- ✓ обращения организационного характера – длинные очереди в регистратуру и на прием к врачам, запись на дополнительные методы обследования, необеспеченность лекарственными препаратами;
- ✓ обращения морально-этического характера – грубость и хамство со стороны медицинского персонала;
- ✓ обращения медицинского характера – ошибки диагностики, отказ в госпитализации тяжелобольных с запущенными стадиями, нарушение сроков диагностики;
- ✓ обращения «криминального» характера – незаконная оплата за обследования или лечение.

В процентном соотношении данные группы обращений представлены ниже на диаграмме (рис. 2).

В общей структуре обращений граждан по данным Министерства здравоохранения Московской области, представленным на VIII Всероссийской научно-практической конференции «Медицина и качество – 2015», выделены также обращения по поводу оказания скорой медицинской помощи и помощи детскому населению. Учитывая специфику онкологического диспансера, данная категория обращений практически не встречается (рис. 3).

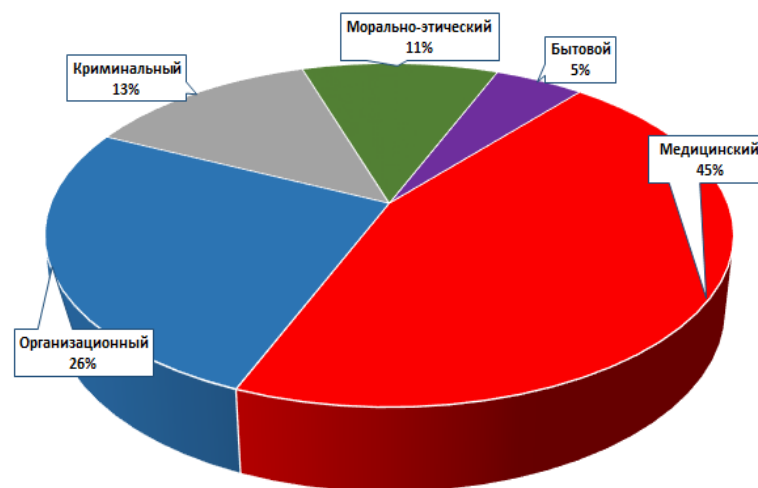


Рис. 2. Распределение обращений по их характеру.

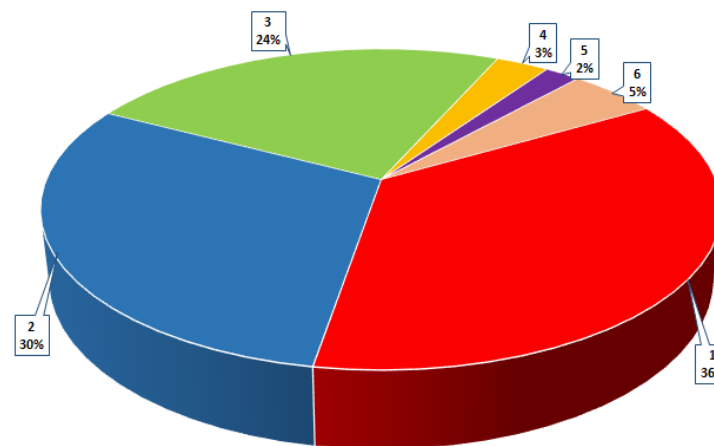


Рис. 3. Структура обращений граждан Московской области в 2015 г.

1. неудовлетворительное оказание медицинской помощи;
2. обеспечение лекарственными средствами;
3. обеспечение медицинской помощью детского населения;
4. недостатки в работе органов и учреждений здравоохранения;
5. недостатки в работе служб скорой и неотложной помощи;
6. прочие.

В результате работы данной комиссии выявлены следующие дефекты оказания медицинской помощи: дефекты оказания медицинской помощи (в назначении и проведении режимов полихимиотерапии, необоснованности объема операции, увеличение сроков обследования на поликлиническом уровне), доступности медицинской помощи, дефекты лекарственного обеспечения, оформления медицинской документации (в том числе и оформления информированного добровольного медицинского согласия), дефекты этики и деонтологии.

Из всего потока обращений обоснованными комиссией признаны только 20 обращений (10%). По инициативе подкомиссии вынесены следующие организационные решения:

- ✓ проведена проверка организации трансфузиологической службы в диспансере, выявленные дефекты устранены;
- ✓ вынесено несколько дисциплинарных взысканий врачам-онкологам;
- ✓ проведены конференции с врачами о правильности заполнения информированного добровольного согласия, согласно законодательству РФ;
- ✓ пересмотрена система назначения дорогостоящих лекарственных препаратов;
- ✓ неоднократно проведены занятия со средним и младшим медицинским персоналом по вопросам этики и деонтологии.

По нашему мнению, только после тщательной комиссионной проверки всех фактов, изложенных в обращении, анализа медицинской документации, финансовых документов, консультаций эксперта, личного приема граждан можно признать жалобу обоснованной или необоснованной. От этого полностью зависит квалификация действий врача и другого персонала, а также объективность ответа заявителю. Многие клиники недооценивают эффект негативных мнений. Однако каждое обращение требует серьезного служебного расследования с доведением его результатов до всего коллектива, принятием организационных мер и дисциплинарных воздействий к отличившимся сотрудникам. Только в этом случае работа с обращениями граждан будет рассматриваться как один из основных механизмов внутреннего эффективного контроля качества оказания медицинской помощи онкологическим больным.

Список литературы:

1. Карасев Д.В., Здановский Э.Г. Конфликт с пациентом: характеристика субъективной стороны происшествия (по данным страховой медицинской организации) // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. М., 2005. С. 172-174.
2. Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 312 с.
3. Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х. Ошибки в клинической онкологии: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009. 768 с.
4. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1 (с изм. и доп.) // Российские ве-сти, № 174, 09.09.1993.
5. Об обязательном медицинском страховании в РФ: Федеральный закон РФ от 29.11.2010 №326-ФЗ (с изм. и доп.) // Российская газета № 274, 03.12.2010.
6. О защите прав потребителей: Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (с изм. и доп.) // Российская газета. № 8. 16.01.1996.
7. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.2009 №944н // Российская газета, №245, 21.12.2009.
8. О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации: Фе-деральный закон от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ (с изм.и доп.) // Российская га-зета № 95, 05.05.2006 г.

Об авторах:

Вилкова Диана Маулитовна – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе ГБУЗ МО «МООД», г. Балашиха, e-mail: aminovad@mail.ru

Нахаев Виктор Иванович – заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры медицины катастроф и обеспечения жизнедеятельности ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва.

Ярыгин Николай Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедры медицины катастроф и обеспечения жизнедеятельности ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва.

УДК 616-082+340.692

Гришин А.В.

ПРОБЛЕМЫ МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С НЕНАДЛЕЖАЩИМ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В статье анализируются теоретические и практические проблемы, встречающиеся при производстве судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам по преступлениям, связанным с ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Ключевые слова: экспертная методика; комплексная судебно-медицинская экспертиза; ненадлежащее оказание медицинской помощи.

Grishin A. V.

PROBLEMS OF METHODOLOGICAL SUPPORT PRODUCTION OF FORENSIC EXPERTISE IN THE INVESTIGATION OF CRIMES RELATED TO IMPROPER MEDICAL CARE

Article examines theoretical and practical problems encountered in forensic medical examinations in criminal cases involving crimes related to improper health care.

Keywords: expert technique; integrated forensic examination; improper medical care.

В настоящее время в судебной медицине отсутствует экспертная методика, необходимая для решения типовых экспертных задач при производстве комплексных судебно-медицинских экспертиз в случаях с неблагоприятными исходами оказания медицинской помощи, что препятствует единому подходу к проведению экспертиз в государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях Российской Федерации; затрудняет проверку обоснованности экспертных выводов при оценке заключения эксперта участниками процесса.

В силу изменений законодательства и достижений науки, созданные десятилетия назад экспертные методики безнадежно устарели.

Анализ материалов судебной и следственной практики показывает, что отсутствие современной экспертной методики решения диагностических и ситуационных задач при производстве

судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных дел о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, отрицательно отражается на результатах экспертных исследований:

- ✓ судебно-медицинские эксперты, при решении поставленных вопросов, часто выходят за рамки применения специальных знаний в области медицины и отвечают на вопросы правового характера;
- ✓ судебно-медицинские эксперты в обосновании своих выводов используют полученные при исследовании материалов дела показания свидетелей и результаты проверок качества медицинской помощи;
- ✓ судебно-медицинские эксперты не разграничивают цели, критерии и экспертные задачи, решаемые при экспертизе качества медицинской помощи, с задачами, целями и критериями, используемыми при производстве судебно-медицинской экспертизы;
- ✓ при производстве комплексных судебно-медицинских экспертиз судебно-медицинские эксперты подписывают общие выводы с врачами-клиницистами;
- ✓ при решении экспертной задачи судебно-медицинские эксперты обосновывают свои выводы на личном мнении авторитетного клинициста – члена комиссии, не приводя необходимых аргументов в установлении причинности неблагоприятного исхода медицинской помощи и т.п.

Сложность квалификации преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, обусловлена не только отсутствием необходимых методических рекомендаций по решению экспертных задач, но и с несовершенством действующего законодательства. Юридическая конструкция составов ряда неосторожных преступлений (ст.ст. 109, 118, 124 УК РФ) предусматривает материальный, а не формальный состав, т.е. при отсутствии прямой причинной связи между деянием врача и наступившими неблагоприятными последствиями, состав преступления не образуется.

К чему приводит такой подход можно проследить на часто встречающихся случаях из следственной практики, подтвержда-

ющих закономерность прекращения уголовных дел, в связи с отсутствием состава преступления.

Например, в случае наступления смерти пациента, поступившего с тяжелой травмой в медицинское учреждение и оставшегося без надлежащего медицинского обеспечения, при производстве судебной экспертизы причинная связь летального исхода устанавливается именно с травмой, а не с бездействием врача. В других случаях, неблагоприятный исход связывают с непредвиденной реакцией организма на введенное лекарство, индивидуальными особенностями организма; размывается граница между врачебной ошибкой и преступлением. В результате, лишь единичные случаи расследуемых дел заканчиваются обвинительным приговором.

Попытки, хоть как-то выйти из парадоксальной ситуации, привели к тому, что часть своих полномочий органы, ведущее расследование, делегировали экспертам, фактически заставляя их давать юридическую оценку действиям медицинских работников. Эксперты были поставлены перед необходимостью поиска выхода из сложившейся юридической коллизии.

Комплексная экспертиза при расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, призвана решить целый ряд экспертных задач из разных отраслей медицины: установление своевременности и обоснованности диагностики, полноты проведенного обследования пациента; адекватности назначенного лечения; установления степени тяжести вреда, причиненного здоровью; установления причины смерти и иных причинных связей).

Пленум Верховного Суда Российской Федерации отметил, что вопросы, поставленные перед экспертом, и заключение по ним не могут выходить за пределы его специальных знаний: «Постановка перед экспертом правовых вопросов, связанных с оценкой деяния, разрешение которых относится к исключительной компетенции органа, осуществляющего расследование, прокурора, суда (например, что имело место – убийство или самоубийство), как не входящих в его компетенцию, не допускается» [2, пункт 4].

Оценка доказательств, в том числе: показаний свидетелей и результатов проверок качества медицинской помощи – компетенция не эксперта, а дознавателя, следователя, прокурора и суда [4, статьи 17 и 88].

Эксперт не наделен правом на юридическую оценку действия или бездействия медицинского работника, принимавшего участие в оказании медицинской помощи пациенту. Обладая возможностью установить механизм образования телесного повреждения и оценить степень тяжести вреда здоровью, эксперт не может связывать неблагоприятные исходы оказания медицинской помощи с действием либо бездействием конкретного врача. Юридическую оценку деяниям медицинских работников дают сотрудники правоохранительных органов и суд.

Установление наличия или отсутствия причинной связи между деянием и наступившими последствиями в преступлениях с материальным составом, к каковым относится и преступное ненадлежащее оказание медицинской помощи, является обязательным действием следователя при квалификации объективной стороны состава преступления на стадии предварительного расследования, а затем – действием судьи на стадии судебного разбирательства.

Для того чтобы выявить причинную связь между бездействием врача и неблагоприятными последствиями следователю и суду необходимо дать правовую оценку всем обстоятельствам, ставшим известными при расследовании и судебном рассмотрении дела, в том числе, из заключения эксперта. Поэтому, нельзя признать правильным постановку перед экспертами вопросов, требующих юридической оценки. Например: «Имеется ли причинная связь между неблагоприятным исходом и бездействием медицинских работников, оказывавших пациенту медицинскую помощь?».

Посредством производства судебно-медицинской экспертизы устанавливаются непосредственная причина смерти, характер и последовательность событий и фактов, которые предшествовали летальному исходу.

Только после того как экспертом будет установлено первое звено в цепочке причинно-следственной связи, а именно наличие связи между взаимодействием травмирующего фактора внешней среды с организмом (телом) потерпевшего, субъект доказывания (следователь, дознаватель) переходит к установлению следующего звена причинно-следственной связи – устанавливает наличие связи между действиями конкретного лица и преступным результатом.

Звенья причинности, исследованные и установленные экспертом, сопоставляются с другими достоверно установленными звеньями причинной связи по уголовному делу с целью выяснения механизма преступления.

Судебно-медицинский эксперт и врач-клиницист, участвующий в производстве комплексной экспертизы, должны ответить на поставленные вопросы, не вторгаясь в сферу юридической оценки сложившихся обстоятельств. Это, прежде всего, вопросы о соответствии выполненных хирургических операций и иных медицинских манипуляций установкам, изложенным в различных руководствах и инструкциях, не являющихся нормативными документами. Данное обстоятельство объясняется тем, что в существующих типовых стандартах и правилах диагностики и лечения различных заболеваний и травм, не содержится норм о вариантах технического исполнения хирургических операций, медицинских манипуляций. Поэтому, правовая оценка этих действий медицинских работников не возможна в принципе.

Что касается вопросов, требующих оценки выполнения медицинским работником требований нормативных документов, изложенных в соответствующих правилах и стандартах, то она является, конечно же, прерогативой следователя и суда. Ответы на интересующие вопросы следователь и суд могут получить, самостоятельно изучив нормативные акты и (или) получив консультацию специалиста.

Сведения об использованной при производстве судебной экспертизе экспертной методике (название методики; автор или составитель методики, организация – разработчик методики, библиографические данные опубликованной методики) должны указываться в Заключение эксперта [1, п. 9 ч. 1 ст. 204].

Эксперты в своих заключениях вместо указания использованной экспертной методики часто перечисляют научные методы исследования объектов, не замечая принципиальной разницы между методикой и методологией. Между тем, эта разница существенно различима по целям исследования: экспертная методика (родовая – типовая – конкретная) направлена на решение экспертной задачи, а научная методология судебно-экспертного исследования – на установление отдельных свойств объектов исследования.

Экспертная методика – это система научно обоснованных рекомендаций по эффективному и рациональному применению средств, приемов и методов, обеспечивающему эффективность решения экспертной задачи, научную обоснованность и достоверность полученных результатов.

Законом установлено, что заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных» [6, статья 8].

Современное законодательство предусматривает, что при производстве экспертизы эксперт использует медицинские технологии, разрешенные к применению на территории Российской Федерации, а также другие рекомендованные экспертные методики и имеющиеся в распоряжении государственного судебно-экспертного учреждения технические средства для объективного, всестороннего, полного, строго научно обоснованного решения поставленных перед ним вопросов [3, пункт 25].

Унификация экспертных методик для решения типовых задач в государственных судебно-экспертных учреждениях одного и того же профиля обусловлена требованиями действующего законодательства [6, статья 11].

Пределы компетенции членов комиссии экспертов определяются программами обучения студентов медицинских вузов по конкретной специальности, включая последипломное обучение; аттестационными и квалификационными требованиями. Объем теоретической и практической подготовки врачей-клиницистов и врачей-судебно-медицинских экспертов, их специальные знания – существенно отличаются.

При производстве судебных экспертиз по материалам уголовных дел о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, назначаются и проводятся комплексные экспертизы, в которых наряду с судебно-медицинскими экспертами принимают участие врачи других специальностей. В ходе таких экспертиз решается не одна, а несколько экспертных задач. Следовательно, применяемая экспертная методика является комплексной и должна содержать отдельные рекомендации для врачей-клиницистов и судебно-медицинских экспертов.

Между компетенциями участников уголовного судопроизводства, устанавливающих необходимые факты и обстоятельства при расследовании преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, существуют определенные пробелы.

При оценке следователем выполнения конкретным медицинским работником требований нормативных документов, изложенных в соответствующих приказах, правилах и стандартах, он испытывает серьезные затруднения в силу отсутствия знаний специальных терминов, используемых в медицине. Эксперт не может дать такую оценку, в силу запрета, налагаемого действующим законодательством. Ликвидировать данный пробел может специалист, наделенный соответствующими процессуальными полномочиями [4, статья 58]. Например, специалистом может быть назначен врач, осуществляющий проверку качества медицинской помощи.

При установлении причинной связи между своевременностью и полнотой поставленного диагноза, адекватностью проведенного лечения и неблагоприятным исходом в виде наступления смерти или причинения тяжкого вреда здоровью, среди компетенций врачей-клиницистов и судебно-медицинского эксперта также существует лакуна, заполнить которую может участие в производстве судебной экспертизы врача-патологоанатома, роль которого в современной экспертной практике явно остается недооцененной.

Это косвенно подтверждается изменениями законодательства, которое предусматривает в случаях смерти, при которых ранее в обязательном порядке проводилось судебно-медицинское исследование (подозрение на насильственную смерть; оказание умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток; подозрение на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов; рождение мертвого ребенка), теперь требуется проведение патологоанатомического вскрытия [3, ч. 3 ст. 67].

В качестве основных элементов в содержание комплексной экспертной методики должны быть включены: объекты экспертного исследования, средства и методы исследования, алгоритм

применения методов и средств, примеры возможных результатов исследования, рекомендации по оценке полученных результатов.

Отечественная судебная медицина остро нуждается в разработке современной экспертной методики решения диагностических и ситуационных задач при производстве комплексных судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных дел о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, которая позволит упорядочить и оптимизировать деятельность эксперта, вооружить его передовыми научными технологиями и минимизировать число экспертных ошибок.

Список литературы:

1. Методические указания по проведению судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с жалобами родственников на неправильную диагностику и лечение. М.: Бюро главной судебно-медицинской экспертизы, 1992. 18 с.
2. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 21.12.2010 г. № 28 «О судебной экспертизе по уголовным делам» // «Российская газета». № 296. 30.12.2010.
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» // Российская газета. 20.08.2010.
4. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2001. № 52. Ст. 4921.
5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 21.07.2014) // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.
6. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (ред. от 25.11.2013) // Собрание законодательства РФ. 2001. Ст. 2291.

Об авторе:

Гришин Александр Владимирович – старший преподаватель кафедры уголовно-процессуального права Центрального филиала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский государственный университет правосудия», г. Воронеж, e-mail: avg5836@yandex.ru

Grishin Alexander Vladimirovich – senior lecturer in criminal law and procedure of the Central Branch of the Federal State educational institution of higher education budget, «Russian State University of Justice», Voronezh

УДК 614.253.83+616-07

Гурылева М.Э.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Статья посвящена ключевым моментам, обеспечивающим безопасность пациентов в клинических исследованиях: деятельности разрешительных органов, активности независимых комитетов по этике, информированному согласию пациентов.

Ключевые слова: клинические исследования, безопасность пациентов, локальные этические комитеты.

Guryleva M.E.

CLINICAL STUDIES AND PATIENT SAFETY

The article focuses on the key points, providing the safety of patients in clinical studies of activity licensing authorities, the activity of independent ethics committees, informed consent of patients.

Key words: clinical research, patient safety, local ethical committees.

Согласно доклада Thomson Reuter в мире ежегодно регистрируется 21-31 новая молекула ставшая оригинальным лекарством, которое прошло все стадии клинических испытаний и получило одобрение регуляторов. По свидетельству американской Ассоциации разработчиков и производителей лекарственных средств (RhRMA) регулятор одобряет только один из пяти препаратов, прошедший полный цикл клинических исследований (20%), в которых принимали участие десятки тысяч пациентов.

Примерно 5% мировых продаж лекарств приходится на препараты, выпущенные на рынок в последние пять лет, остальные 95% – это продажи ранее зарегистрированных лекарств. По истечении срока патентной защиты любой производитель может воспроизвести хорошо зарекомендовавшую себя в медицинской практике молекулу и поэтому кроме брендов клиническим испытаниям подвергаются сотни дженериков. Если учесть, что на полках аптек ежегодно появляется порядка 100-120 новых лекарственных наименований, то понятен масштаб организуемых исследований [1].

Клиническое исследование – это научное исследование с участием людей, которое проводится с целью оценки эффективно-

сти и безопасности нового лекарственного препарата, а также новых методов диагностики и лечения. Во всем мире клинические исследования являются неотъемлемым этапом разработки препаратов, который предшествует его регистрации и широкому медицинскому применению. Если препарат не прошел клинических исследований, он не может быть зарегистрирован в разрешительных органах и выведен на рынок [2].

Участие в клиническом исследовании всегда несет элемент риска для пациента, и в тоже время оно связано с возможностью извлечь конкретную и не малую пользу для пациента – это, в первую очередь, доступ к новому, возможно более эффективному, чем имеющиеся в рутинной практике, средству лечения или диагностики, получение этого средства бесплатно и под тщательным контролем исследователя. Последнее является мощной мотивацией для согласия больного человека участвовать в клиническом исследовании. Защитой пациента, в первую очередь, является правовое регулирование исследований и разработан «золотой стандарт» качественной клинической практики (Good Clinical Practice – GCP), регламентирующий все этапы разработки, проведения, ведения документации и отчетности исследований с участием человека в качестве испытуемого, статистический обработки его результатов. Стандарт гарантирует соблюдение прав участников исследования, правил по обеспечению их безопасности, усилий по нанесению вреда пациентам и требований к достоверности исследований [3].

Необходимости такой регламентации имеется историческое обоснование: до середины XX века проводилось немало неэтичных исследований, которые позже по праву были названы «бесчеловечными опытами над людьми» – это и эксперименты в нацистских лагерях смерти и проводимые в мирное время эксперименты над обычными жителями. В настоящее время этическое обеспечение клинических исследований сводится к следующему:

1. Медицинское исследование с участием человека проводится только в том случае, если данные не могут быть получены каким-либо иным способом;
2. Результаты исследования должны представлять значительный интерес для науки и общества и вносить большой вклад

в разработку эффективных лекарств, превосходящих по своим качествам уже существующие лекарственные препараты или значительно улучшать методы лечения, которые активно используются или апробировать новые методы лечения;

3. Исследованию с участием человека должны предшествовать эксперименты на животных;
4. Участники исследований должны получить максимально полную информацию об исследовании, в котором они собираются принять участие. Их согласие является важнейшим условием проведения исследования. Любой участник исследования имеет право в любой момент отказаться от участия в исследовании.

Для минимизации возможного риска международное сообщество выработало эффективную систему государственного и общественного контроля соблюдения прав участников исследований и этичности проведения клинических исследований в которую помимо правового регулирования проведения клинических исследований входит деятельность разрешительных органов и деятельность независимых комитетов по этике (локальных этических комитетов). Безусловно, обязательной компонентой защиты является информированное согласие без подписания которого ни один пациент не может быть включен в клиническое исследование. Требования к информации для участников исследования (с учетом возрастных, половых, национальных и культурных, ментальных и социально-экономических особенностей контингента пациентов) и процессу получения информированного согласия (при каких обстоятельствах потенциальный субъект исследования принимает предложение принять участие в данном исследовании, когда ему вручают документ с информацией, сколько времени у него будет для ознакомления с документом и обсуждения вопроса об участии с членами семьи, лечащим врачом и др., кто будет проводить информирование и отвечать на вопросы, является ли получение согласия единственным условием включения пациента в исследование, подтверждение факта добровольности принятия решения, факта предоставления возможности задать интересующие вопросы и получить на них ответы и др.) [4] четко прописаны в ГОСТ Р 52379-2005 «Надлежащая

клиническая практика» (2005) созданного на основе зарубежных аналогов и 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (2010). Там же прописано требование получения одобрения каждого клинического исследования федеральным органом – министерством здравоохранения, в рамках которого работает Комитет по этике, а также курация исследований в локальных этических комитетах по месту их проведения (больницы, исследовательские центры, университеты, академии, институты и т.д.). Локальный этический комитет проводит этическую экспертизу планируемого клинического исследования, оценивает возможности исследователей и качество клинической базы, глубину и качество предоставляемой пациенту информации, одобряет начало исследования, а затем в течение всего срока проведения наблюдает за его ходом, оперативно реагирует на сообщения о серьезных нежелательных явлениях, отклонениях от протокола и сообщениях о форс-мажорных обстоятельствах, произошедших с больными-субъектами исследования, при необходимости инспектирует исследовательские центры, реагирует на обращение граждан. Этические комитеты являются в настоящее время структурами, в поле зрения которых скрещиваются научные интересы, медицинские факты и нормы морали и права. Они осуществляют функции экспертизы, консультирования, рекомендаций, побуждения, оценки, ориентирования в этических и правовых вопросах клинических и иных исследований. Они работают для того, чтобы в исследованиях были гарантированы все возможные меры предосторожности и нормы безопасности субъектов клинических исследований, а также являются гарантами этичности деятельности исследователей [2].

Следует заметить, что указанные требования распространяются на все исследования с участием человека, будь они коммерческие или инициативные: проводимые в рамках научных направлений институтов, университетов, в том числе и диссертационные работы (постановление ВАК «О порядке проведения биомедицинских исследований у человека» (Бюллетень ВАК, 2002, № 3). В последнем случае ответственность за обеспечение прав пациентов-участников целиком ложится на локальные этические комитеты [1].

Таким образом, для участников клинических исследований в нашей стране создан надежный плацдарм, обеспечивающий безопасность их участия [1].

Список литературы:

1. Гурылёва М.Э., Глушаков А.И. Организационные и этические аспекты проведения клинических исследований: Учебное пособие для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования // Казань: Первый печатный двор, 2012. 57 с.
2. Вольская Е.А., Семенова Н.В., Громыко Д.В. Практика этической экспертизы: стандартные требования и процедуры независимого этического комитета: пособие для членов ЛЭК // М.-СПб, 2015. 40 с.
3. Руководство по проведению клинических исследований лекарственных средств / Сост.: Р.У. Хабриев, И.Н. Денисов, В.Б. Герасимов, В.Г. Кукес. М.: ФГУ НЦЭСМП Росздравнадзора, 2005.
4. Малышева Е.А., Белоусов Ю.Б., Гурылева М.Э. Защита прав пациентов-участников клинических исследований в России // Ремедиум. 2006. №6. С. 10-14.

Об авторе:

Гурылева Марина Элисовна – профессор кафедры биомедицинской этики, медицинского права и истории медицины Казанского государственного медицинского университета, профессор, доктор медицинских наук, г. Казань, e-mail: meg4478@mail.ru

Guryleva Marina Elisovna – professor of biomedical ethics, medical law and medical history of the Kazan State Medical University, Professor, Doctor of Medical Sciences, Kazan.

© Гурылева М.Э., 2016

УДК 368.91(470)+338.48-6:615.8

Дубинин А.О., Бобровская О.Н.

СТРАХОВАНИЕ РОССИЙСКИХ ГРАЖДАН ПРИ ВЫЕЗДЕ ЗА РУБЕЖ НА ОТДЫХ И ЛЕЧЕНИЕ

Несмотря на экономический кризис в Российской Федерации, россияне все больше интересуются возможностью совмещения отдыха за рубежом с предлагаемыми многими отелями и частными клиниками программами оздоровления и лечения. Однако, расслабляясь на отдыхе, многие допускают возможность развития неблагоприятных обстоятельств, способных омрачить удовольствие от пребывания на курорте, но также и подрывающих здоровье.

Ключевые слова: отдых, лечение, транспортировка, репатриация.

Dubinina A.O., Bobrovskaya O.N.

INSURANCE OF RUSSIAN CITIZENS GOING ABROAD FOR RECREATION AND TREATMENT

Despite the economic crisis in the Russian Federation, the Russians are increasingly interested in the possibility of combining vacation abroad with offers many hotels and private clinics, rehabilitation programs and treatment. However, relaxing on vacation, many admit the possibility of adverse circumstances that may overshadow the pleasure of staying at the resort, but also debilitating. (google translate).

Keywords: recreation, treatment, transportation, repatriation.

В России, год от года, отдыхающие на зарубежных курортах все больше понимают необходимость выбора особых страховых программ, направленных на минимизацию рисков утраты и повреждения здоровья, а также возможной компенсации при неблагоприятных исходах лечения.

Согласно Федеральному закону от 29 июня 2015 г. № 155-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» [1], приобретение полиса добровольного медицинского страхования носит условно-обязательный характер. Это, по сути, означает, что турист, который отказался от страховки, все риски развития неблагоприятной ситуации во время выезда за границу принимает на себя.

Для ряда стран западной и северной Европы медицинская страховка является обязательной составляющей для временного

пребывания туристов на их территории, поскольку решает многие проблемы получения своевременной и качественной медицинской помощи на отдыхе или лечении, при травмировании, оперативном вмешательстве, а также иных неотложных случаях, компенсируя затраты на оплату счетов медицинских клиник и их услуг за счет страховой кампании.

Более того, без страхового медицинского полиса невозможно получения визы в страны Шенгенской зоны, Балтии, Северной Америки.

При этом базовые требования к полису также крайне важны: полис должен быть выдан «надежной и платежеспособной компанией»; страховая сумма не может составлять менее 30 тыс. в условных единицах; семейный отдых предполагает страхование всех членов семьи. В страховой договор включается возмещение расходов, связанных с внезапным заболеванием, транспортировкой внутри посещаемой страны и возвращением на родину. [2]

По данным с сайта «Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан» [3]:

- ✓ вызов терапевта при простуде в Италии – 280 дол. США;
- ✓ лечение при внезапном гастрите в Испании – 1 515 дол. США;
- ✓ лечение аллергии от укуса насекомого в Греции – 206 дол. США;
- ✓ визит травматолога и наложение гипса в Австрии – 1 500 дол. США.

Согласно ст. 14 Федерального закона «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» [4] страховой полис должен покрывать расходы на медицинскую, медико-транспортную помощь, а также посмертную репатриацию в случаях травм, осложнения хронических болезней и внезапных заболеваний. Кроме того, если страховой случай произошел в период действия полиса и на момент окончания срока страхования путешествующий еще нуждается в лечении или в медицинской транспортировке на родину, страховщик не сможет бросить туриста. Страховая компания будет нести ответственность в пределах установленной по полису страховой суммы без дополнительных ограничений. Но при соблюдении ряда условий: стра-

ховой полис должен быть оформлен на срок не меньше того, в течение которого турист собирается находиться за пределами России, и вступить в силу не позднее даты пересечения туристом российской границы.

При этом, оформление страховки после выезда на зарубежный курорт более не практикуется и не применяется.

Организация страхования медицинских расходов возможна в двух формах:

- ✓ компенсационной;
- ✓ сервисной.

При компенсационной форме страхования застрахованный самостоятельно оплачивает медицинские услуги и берёт на себя заботы по её организации (выбор врача, выполнение прописанных врачом процедур, покупка и приём лекарств и др.). По возвращении домой застрахованный предъявляет страховой компании документы, подтверждающие наступление страхового случая и документы, подтверждающие расходы на лечение. Данная система не совсем удобна как страхователю, так и страховщику. Страховщик не всегда имеет возможность проверить достоверность представленных для оплаты расходов документов и контролировать процесс лечения. Застрахованному также не совсем удобно, так как он вынужден организовывать своё лечение в условиях иной языковой, культурной среды и должен иметь дополнительные денежные средства для оплаты лечения. По этим причинам такая форма страхования медицинских расходов за рубежом ограничивается определённой в договоре страхования суммой (обычно 200-400 долларов США) и применяется при амбулаторном лечении [5].

При сервисной форме страхования медицинских расходов страховая компания с помощью компании-ассистанс берёт на себя организацию лечения в стране пребывания. В этом случае застрахованный при наступлении страхового случая (внезапное заболевание, несчастный случай) звонит по телефону в сервисный центр, который работает круглосуточно и обеспечивается оператором, говорящем на родном языке застрахованного. После звонка все заботы по организации лечения берёт на себя представитель компании-ассистанс.

Ассистанс (от фр. assistance – помощь) – услуги, оказываемые выехавшим за рубеж туристам в соответствии с условиями договора страхования. Компания-ассистанс берет на себя заботу о больном, начиная от подыскивания лечебного учреждения, организации лечения вплоть до сопровождения, заболевшего на родину.

Страховой тариф по страхованию граждан, выезжающих за рубеж, устанавливается в денежных единицах (чаще всего в долларах США или евро) в расчёте на один день пребывания за границей. На величину страхового тарифа влияют следующие факторы [5]:

- ✓ Возраст застрахованного лица (обычно имеются скидки для детей 5-16 лет и увеличение тарифа для лиц пожилого возраста, так как вероятность их заболевания выше).
- ✓ Страна поездки (по стоимости медицинских услуг в тех или иных странах, с учетом удалённости и труднодоступности территории).
- ✓ Продолжительность поездки (при увеличении срока пребывания за границей размер страховой премии на один день немного снижается).
- ✓ Цель поездки и образ жизни застрахованного (минимальные тарифы действуют для обычных граждан (туристов, командированных) и повышенные – для спортсменов или туристов, занимающихся экстремальными видами спорта (например, горнолыжники, дайверы, спелеологи и других)).
- ✓ Страховая сумма (лимит ответственности страховщика). Чем выше страховая сумма, в пределах которой страховщик компенсирует медицинские расходы, тем большая величина страхового тарифа в расчёте на один день.
- ✓ Наличие франшизы (страховка с соучастием застрахованного в расходах на лечение стоит дешевле, чем страховка без франшизы).

Главной причиной популярности лечения за рубежом является: присутствие новейшего диагностического оборудования, позволяющее с максимальной точностью распознать причину заболевания и назначить правильное лечение.

Диагностические приборы последнего поколения особенно незаменимы при проведении различных хирургических операций. В пользу зарубежного лечения говорит также применение самых современных методик лечения различных заболеваний.

В Европе, в таких странах как Германия, Швейцария, Италия, Испания, Чехия, Венгрия, Португалия, Франция существуют как специализированные, так и многопрофильные клиники.

До выезда на лечение за рубеж клиент (или страховая компания клиента) получают полную информацию обо всех запланированных этапах лечения, его стоимости, сроках, специалистах, которые будут работать с клиентом. В ходе проведения лечения данный план может уточняться.

Страховыми не являются и случаи, связанные с заболеваниями, травмами или недугами, существовавшими до начала поездки, если о них застрахованное лицо знало и проходило соответствующее лечение (или было в курсе о необходимости такого лечения).

Страховым случаем обычно не признается лечение заболевания, наличие которого при заключении договора страхования пациент намеренно утаил от сотрудника страховой компании. Также к приостановлению действия страховки или полному расторжению договора может привести длительная задержка платы за полис ДМС.

Более того, даже новейшие методы диагностики и лечения сами по себе не защищают от вероятности профессиональной ошибки, поэтому еще до поездки в другую страну необходимо позаботиться о гарантиях получения материальной компенсации в случае непредвиденных осложнений во время лечения в клинике, медицинской халатности или врачебной ошибки.

Сегодня страховые компании предлагают самые разные программы добровольного медицинского страхования. При выборе любой из них в качестве страхового риска выступает возможность возникновения дополнительных расходов страхователя или застрахованного лица, превышающих стоимость медицинской услуги. К таким расходам могут привести, например, осложнения, возникшие в результате лечения, а также расширение объема диагностических и лечебных мероприятий в связи с рекомендациями лечащего врача.

Что касается конкретного перечня медицинских расходов, то к ним относятся затраты застрахованного пациента на дополнительные лабораторные и инструментальные исследования, физиотерапевтические процедуры, хирургические операции, терапевтическое лечение, протезирование, реанимационные мероприятия и пребывание в отделении интенсивной терапии. Кроме того, в такой список могут войти дополнительные расходы на питание, обеспечение медикаментами и расходными материалами в ходе лечения.

Чаще всего медицинская страховка остается действительной не более одного года с момента подписания договора. Согласно условиям выполнения договора, он может вступать в силу либо с момента его заключения и оплаты страхового взноса, либо после наступления тех или иных обстоятельств (в качестве таковых иногда указывается, к примеру, успешное прохождение медосмотра).

Некоторые заболевания проявляются не сразу и могут потребовать лечения уже после окончания срока действия страховки. Идеально, если для подобных случаев договор будет предусматривать возможность продления страховых обязательств.

Если ухудшение состояния пациента наступило предположительно в результате халатности и/или врачебной ошибки, то анализом таких ситуаций занимаются специально созданные комиссии – именно они устанавливают факты виновности медицинского персонала [6].

Для подтверждения факта оказания услуг и расходов, связанных с их получением, требуется сохранять все счета, аптечные чеки на приобретение лекарственных препаратов, заключения врача и другие документы, способные выступить в качестве доказательства понесенных расходов.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 29 июня 2015 г. № 155-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ, 06.07.2015. № 27. Ст. 3946
2. Федеральный закон от 24.11.1996. № 132-ФЗ (ред. от 29.06.2015, с изм. от 02.03.2016) «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации» Федеральный закон от 24.11.1996 № 132-ФЗ (ред. от 29.06.2015, с изм. от 02.03.2016) «Об основах туристской деятельно-

сти в Российской Федерации» // «Собрание законодательства РФ», 02.12.1996, № 49. Ст. 5491.

3. Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан.
4. Федеральный закон от 15.08.1996 № 114-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» // «Собрание законодательства РФ», 19.08.1996. № 34. ст. 4029.
5. Страхование граждан, выезжающих за рубеж // Страхование: учебник / Под ред. Т. А. Фёдоровой. 3-е изд. М.: Магистр, 2009. С. 402-413, 1006.
6. С сайта: «Здоровье без границ», статья «Медицинское страхование при лечении за рубежом» / (<http://mednapravlenie.ru/>) (дата обращения 09.05.2016 год).

Об авторах:

Дубинин Александр Олегович – студент 1 курса лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова

Бобровская Ольга Николаевна – доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, г. Москва, e-mail: uracadem@yandex.ru

Dubinina Alexander Olegovich – student of the medical faculty of the Sechenov First Moscow State Medical University.

Bobrovskaya Olga Nikolayevna – associate professor, PhD, Docent of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow).

© Дубинин А.О., Бобровская О.Н., 2016

УДК 614.25:340

Елина Н.К.

К ВОПРОСУ О РОЛИ ПОНЯТИЙНОГО АППАРАТА В СФЕРЕ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В статье дается общая характеристика понятийного аппарата в сфере правового регулирования медицинской деятельности, раскрывается его роль в развитии законодательства.

Ключевые слова: закон, здравоохранение, медицинская деятельность, понятийный аппарат, охрана здоровья.

Elina Natali

TO THE QUESTION OF THE ROLE CONCEPTUAL FRAMEWORK OF RIGHT REGULATING IN MEDICAL CARE SYSTEM

The article gives a general description of the conceptual framework in the area right regulating in medical care system, reveals its role in the development of legislation.

Keywords: law, regulations, medical activity, medical institutions, conceptual framework, health care.

В законодательство регулирующие вопросы осуществления медицинской деятельности периодически вносятся изменения. Важным законодательным инструментом в сфере правового регулирования медицинской деятельности является понятийный аппарат, закрепленный в Федеральном законе от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1].

Понятийный аппарат, используемый при регулировании медицинской деятельности, следует анализировать исходя из определения основных понятий, поэтому представляется необходимым в первую очередь обратить внимание на основные понятия.

Самостоятельный термин «медицинская деятельность» впервые появился в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», в котором понятие давалось через ссылку на «определенные виды медицинской деятельности, перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации» [2].

В настоящее время законодатель дает определение все так же через перечисление видов и разновидностей медицинской деятельности, заимствованный из Постановления Правительства РФ об утверждении Перечня работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность [3].

Медицинская деятельность – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях [1].

Понятно, что определение понятия «медицинская деятельность» через простое перечисление отдельных ее видов всегда будет страдать неполнотой [4], а должно включать в себя научный аспект, определенный предметом деятельности, с указанием, на что направлена такая деятельность.

Приоритетным при осуществлении медицинской деятельности является выполнение социальной функции по восстановлению и поддержанию здоровья пациента, что соответствует его интересам, а также интересам общества и государства.

Медицинская услуга – это медицинское вмешательство или мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Таким образом, любая медицинская деятельность в юридическом смысле является именно «услугой», а не чем-либо иным.

Согласно определению, данному в Словаре русского языка, услуга – это:

1. действие, приносящее помощь, пользу другому лицу;
2. работа, выполняемая для удовлетворения чьих-либо нужд, потребностей.

Работа, в соответствии с данным Словарём – это:

1. та или иная деятельность по созданию, изготовлению, обработке чего-либо;
2. то, что подлежит обработке, находится в процессе изготовления [5].

Таким образом, исходя из толкования терминов «услуга» и «работа» следует вывод, что они соотносятся между собой как род и вид: услуга – это род, работа – вид.

Медицинская деятельность состоит из медицинских работ и услуг.

Правовой формой обязательств по оказанию услуг и выполнению работ являются гражданско-правовые договоры.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья» [1]. Исходя из этого определения, видно, что медицинская помощь понимается как более широкое понятие по сравнению с понятием медицинской услуги.

Приведенные определения используемых в медицинской деятельности терминов подтверждают мысль о смешивании разных понятий и зачастую под одним термином исследователи подразумевают разное содержание.

Выше мы отмечали, что медицинская помощь – это более широкое понятие по сравнению с медицинской услугой, а медицинская деятельность включает в себя медицинскую услугу и медицинскую работу. Таким образом, условно можно считать, что медицинская деятельность – это медицинская помощь.

Повторяя уже сказанное, отметим, что определение медицинской деятельности через перечисление ее видов, неудачно. Можно предложить следующее определение:

Медицинская деятельность (медицинская помощь) – это комплекс профессиональных мероприятий (совокупность профессиональных действий) по оказанию услуг и (или) выполнению работ по укреплению (поддержанию, профилактике) и сохранению (восстановлению, диагностике, лечению) организма человека в целом, а также его отдельных органов и тканей.

Для более точного отражения понятия медицинской деятельности, необходимо внести изменения, которые позволят уточнить требования к профессиональной подготовке исполнителей медицинской деятельности.

Врач – физическое лицо, которое имеет высшее медицинское образование, сертификат специалиста, работает в медицинской организации и в его трудовые (должностные) обязан-

ности входит оказание медицинской помощи, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

Фельдшер – физическое лицо, которое имеет среднее специальное медицинское образование, сертификат, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит оказание доврачебной медицинской помощи под руководством врача и самостоятельно, организация деятельности среднего и младшего медицинского персонала, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

Медицинская сестра – физическое лицо, которое имеет среднее специальное медицинское образование, сертификат, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит оказание доврачебной медицинской помощи под руководством врача, выполняет его назначения, обеспечивает надлежащий уход за пациентами, ведет наблюдение за состоянием их здоровья, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

Данные определения необходимы не только для отражения особенностей понятия медицинской деятельности, но и для реализации таких норм федерального закона, как оформление и выдача листа нетрудоспособности п. 2 ст.59, возложение функций лечащего врача п. 7 ст. 70 и др. [1].

Ликвидация правовых пробелов и неточностей в законодательстве, позволит не смешивать понятия, тогда и юристы и медики под одним термином понимали бы одинаковое содержание. Более полное и широкое применение понятийного аппарата в сфере правового регулирования медицинской деятельности, позволит обеспечить точное и четкое исполнение (реализацию) норм права.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №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.

2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993г. №5487-1: утв. ВС РФ 22 июля 1993// Ведомости СНД и ВС РФ, 19.08.1993. № 33. Ст. 1318.
3. Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» (вместе с «Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)») // Собрание законодательства РФ, 23.04.2012. №7. Ст. 1965.
4. Елина Н.К. Некоторые особенности осуществления медицинской деятельности // Вестник Самарского государственного университета (серия гуманитарных наук) 2006, №3 (43).
5. Елина Н.К. Медицинская деятельность: понятие, формы осуществления // Актуальные проблемы гражданского, предпринимательского права, гражданского и арбитражного процесса: Межвуз. сб. науч. ст. / под ред. Е.А. Трещевой. Самара: Самарский университет, 2005. С. 126-139.
6. Словарь русского языка. М.: 1983. Том 3. 575 с.

Об авторе:

Елина Наталья Константиновна – заведующий кафедрой гуманитарных дисциплин Частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз», кандидат юридических наук, доцент, г. Самара, 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., 2016

УДК 616-036.88-07+616-091+340.624.6

Ерофеев С.В., Козырев В.А.

НОВЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА: НЕОБХОДИМОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТЬ

Анализ многолетнего экспертного опыта по уголовным и гражданским делам в отношении медицинских работников привел авторов к необходимости реорганизации клиничко-анатомического анализа летальных исходов. Детально проанализированы причины и условия для предлагаемых изменений, а также возможность для их реализации в правовом, организационном аспектах.

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

Erofeev S. V., Kozyrev V. A.

NEW GOING NEAR ORGANIZATION OF KLINIKO-ANATOMIC ANALYSIS OF FATAL OUTCOME: NECESSITY AND POSSIBILITY

The analysis of long-term expert experience on criminal and civil cases in regard to medical workers brought authors over to the necessity of reorganization of kliniko-anatomic analysis of fatal outcomes. Reasons and terms are in detail analysed for the offered changes, and also possibility for their realization in legal, organizational aspects.

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

В представленной работе мы продолжаем излагать доводы в пользу изменения порядка клиничко-анатомического анализа при летальных исходах в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). Принципиально эти изменения на наш взгляд, должны состоять в следующем:

- ✓ официальное заключение о причине смерти больного должно быть сформулировано Врачебной Комиссией (ВК); именно заключение ВК должно быть выдано в соответствии с положением ст. 67 (п. 5) закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее закон №323-ФЗ от 21.11.2011 г.) [1].

✓ результатом анализа смертельного исхода должен стать единый клинико-морфологический диагноз с одновременным указанием на дефекты лечебно-диагностического процесса и их роль в патогенезе и танатогенезе.

В течение последних четырёх лет мы предложили и практикуем такой порядок клинико-анатомической работы с рядом ЛПУ Ивановской области. Мы не только видим очевидные преимущества подобной организации этой ответственной работы, но и считаем, что для предлагаемых изменений сложилась очевидная необходимость и существует возможность для их реализации, в том числе правовая.

Напомним, что системам здравоохранения большинства государств Европы и Америки пришлось пережить «эпидемию» претензий больных к качеству медицинской помощи в 60-е-70-е годы прошлого столетия. В этом, с одной стороны, проявился переход от патерналистической модели отношений с пациентом к модели медико-правовой. С другой стороны, это обусловило организационно-правовые изменения в системах здравоохранения зарубежных стран [12, 13, 15, 16].

Аналогичный процесс роста претензий к качеству оказания медицинской помощи с конца 90-х годов прошлого века наблюдается и в России [11]. Это привело к резкому росту судебно-медицинских экспертиз по так называемым «врачебным делам»; за каждой подобной экспертизой ранее стояло возбужденное уголовное или гражданское дело. Сейчас (с 2013 года) к этому добавился рост экспертиз, обусловленный необходимостью их проведения на этапе доследственной проверки. За последние 15 лет значительно выросла правовая активность населения, которое в большинстве своём предпочитает обращение в правоохранительные органы по сравнению со всеми иными способами восстановления своих нарушенных прав. Эти тенденции в значительной мере инициированы и поддерживаются средствами массовой информации. А публикации в СМИ не оставляют без внимания и органы исполнительной власти, и правоохранители. Таким образом, круг в разрешении проблемы неблагоприятного исхода медицинской помощи замыкается. Это лишь краткое изложение оснований для оценки существующего положения как тревожного для

системы здравоохранения. Более подробный анализ ситуации изложен нами ранее [10, 11, 17, 18, 19, 20].

Считаем необходимым подчеркнуть, что все изложенные выше обстоятельства требуют критически взглянуть на некоторые традиционные, безусловно, полезные ранее (при патерналистической модели отношений с пациентом) медицинские правила и обычаи.

Наш опыт работы в экспертных комиссиях и научно-практический анализ материалов уголовных и гражданских дел в отношении медицинских работников, а также наблюдение юридических последствий (не всегда справедливых!) изложенного в медицинских документах привели нас к убеждению, что рационального критического подхода требует процесс клинико-анатомического анализа в случае смерти больных.

Оснований для того, чтобы обратить внимание именно на этот этап работы ЛПУ немало. В частности, среди всех случаев причинения вреда здоровью больного в ЛПУ именно смертельный исход вызывает максимальное возмущение родственников и имеет общественный резонанс. Вот уже более 20 лет мы наблюдаем, что именно в связи со смертью больного бывают возбуждены уголовные дела органами Следственного Комитета РФ. Родственники умерших решительно требуют наказать виновных, по их мнению, врачей и настойчиво жалуются, даже если основания для этого отсутствуют. В настоящее время их требования по уголовному преследованию дополняются немалыми гражданскими исками, которые нередко бывают удовлетворены судом в объеме, превышающем аналогичные иски при убийствах. Так, наши исследования показывают, что в Центральном федеральном округе уже в 1997-2000 годах уголовный путь преследования предпочитали жители Москвы (в 57,0% случаев), Ивановской (в 51,9% случаев), Калужской (в 58,4% случаев), Костромской (в 99,9% случаев), Тверской (в 95,8%) случаев), Ярославской (в 73,4% случаев) областей [9, 21]. Это имеет трагические последствия для отдельного врача и существенные материальные – для ЛПУ.

Неадекватным современной медико-правовой модели здравоохранения выглядит ряд существенных признаков клинико-анатомического анализа: существование двух окончательных ди-

агнозов (клинического и патологоанатомического), процедура их сличения, признаки приоритета морфологического диагноза по сравнению с клиническим, общепринятое противопоставление двух диагнозов, несмотря на то, что цель у всех врачей в отношении пациента одна – установление истинного диагноза. На наш взгляд, в существующей методологии сличения диагнозов изначально заложено противоборство клинициста и прозектора. Целесообразно ли, эффективно ли в настоящих условиях, не опасно ли по своим юридическим последствиям сохранение подобной методологии в современном здравоохранении России?

Изменение организации клинико-анатомического анализа необходимо и ввиду нечеткости нормативной правовой базы этого процесса, а также полномочий прозектора.

«Получение данных о причине смерти и диагнозе заболевания» закон возлагает на патологоанатома в ст. 67 (п. 1) Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011. 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 неопределённости в законе №323-ФЗ преждевременна, поскольку законодатель мог рассчитывать на чёткий регламент указанных выше ситуаций в подзаконных нормативных актах. Обратимся к при-

казу МЗ РФ от 06.06.2013 №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 специальностей 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. Это заставляет задуматься о следующем:

- ✓ 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.

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:

- ✓ в виде штрафных санкций страховых медицинских организаций;
- ✓ в виде обращения 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);
- ✓ в виде обращения в следственное управление СК РФ, следственное управление УМВД, в прокуратуру субъекта РФ с претензиями на не верифицированное расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов, которые нередко основаны на обывательских представлениях и влекут за собой доследственную проверку либо следствие по уголовному делу продолжительностью до нескольких месяцев.
- ✓ в виде обращения с аналогичными претензиями, изложенными в исковом заявлении, в суд, что предполагает материальную компенсацию вреда здоровью со стороны ЛПУ.

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 клинито-а-

натомического анализа, несёт при необоснованных претензиях к ЛПУ весьма существенные и негативные последствия.

Теперь о возможностях предотвращения этих негативных последствий – через изменение подхода к клинито-анатомическому анализу. При этом мы излагаем собственный опыт организации клинито-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 клинито-морфологический диагноз;
- ✓ совместная клинито-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, клинито-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. Статьей 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.

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].

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.

«Положение о ВК» вводит разумный порядок передачи информации о причине смерти и диагнозе заболевания – в противовес неопределённости, допущенной в приказе МЗ РФ от 06.06.2013 №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 клиничко-анатомическая конференция (КлАК) и комиссия по изучению летальных исходов (КИЛИ).

Описанный выше новый подход к ведению клиничко-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 неказании 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 №565н [5].

Сейчас основным документом, помогающим правоохранителям сориентироваться в медицинской сущности происшедшего, является протокол (заключение) клиничко-экспертной комиссии органа управления здравоохранением (ведомственный контроль). Это медицинское расследование ранее проводилось в соответствии с письмом МЗ СССР от 12.06.1987 №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 клиничко-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 [14], то этого заключения клиничко-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 сути 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 – комиссия 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 суть 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 клинко-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 клинко-анатомического анализа и взглядов на роль и место прозектора в лечебно-диагностическом процессе.

4. Оптимальной структурой для ведения клинко-анатомического анализа в предлагаемом варианте является Врачебная Комиссия ЛПУ, полномочия которой гарантированы (по сравнению с КИЛИ и клинко-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 05.05.2012 №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. Ерофеев С.В. Анализ общих характеристик объективной стороны ненадлежащего оказания медицинской помощи. – Депонировано в ВИНТИ

- 14.02.2001. №375-B01.
10. Ерофеев С.В., Жаров В.В. Конфликт между пациентом и медицинским персоналом: анализ и предупреждение. *Медицинское право*. 2003. №1. С. 22-24.
 11. Ерофеев С.В. Мониторинг судебно-медицинских экспертиз в случаях неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи. – *Медицинское право*. 2003. №2. С. 20-22.
 12. Erofeev S.V., Sergeev Yu.D. *Unfavourable Outcome of the Medical Care: Peculiarities of the Problem in Contemporary Russia. The 15th World Congress on Medical Law. Sydney*. 2004. P. 45
 13. Erofeev S.V., Vinitzkaya I.M. *Negligence in Medical Services as a Condition for Liability of Medical Professionals. The 15th World Congress on Medical Law. Sydney*. 2004. P. 119
 14. Ерофеев С.В. XV Всемирный Конгресс по медицинскому праву (Сидней, август 2005). *Медицинское право*. 2005. №1 (9). С. 49-58.
 15. Ерофеев С.В. Медико-правовые аспекты оценки качества медицинской помощи: сравнение отечественной и зарубежной практики. *Медицинское право*. 2006. №1. С. 39-44.
 16. Ерофеев С.В., Ерофеева И.С. Принцип информированного согласия пациента: обзор зарубежной медицинской и юридической практики. *Медицинское право*. 2006. №3. С. 42-48.
 17. Ерофеев С.В., Новоселов В.П. Неблагоприятный исход медицинской помощи: изучение проблемы в судебно-медицинской практике. *Судебно-медицинская экспертиза*. 2008. №1. С. 35-38.
 18. Ерофеев С.В., Кукушкина И.С., Федорова А.С. и др. Конфликт между пациентом и ЛПУ: поводы, анализ и предупреждение. *Заместитель главного врача*. 2011. №4. С. 70-80.
 19. Ерофеев С.В., Шишкин Ю.Ю., Кукушкина И.С. Анализ конфликтов с пациентами в системе управления рисками в здравоохранении. *Заместитель главного врача*. 2011. №6. С. 68-75.
 20. Ерофеев С.В., Новоселов В.П. Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы). *Вестник судебной медицины*. 2013. №1. Т. 2. С. 66-68.
 21. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. *Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи*. М., 2001. 293 с., ил.

Об авторах:

Ерофеев Сергей Владимирович – начальник ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области», 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 ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области», e-mail: kalininrw@rambler.ru

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 of the Bureau of Forensic Medicine of the Ivanovo Region.

© Ерофеев С.В., Козырев В.А., 2016

УДК 172.3+342.731+614.253

Ерохина Л.Д., Грибань А.Н., Трифонова Г.А., Ерохин А.К.

ПРОБЛЕМА СВОБОДЫ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ В РЕЛИГИОЗНОЙ МОРАЛИ И БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ

В статье анализируются возможности и границы свободы врача и исследователя в социокультурном поле религиозной и светской морали. Рассматриваются аргументы, и принципы свободной научной деятельности, необходимые для поиска в системе биомедицинских ценностей.

Ключевые слова: аксиология, биомедицинская этика, свобода и ответственность ученого.

Erokhina L.D., Griban A.N., Trifonova G.A., Erokhin A.K.

THE PROBLEM OF FREEDOM AND RESPONSIBILITY AT RELIGIOUS MORALITY AND BIOMEDICAL ETHICS

This article analyzes the possibilities and limits of physician and researcher freedom at the field of social and cultural religious and secular morality. Arguments, and the principles of free scientific research necessary to find in the system of biomedical values are considered.

Keywords: axiology, biomedical ethics, freedom and responsibility of the scientist.

Основное предназначение биомедицинской этики заключается в разработке проблем «на грани жизни и смерти» [1]. С самого зарождения этой науки мировоззренческий аспект в решении биоэтических дилемм оказался исключительно важным. Открытый диалог врачей, философов, юристов становится необходимым при обсуждении открытых вопросов трансплантологии, генетики, эвтаназии, ЭКО, психиатрии и других.

Современная наука нуждается в расширении собственных когнитивных регулятивных механизмов (объективности, обоснованности, достоверности, системности и др.). А это, в свою очередь ведет к необходимости включения в содержание науки аксиологических оснований.

Действительно, большинство биоэтических проблем можно рассматривать с философско-светских или религиозных позиций: «Биоэтика – это труднообозримое многообразие... особенных биоэтик (христианской, буддистской, мусульманской, кантриантской... утилитаристской и т.д.)...» [2, с. 40]. В «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви» (2000) в главе XII «Пробле-

мы биоэтики» нашло отражение отношение Церкви к проблемам аборта, контрацепции, искусственного оплодотворения, евгеники, методам пренатальной диагностики, клонирования, органного донорства, фетальной терапии, нового критерия смерти (смерть мозга), эвтаназии, суицида и др. [3]. В «Исламском кодексе медицинской этики», принятом в 1981 г. в Кувейте, в частности, говорится: «...Изучение студентом-медиком человеческого тела не является оскорблением (в глазах бога) независимо от того, мертвое это тело или живое... Врач не должен отнимать жизнь даже из сострадания. Человек не должен отнимать у себя жизнь, даже если ему будет тяжело переносить страдания... Жизнь неродившегося ребенка должна быть спасена, кроме случаев абсолютной медицинской необходимости, признаваемых Законом ислама. Современные тенденции разрешения аборта исламом не признаются» [4, с. 42].

Авторитеты католической церкви стояли у истоков обсуждения некоторых проблем биоэтики – например, как уже говорилось выше, в 1957 г. Глава римско-католической церкви папа Пий XII предвосхитил современную трактовку состояния смерти мозга как эквивалентного смерти человека, а также привел аргументы морального оправдания тактики пассивной эвтаназии (отказа от «терапевтического ожесточения» – применения так называемых экстраординарных медицинских методов) в отношении умирающих пациентов.

Проблемы биоэтики с позиций католической церкви разрабатываются специальным органом в Ватикане – Папским советом по апостольству для работников здравоохранения. В 1994 г. этот орган издал католическую «Хартию работников здравоохранения», т. е. своего рода официальное католическое руководство по биоэтике. Здесь нашли отражение практически все основные проблемы биоэтики – аборта, статуса эмбриона, эвтаназии, отношения к боли, донорства органов, генетических манипуляций, искусственного оплодотворения и т. д. Приведем оценку авторами Хартии роли биоэтики в современном профессиональном медицинском образовании: «Все работники здравоохранения должны быть подготовлены в вопросах морали и биоэтики. С этой целью ответственные за их подготовку должны прилагать все усилия к созданию академических кафедр и курсов биоэтики» [5, с. 17].

Вопросы моральной ответственности ученого, врача, сотрудника области здравоохранения стали точкой пересечения интересов светской и религиозной этики. Основным ценностным критерием научного знания становится установка на осознание социально значимых теоретических пределов теоретического поиска, дополнения его культурно-этическими параметрами и гуманистическими ориентирами, своеобразного преодоления отчуждения человеческого мира, возникающего на уровне абстрактных теоретических построений. И здесь глубинная этика диалога в сочетании с принципом информированного согласия приходит в противоречие с преобладающей в религиозной модели биоэтики этики патернализма. В частности, примером может служить трансплантология.

Православная церковь в «Основах социальной концепции Русской православной церкви», принятых на архиерейском соборе Русской православной церкви 15 августа 2000 г., изложила свою однозначную позицию: «Добровольное прижизненное согласие донора является условием правомерности и нравственной приемлемости эксплантации. В случае если волеизъявление потенциального донора неизвестно врачам, они должны выяснить волю умирающего или умершего человека, обратившись при необходимости к его родственникам.

Так называемую презумпцию согласия потенциального донора на изъятие органов и тканей, закрепленную в законодательстве ряда стран, церковь считает недопустимым нарушением свободы человека». Статья 47 Федерального Закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (2015) закрепила «презумпцию согласия» или концепцию неиспрошенного согласия. Принимается во внимание лишь явно выраженное при жизни желание или нежелание трансплантации органов и тканей.

Различие в вопросах моральных проблем биомедицины с позиций религиозной и светской этики базируется на различии подходов в вопросах защиты достоинств и прав пациента, расширенной трактовки концепции свободы, включающей признаки автономии личности.

Современная модель биоэтики предпочитает согласованность в обосновании прав и обязанностей сторон, активное привлечение пациентов к принятию решений в выборе методов лечения, особенно в случаях риска здоровью и жизни человека.

С особой остротой расхождение в проблемах этической аргументации со стороны светской и религиозной этики возникает при пересадке органов, при продлении жизни больного с помощью аппаратуры, при решении вопроса о сохранении жизни обреченных от неизлечимых болезней больных, при обсуждении ЭКО и т.д.

Современный уровень биомедицинских исследований позволяет человеку достичь определенного уровня «свободы от». Однако, отделяясь от природного естества и возвышаясь над миром, человек порою попадает во всё большую зависимость от современных технических средств и только в органической целостности человека и космоса, в творении самого себя, нравственном самосовершенствовании человек приближается к свободе созидательной («свободе для себя»). Ценностный статус свободы в процессе углубления наших знаний о живой материи, в биомедицинских исследованиях, имеющих дело с уникальными единичными объектами (человеческий геном, социоприродные системы) предполагает необходимость самоограничений со стороны исследователей, формирование концепции коллективной ответственности за результаты научного поиска и единства человечества. Из плоскости индивидуальной понятие ответственности трансформируется в ранг коллективной ответственности за ущерб, наносимый человеку и природе.

Традиционные для биомедицинской этики категории долга и блага, выступающие в гиппократовской формуле «не навреди», или христианской этики Парацельса «делай благо» в современной биоэтике трактуются неоднозначно, особенно при обсуждении вопросов о поддержании жизни в вегетативном состоянии, проведении экспериментов в области генной инженерии и т.д. Современная парадигма биоэтики характеризуется радикальным поворотом от консервативных запретов и осуждения якобы дегуманизирующих актов медицинской деятельности (производства аборт, ЭКО, суррогатного материнства) со стороны религий

к обостренной философской рефлексии над основаниями нравственности в биомедицинских исследованиях, своих собственных положений о моральных ценностях, расширению проблемного поля биоэтики с включением в нее не только нравственных, философских, но и правовых компонентов.

Однако успехи, достигнутые в указанных и других направлениях медицины, особенно в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, оказались в высшей мере впечатляющими. А по мере того, как люди на собственном житейском опыте ощущали те эффекты, которые порождены этими научными достижениями, все более разнообразными и настойчивыми становились и их запросы и вожеления, адресованные науке. Ее растущая практическая эффективность в тех областях, которые ближе всего к повседневным нуждам и интересам рядового человека, таким образом, начинает действовать в роли стимула, ускоряющего ее собственное развитие. И остановить этот процесс апелляциями к религиозным принципам невозможно. Вряд ли можно остановить женщину, мечтающую о собственном ребенке и имеющую возможность его родить при помощи новых медицинских технологий. Не каждый мужчина или женщина способны полюбить приемного ребенка как своего собственного. И это не проявление слабости духа или бунт против естественного хода вещей. Мы пользуемся благами цивилизации, все более ориентируемой на интересы и нужды отдельного человека. И если мы утверждаем демократические ценности, то они становятся стимулом, во многом определяющим направления и темпы научно-технического прогресса.

Освоение новых технологий в ходе прогресса – это не одномоментная акция, но достаточно длительный процесс, в ходе которого выявляются все новые ценностные напряжения, конфликты и противоречия. Ведь многие из этих технологий оказывают чрезвычайно глубокое воздействие на жизнь человека и общества, порождают такие ситуации, когда приходится ставить под вопрос, переосмысливать действующие нормы культуры. В этом смысле можно считать позитивным критические замечания религиозной этики в адрес биоэтического сопровождения технологий, вторгающихся в пограничные зоны, чреватые самыми

разными возможностями. Диалог биомедицинской и религиозной этики выступает в качестве необходимого средства для того, чтобы человек и общество могли осваиваться в той новой реальности, которая конструируется в ходе бурного прогресса биомедицины. Этот прогресс не только неуклонно расширяет спектр возможностей, который открывается перед человеком, но и порождает немало новых рисков, как собственно медицинского, так и культурного, и социального характера.

Развитие биомедицинской этики и близких ей областей знания заставляет во многом по-новому осмысливать тесную связь свободы и ответственности в деятельности ученых. На протяжении веков многим из них не только словом, но и делом приходилось утверждать и отстаивать принцип свободы научного поиска перед лицом догматического невежества, фанатизма суеверий, просто предубеждений. Ответственность же ученого при этом выступала, прежде всего, как ответственность за получение и распространение проверенных, обоснованных и строгих знаний, позволяющих рассеивать мрак невежества.

Сегодня же принцип свободы научного поиска должен осмысливаться в контексте тех далеко не однозначных последствий развития науки, с которыми приходится иметь дело людям. В нынешних дискуссиях по социально-этическим проблемам науки наряду с защитой ничем не ограничиваемой свободы исследования представлена и диаметрально противоположная точка зрения, предлагающая регулировать науку точно так же, как регулируется движение на железных дорогах. Между этими крайними позициями располагается широкий диапазон мнений о возможности и желательности регулирования исследований и о том, как при этом должны сочетаться интересы самого исследователя, научного сообщества и общества в целом.

В этой области еще очень много спорного, нерешенного. Но, как бы то ни было, идея неограниченной свободы исследования, которая была, безусловно, прогрессивной на протяжении многих столетий, ныне уже не может приниматься безоговорочно, без учета социальной ответственности, с которой должна быть неразрывно связана научная деятельность. Есть ведь ответственная свобода – и есть принципиально отличная от нее свободная

безответственность, чреватая – при современных и будущих возможностях науки – весьма тяжелыми последствиями для человека и человечества. В этой плоскости и лежит возможность диалога религиозной морали и биомедицинской этики.

Список литературы:

22. Уиклер Д., Брок Д., Каплан А. и др. *На грани жизни и смерти (Краткий очерк современной биоэтики США)*. М., 1989. 61 с.
23. Тищенко П.Д. *Биоэтика // Этика: Энциклопедический словарь*. М., 2001. С. 39-41.
24. *Основы социальной концепции русской православной церкви*. М., 2001. 115 с.
25. Иванюшкин А.Я. *Биоэтика и религиозная мораль. Биоэтика или биомедицинская этика? // Медицинская сестра*. 2007. № 6. С. 41-43.
26. *Хартия работников здравоохранения. Папский совет по апостольству для работников здравоохранения*. Ватикан-Москва, 1996. 134 с.

Об авторах:

Ерохина Людмила Дмитриевна – профессор кафедры социальных наук Дальневосточного федерального университета, кандидат философских наук, доцент, Владивосток, e-mail: gumanitariitgmu@mail.ru

Грибань Андрей Николаевич – декан факультета лечебного дела Тихоокеанского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук, доцент, Владивосток.

Трифонова Галина Александровна – доцент кафедры гуманитарных дисциплин Тихоокеанского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук, доцент, Владивосток.

Ерохин Алексей Константинович – доцент кафедры гуманитарных дисциплин Тихоокеанского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук, доцент, Владивосток.

Erokhina Lioudmila Dmitrievna – professor Social Sciences Department at the Far Eastern Federal University, Ph.D, Associate Professor, Vladivostok.

Griban Andrey Nikilaevich – Dean Faculty of Medical Business, Pacific State Medical University, Ph.D, Associate Professor, Vladivostok.

Trifonova Galina Aleksandrovna – Associate Professor, Department of Humanity, Pacific State Medical University, Ph.D, Associate Professor, Vladivostok.

Erokhin Aleksey Konstantinovich – Associate Professor, Department of Humanity, Pacific State Medical University, Ph.D, Associate Professor, Vladivostok

© Ерохина Л.Д., Грибань А.Н., Трифонова Г.А., Ерохин А.К., 2016

УДК 616-084+349.24(470):341

Калецкий Е.Г.

МЕЖДУНАРОДНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ ТРУДЯЩИХСЯ В РОССИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ

Статья посвящена определению места международно-правового регулирования охраны здоровья трудящихся в России; анализируется текущее участие России в международных договорах по безопасности и гигиене труда, выявляются проблемы в применении международных трудовых стандартов в России.

Ключевые слова: охрана труда; международное трудовое право; Международная организация труда.

Eugene Kaletskiy

INTERNATIONAL LEGAL ACTS GOVERNING OCCUPATIONAL HEALTH IN RUSSIA: CURRENT STATE AND PROBLEMS

The article is devoted to the definition of the place of international legal regulation of the occupational health of workers in Russia; the current Russia's participation in international agreements on safety is analyzed and issues in the application of international labor standards in Russia are identified in this article.

Keywords: occupational safety and health; international labor law; The International Labour Organization.

Определение современного состояния международного регулирования охраны здоровья трудящихся позволит выявить место международных актов в системе российского права и указать на основные направления совершенствования российского правового регулирования таких отношений.

Международное регулирование прав трудящихся, как известно, является важной составляющей системы международного права прав человека, т. е. отрасли международного права, регулирующей сотрудничество государств в сфере обеспечении прав человека на основе уважения его прав и ориентации на человека [5, с. 293].

Согласно статьи 10 Трудового кодекса РФ, общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации в соответствии с Конституцией Российской Федерации являются составной частью правовой

системы Российской Федерации; поэтому, в случае если международным договором Российской Федерации установлены другие правила, чем предусмотренные трудовым законодательством и иными актами, содержащими нормы трудового права, должны применяться правила международного договора [8].

Важнейшее место среди международных договоров Российской Федерации в трудовой сфере в настоящее время занимают конвенции Международной организации труда (МОТ) – специализированного агентства системы ООН, главной целью которого является продвижение принципов социальной справедливости, международно признанных прав человека и прав в сфере труда. Созданная в 1919 году, МОТ стала первым специализированным агентством ООН в 1946 году [10]. Большинство конвенций МОТ представляют собой универсальные или всеобщие международные соглашения; поэтому в научной литературе высказывается мнение о существовании Международного трудового кодекса, который образуют конвенции и рекомендации МОТ. В настоящий момент Российской Федерацией ратифицировано более пятидесяти конвенций МОТ [4, с. 29], причем за последние годы нормы конвенций МОТ все в большей степени интегрируются в правовую систему Российской Федерации, что вызвано усилением экономических и социальных связей РФ с мировым сообществом, обуславливает необходимость для России как члена МОТ проводить мониторинг российского законодательства на предмет соответствия его нормам и принципам, заложенным в Конвенциях МОТ [1, с. 3]. Кроме того, в науке трудового права сложилась концепция т. н. международных трудовых стандартов, к которым относят совокупность правовых актов, принимаемых на международном уровне, вне зависимости от наличия у них обязательной юридической силы. Т. е. при решении вопроса о соответствии внутреннего российского трудового законодательства международным трудовым стандартам следует учитывать, как общепризнанные принципы и нормы международного права, международные договоры с участием Российской Федерации, так и международные рекомендательные акты в сфере труда, а также международные договоры в сфере труда, в которых РФ не является участником [3, с. 8].

К важнейшим источникам международного трудового права, посвященным безопасности и гигиене труда, относятся ратифицированные Российской Федерацией Конвенция МОТ № 120 о гигиене в торговле и учреждениях 1964 г., Конвенция МОТ № 155 «О безопасности и гигиене труда и производственной среде» 1981 г. и Конвенция МОТ № 187 «Об основах, содействующих безопасности и гигиене труда» 2006 г. [7, с. 95]. Кроме того, Россия ратифицировала п. 4 ст. 2 Европейской социальной хартии, предусматривающий обязанность государств «ликвидировать риск, сопряженный с выполнением опасных и вредных работ, а там, где пока невозможно ликвидировать или в достаточной мере смягчить этот риск, обеспечить либо сокращение продолжительности рабочего времени, либо дополнительные оплачиваемые отпуска для тех, кто занят на таких работах», а также ст. 3 ЕСХ, касающуюся права на безопасные и здоровые условия труда. [6, с. 27]

Однако в российской правовой системе имеются существенные проблемы, связанные с применением норм международных трудовых стандартов (в особенности – рекомендательного характера или не имеющих обязательной силы для РФ). Это объясняется тем, что Верховный Суд РФ определяет общепризнанные принципы международного права как основополагающие императивные нормы международного права, принимаемые и признаваемые международным сообществом государств в целом, отклонение от которых недопустимо; к таким принципам международного права, в частности, относятся принцип всеобщего уважения прав человека и принцип добросовестного выполнения международных обязательств. В свою очередь, под общепризнанной нормой международного права необходимо понимать правило поведения, принимаемое и признаваемое международным сообществом государств в целом в качестве юридически обязательного [9]. Но это определение Верховного Суда РФ характеризуется некоторыми учеными как слишком расплывчатое, для того чтобы его можно было применить на практике, и данная норма Конституции РФ не может быть признана эффективно работающей (за исключением ситуации с официально ратифицированными международными договорами). Так, специалисты по трудовому праву по-разному разъясняют правила, изложенные в

пункте 4 ст. 15 Конституции РФ, учитывая при этом вышеприведенные положения ст. 10 Трудового кодекса РФ. Конкретизация юридической силы, в частности конвенции МОТ, связана прежде всего с понятием «трудовое законодательство», значение которого с 6 октября 2006 г. определено в части 1 ст. 5 ТК РФ для трудовых и иных непосредственно связанных с ними отношений как совокупность федеральных законов (в том числе Трудовой кодекс РФ) и законов субъектов Федерации, содержащих нормы трудового права. Так, известный специалист в области международного трудового права профессор И.Я. Киселев в учебнике по трудовому праву утверждает, что среди иных международных договоров конвенции МОТ имеют приоритет по отношению ко всем остальным источникам трудового права, исключая Конституцию России. Другой специалист в области трудового права профессор Ю.П. Орловский, комментируя главу 1 ТК РФ, отмечает, что часть 2 ст. 10 не следует понимать как всегда оставляющую приоритет за нормами международного права. Соотношение между нормами международного права, международными договорами и национальным законодательством о труде, по его мнению, решается в пользу международного права и международных договоров, если ими устанавливаются более льготные для граждан нормы и правила по сравнению с нормативными правовыми актами Российской Федерации; данный вывод обосновывается им положением пункта 8 ст. 19 Устава Международной организации труда (в ред. от 1972 г.): ни в коем случае принятие какой-либо конвенции или рекомендации Конференцией МОТ или ратификация какой-либо конвенции любым членом МОТ не должны рассматриваться как затрагивающие какой-либо закон, судебное решение, обычай или соглашение, обеспечивающие более благоприятные условия для заинтересованных трудящихся, чем те, которые предусматриваются конвенцией или рекомендацией. Исходя из вышеизложенного становится понятно, что российским ученым-юристам сложно определиться с местом международных договоров в национальной правовой системе [2, с. 43-45].

Следовательно, перед законодателями в настоящее время стоит задача совершенствования трудового законодательства, оптимизации правового регулирования широкого спектра социаль-

ных вопросов на базе комплексного подхода с использованием методов других отраслей права, в том числе и международного права. [3, с. 12]

Исходя из вышеизложенного, представляется возможным сделать следующие выводы: Российская Федерация является участником различных международных соглашений, регулирующих право трудящихся на безопасность и гигиену труда, однако применение положений данных правовых актов в настоящее время значительно затруднено, поскольку положения Конституции РФ, Трудового кодекса РФ, разъяснения Пленума Верховного Суда РФ, а также толкования данных актов учеными не позволяют дать однозначный ответ о месте международных актов в системе права России.

Список литературы:

1. Азарова Е.Г., Андриченко Л.В., Бочарникова М.А., Голованова Н.А., Захаров М.Л., Коршунова Т.Ю., Ломакина Л.А., Плюгина И.В., Серегина Л.В., Чиканова Л.А. Аналитический обзор на тему: «Соответствие российского законодательства требованиям международной организации труда» / отв. ред. Л.А. Чиканова // СПС КонсультантПлюс. 2014.
2. Архитов В.В. Процесс имплементации норм международных трудовых стандартов в российское трудовое законодательство // Законодательство и экономика. 2009. № 2. С. 40-50.
3. Бондаренко Э.Н., Герасимова Е.С., Головина С. Ю. и др. Международные трудовые стандарты и российское трудовое право: перспективы координации: монография / под ред. С. Ю. Головиной, Н.Л. Лютова. // М.: НОРМА, ИНФРА-М. 2016. 256 с.
4. Выговская И.Г., Колобова С.В., Королькова О.С. и др. Трудовое право России / под общ. ред. М.В. Преснякова, С. Е. Чаннова. // Саратов: Поволжский институт управления им. п. А. Столыпина. 2014. 288 с.
5. Лушиников А.М. Российское трудовое право: вызовы XXI века // Lex russica. 2014. № 3. С. 284-293.
6. Лютов Н.Л., Герасимова Е.С. Вопросы соответствия международным нормам законодательства России в сфере безопасности и гигиены труда // Трудовое право в России и за рубежом. 2014. № 3. С. 27-32.
7. Серегина Л.В. Концептуальные подходы к охране труда в Российской Федерации // Журнал российского права. 2015. № 11. С. 95-106.
8. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 30.12.2015) // Российская газета. № 256. 31.12.2001.

9. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 10 октября 2003 г. № 5 «О применении судами общей юрисдикции общепризнанных принципов и норм международного права и международных договоров Российской Федерации» (ред. от 05.03.2013) // Бюллетень ВС РФ. 2003. № 12.
10. Организация Объединённых Наций в Российской Федерации. Международная организация труда (МОТ). URL: <http://www.unrussia.ru/ru/agencies/mezhdunarodnaya-organizatsiya-truda-mot>. Дата обращения: 16.05.2016.

Об авторе

Калецкий Евгений Геннадьевич – старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, кандидат юридических наук, г. Москва, e-mail: kalez@mail.ru

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

© Калецкий Е.Г., 2016

УДК [351.77+614.25]:340.130.5(470)

Каменская Н.А.

РАЗВИТИЕ МЕХАНИЗМОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ОБЗОР ЗАКОНОТВОРЧЕСКИХ ИНИЦИАТИВ

Работа посвящена обзору законотворческих инициатив в области развития государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Ключевые слова: государство, контроль качества, безопасность, медицинская деятельность, нормотворчество.

Kamenskaya N.A.

DEVELOPMENT OF THE STATE QUALITY CONTROL MECHANISMS AND SECURITY OF MEDICAL PRACTICE: A REVIEW OF LEGISLATIVE INITIATIVES

The work is devoted to the review of legislative initiatives in the field of development of the state quality and safety control of medical activity.

Keywords: state, quality control, security, medical activity, lawmaking.

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 предоставления медицинской помощи, так и показателями, применимыми к данному лечебному учреждению (показатель потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахован-

ным 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 орга-

низации 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>

Об авторе:

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., 2016

УДК 615.212.7+615.214]:615.11+343.34

Кирова Т.А.

К ВОПРОСУ ОБ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ НЕЗАКОННОЙ ВЫДАЧИ РЕЦЕПТОВ ИЛИ ИНЫХ ДОКУМЕНТОВ, ДАЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ИЛИ ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

Статья посвящена анализу состава ст. 233 УК РФ, предусматривающего уголовную ответственность за незаконную выдачу рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, с целью определения характера и степени общественной опасности данных действий и анализа целесообразности сохранения данной нормы в уголовном законодательстве.

Ключевые слова: уголовная ответственность, состав преступления, медицинские работники, незаконная выдача рецепта, наркотические средства и психотропные вещества.

Kirova T.A.

TO THE QUESTION OF PUBLIC DANGER OF ILLEGAL ISSUE OF THE RECIPES OR OTHER DOCUMENTS GRANTING THE RIGHT TO DRUGS OR PSYCHOTROPIC SUBSTANCES

the Article is devoted to analysis of the composition of Art. 233 of the criminal code providing for criminal responsibility for the illegal issue of recipes or other documents granting the right to receipt narcotic drugs or psychotropic substances with the purpose of determining the nature and degree of public danger of the action and analysis of appropriateness of this rule in the criminal law.

Keywords: criminal liability, crime, health workers, illegal issuance of a prescription, narcotic drugs and psychotropic substances.

Ст. 233 УК РФ устанавливает уголовную ответственность за незаконную выдачу либо подделку рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ [1]. Исходя из санкции статьи, данное преступление относится к категории небольшой тяжести. В контексте наметившейся тенденции либерализации уголовного законодательства в отношении преступлений небольшой тяжести полагаем необходимым остановиться на вопросе общественной опасности данного преступления и целесообразности его существования в рамках УК РФ.

Рассматриваемая нами ст. 233 УК РФ фактически описывает два уголовно наказуемых действия: незаконную выдачу рецепта или иного документа, дающего право на получение наркотических средств

или психотропных веществ, и подделку соответствующих документов. В рамках настоящей статьи позволим себе остановиться на анализе первого действия, поскольку необходимость уголовного преследования за подделку рецептов, на наш взгляд, является бесспорной.

Пленум Верховного Суда РФ определяет незаконную выдачу рецепта, содержащего назначение наркотических средств или психотропных веществ, как «его оформление и выдачу без соответствующих медицинских показаний» [2]. В юридической литературе данное определение уточняется, ученые-криминалисты определяют незаконную выдачу как «передачу их другому лицу, не имеющему права на их получение» (Побегайло Э.Ф.) [3], «нарушение установленного порядка составления и вручения его лицу, которое не нуждается в лечении с помощью названных в рецепте препаратов, указание в нем большего количества препаратов, чем необходимо больному по медицинским показаниям, или превышение нормы единовременной выдачи, оформление лицом, не имевшим права составлять этот документ без ведома врача и с использованием его личной печати и т.д.» (Лебедев В.М.) [4], «их предоставление уполномоченным лицом заинтересованному субъекту при отсутствии на то оснований либо с нарушением установленных правил оформления» (Преподобный А.В.) [5] и т.п.

Таким образом, ученые сходятся во мнении, что выдача рецепта становится незаконной тогда, когда лицо, уполномоченное совершать данное действие, осознает факт отсутствия необходимых предпосылок для принятия соответствующего решения. При этом следует подчеркнуть, что порядок назначения и выдачи рецептов на лекарственные препараты регламентируется Приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н, в котором урегулирована процедура и предусмотрены основания назначения медицинским работником определенного лекарственного средства [6], иными словами, лицо осознанно и умышленно идет на нарушение установленных правил выдачи рецептов, предоставляющих право на получение наркотических средств или психотропных веществ. Однако сама по себе форма вины не дает исчерпывающих знаний о характере и степени общественной опасности рассматриваемого деяния, в связи с чем необходимо обратиться к анализу иных критериев.

Необходимо отметить, что Минздрав РФ определяет предельно допустимое количество отдельных наркотических и пси-

хотропных лекарственных препаратов для выписывания на один рецепт и рекомендованное количество отдельных лекарственных препаратов для выписывания на один рецепт (Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н). Например, кодеин, включенный в Список II [7], разрешается отпускать в количестве не более 0,2 г, при том, что уголовно-наказуемое приобретение соответствующего вещества образуется при условии приобретения его в значительном размере, составляющем не менее 1 г [8].

Однако состав преступления, предусмотренного ст. 233 УК РФ, имеет место независимо от количества соответствующих веществ, указанных в незаконно выданном рецепте. Более того, Пленум Верховного Суда РФ обращает внимание нижестоящих судов на то, что не имеет значения, был ли соответствующий рецепт в дальнейшем использован. При этом действия лица, получившего незаконно выданный рецепт и реализовавшего его, оцениваются как незаконное приобретение соответствующих средств и веществ, и их уголовно-правовая оценка ставится в зависимость от наличия значительного, крупного или особо крупного размера.

Это вызывает определенное недоумение, поскольку получается, что незаконная выдача рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, фактически приравнивается законодателем к особой форме сбыта соответствующих веществ, в результате чего лекарственные препараты, подлежащие особому контролю, попадают в свободный неконтролируемый оборот. В связи с этим возникает вопрос об обоснованности выделения данной формы сбыта в самостоятельный состав преступления. Если законодательная логика обуславливает это спецификой субъекта данного преступления, то наличие несоответствие санкций ст. 233 и ч. 4 ст. 228.1 (незаконный сбыт, совершенный с использованием служебного положения лица), в первом случае максимально возможное наказание 2 года лишения свободы, в ч. 4 ст. 228.1 – до 20 лет лишения свободы. Однако руководствуясь тем соображением, что служебное положение медицинского работника в большей степени создает ему условия для совершения подобных действий, данная позиция представляется достаточно противоречивой. Если придерживаться такого взгляда, было бы целесообразно приравнивать незаконную выдачу рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотроп-

ных веществ, к сбыту соответствующих веществ и оценивать их с точки зрения ч. 4 ст. 228.1 УК РФ.

Однако возможен и другой взгляд на рассматриваемые действия медицинских работников. Разграничение состава ст. 233 и вышеупомянутой ст. 228.1 УК РФ можно провести как раз-таки по направленности умысла виновного лица. При незаконной выдаче рецепта медицинский работник не преследует цели реализации наркотических средств или психотропных веществ, необходимую для наличия состава ст. 228.1 УК РФ. Тем не менее, осознавая незаконность своих действий по выдаче рецепта, лицо одновременно осознает и незаконность последующих действий получателя рецепта. Следовательно, и медицинский работник, и получатель рецепта, как правило, имеют взаимную осведомленность о противоправности действий друг друга, и действия медицинского работника, незаконная выдача им рецепта на получение соответствующих препаратов является необходимым условием последующих действий получателя рецепта по фактическому получению лекарственных средств, которые, напомним, Верховный Суд РФ предлагает оценивать по ст. 228 УК РФ как незаконное приобретение наркотических средств или психотропных веществ. Из этого можно сделать вывод, что медицинский работник выступает в качестве пособника в незаконном приобретении соответствующих средств или веществ, и его действия можно оценивать с точки зрения ч. 5 ст. 33 УК РФ. Данный вывод опять же ставит под сомнение необходимость существования ст. 233 УК РФ как самостоятельного состава преступления.

Таким образом, на наш взгляд, общественная опасность незаконной выдачи медицинским работником рецепта или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, при любом из вышеизложенных подходов не обладает достаточным уровнем для того, чтобы признать обоснованным существование самостоятельного состава преступления. При этом мы не делаем вывода о необходимости полной реабилитации данных незаконных действий и признания их абсолютно непроступными. Полагаем, что есть иные предусмотренные уголовным законом варианты квалификации данных действий, позволяющие полно и адекватно определить объем уголовной ответственности медицинских работников в данном случае и назначить справедливое и целесообразное наказание.

Список литературы:

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 01.05.2016) // Собрание законодательства РФ. 17.06.1996. № 25. Ст. 2954
2. О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.06.2006 № 14 (ред. от 30.06.2015) // Российская газета. № 137. 28.06.2006
3. Уголовное право России: Учебник для вузов. В 2 т. Т. 2. Особенная часть / Под ред. А. Н. Игнатова и Ю. А. Красикова. 2-е изд., перераб. М.: НОРМА, 2008. С. 253
4. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации (постатейный). 14-е издание, переработанное и дополненное / отв. ред. В.М. Лебедев. М.: Юрайт, 2014.
5. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации. 9-е изд., перераб. и доп. / под ред. В.Т. Томина, В.В. Сверчкова. М.: Юрайт-Издат, 2013.
6. Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения: Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н (ред. от 30.06.2015) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016) // Российская газета. № 142. 03.07.2013.
7. Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации: Постановление Правительства РФ от 30.06.1998 № 681 (ред. от 01.04.2016) // Российская газета. № 134. 17.07.1998
8. Об утверждении значительного, крупного и особо крупного размеров наркотических средств и психотропных веществ, а также значительного, крупного и особо крупного размеров для растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, для целей статей 228, 228.1, 229 и 229.1 Уголовного кодекса Российской Федерации: Постановление Правительства РФ от 01.10.2012 № 1002 (ред. от 01.04.2016) // Собрание законодательства РФ. 08.10.2012. № 41. Ст. 5624.

Об авторе:

Кирова Татьяна Александровна – ассистент кафедры уголовного права и прокурорского надзора Пермского государственного национального исследовательского университета, Пермь, e-mail: tanumtseva@mail.ru

Kirova Tatyana Aleksandrovna – assistant to department of criminal law and prosecutor's supervision of the Perm state national research university, Perm

УДК 340.69+616-036

Клевно В.А., Романько Н.А., Кучук С.А., Абасова З.Р.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ И НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СУДЕБНО-ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Статья посвящена нормативно-правовому регулированию, научно-методическому обеспечению судебно-экспертной деятельности и системе внутреннего контроля полноты и качества проведенных судебно-медицинских экспертиз в бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области.

Ключевые слова: *нормативно-правовое регулирование судебно-экспертной деятельности; локальные нормативные правовые акты; научно-методическое обеспечение экспертиз, система внутреннего контроля качества судебно-медицинских экспертиз.*

Klevno V.A., Romanko N.A., Kuchuk S.A., Abasova Z.R.

NORMATIVE AND LEGAL REGULATION AND SCIENTIFIC AND METHODOLOGICAL SUPPORT OF FORENSIC EXPERT PRACTICE AT THE BUREAU OF FORENSIC-MEDICAL EXAMINATION IN THE MOSCOW REGION

This article is dedicated to normative and legal regulation, scientific and methodological support of forensic expert practice and the system of internal control for completeness and quality of conducted forensic-medical examination at the bureau of forensic-medical examination in the Moscow region.

Keywords: *normative and legal regulation of forensic expert practice; local normative and legal acts; scientific and methodological support of examination; system of internal control for quality of forensic-medical examination.*

Судебно-экспертная деятельность в Российской Федерации осуществляется в процессе судопроизводства и состоит в организации и производстве судебной экспертизы. В соответствии со ст. 3 Федерального закона от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» правовой основой государственной судебно-экспертной деятельности являются Конституция РФ, настоящий Федеральный закон, Гражданский процессуальный кодекс РФ, Кодекс административного судопроизводства РФ, Арбитражный процессуальный кодекс РФ, Уголовно-процессуальный кодекс РФ,

Кодекс РФ об административных правонарушениях, законодательство в сфере охраны здоровья, другие федеральные законы, а также нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти, регулирующие организацию и производство судебной экспертизы.

Федеральный закон № 73-ФЗ непосредственно регулирует правоотношения субъектов государственной судебно-экспертной деятельности, определяет: понятие, содержание, принципы и задачи государственной судебно-экспертной деятельности; статус государственных судебно-экспертных учреждений (ГСЭУ) и государственных судебных экспертов; профессиональные и квалификационные требования, предъявляемые к судебным экспертам; права и обязанности руководителя ГСЭУ и государственного судебного эксперта; порядок организации и непосредственного производства судебной экспертизы; финансовое, организационное, научно-методическое и информационное обеспечение деятельности ГСЭУ. Отдельная глава закрепляет особенности производства судебной экспертизы в отношении живых лиц. При этом 73-ФЗ не регулирует содержание методик и правил проведения конкретных судебных экспертиз, включая медицинские.

Совершенствованием государственной судебно-экспертной деятельности в учреждениях судебно-медицинской экспертизы явилось издание приказа Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н, утвердившего «Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» (далее – Порядок).

Настоящий Порядок регулирует вопросы организации и производства судебно-медицинской экспертизы, включая судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств и исследование биологических объектов (биохимическую, генетическую, медико-криминалистическую, спектрографическую, судебно-биологическую, судебно-гистологическую, судебно-химическую, судебно-цитологическую, химико-токсикологическую), судебно-медицинскую экспертизу и исследование трупа, судебно-медицинскую экспертизу и обследование потерпевших, обвиняемых и других лиц в государственных судебно-экспертных учреждениях, экспертных подразделениях системы здравоохранения.

нения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности по соответствующим работам (услугам).

Кроме того, Порядок содержит рекомендуемые штатные нормативы работников ГСЭУ и стандарт оснащения ГСЭУ приборами и оборудованием для проведения различных видов судебно-медицинских экспертиз.

Важное место среди правовых основ судебно-экспертной деятельности занимают подзаконные локальные нормативные правовые акты, принимаемые руководителем государственного экспертного учреждения.

В соответствии с Концепцией создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.04.2011 № 364, приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.12.2008 № 782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти», письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.01.2009 г. № 14-6/10/2-178 приказом «О переходе ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» на автоматизированное заполнение медицинской документации, подтверждающей случаи смерти» внедрено автоматизированное заполнение медицинской документации, подтверждающей случаи смерти, на основе «Программного комплекса мониторинга рождаемости и смертности» ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко».

В 2013 г. с целью упорядочения и оптимизации работы районных судебно-медицинских отделений и лабораторий государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (далее – ГБУЗ МО «Бюро СМЭ») были утверждены на заседании методического совета и внедрены в практику работы структурных подразделений правила изъятия объектов биологического происхождения для лабораторных исследований. Настоящие правила, а также алгоритм проведения судебно-гистологического исследования разработаны в соответствии с требованиями приказа Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н и устанавливают порядок изъятия объектов биологического происхожде-

ния для лабораторных исследований в ГБУЗ МО «Бюро СМЭ»: судебно-гистологических, судебно-химических, судебно-биохимических, судебно-биологических, молекулярно-генетических и медико-криминалистических [1].

Законодательно определено, что если экспертиза проводится в государственном судебно-экспертном учреждении, то контроль качества исследований возлагается на руководителя данного учреждения. В ч. 1 ст. 14 Федерального закона № 73-ФЗ прямо указано, что руководитель судебно-экспертного учреждения обязан «обеспечить контроль за соблюдением сроков производства судебных экспертиз, полнотой и качеством проведенных исследований, не нарушая принцип независимости эксперта».

Как видим, на уровне федерального законодательства указания носят самый общий характер. Но и это можно считать существенным шагом вперед, поскольку до принятия Закона о государственной судебно-экспертной деятельности на законодательном уровне этот вопрос вообще никак не был урегулирован.

В ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» этот вопрос отрегулирован путем формирования института зональных экспертов. Связующими звеньями между заместителем начальника Бюро по экспертной работе и 46-ю заведующими судебно-медицинскими отделениями для осуществления оперативно-тактического руководства и координации деятельности являются танатологические отделы, а именно возглавляющие их заведующие (зональные). Количество заведующих отделами определяется ведомственным приказом и не противоречит основным принципам эффективного управления (один на каждые 6-7 районных подразделений).

В соответствии с должностной инструкцией заведующий танатологическим отделом организует и обеспечивает:

- ✓ проведение мер, направленных на сокращение сроков производства судебно-медицинских экспертиз и исследований в отделе, не превышая месячного срока;
- ✓ внедрение в практику работы отдела рекомендованных новых методов экспертных исследований;
- ✓ систематическую проверку первичных «Заключений эксперта» во всех случаях убийств, инерционной черепно-мозговой травмы, выборочную проверку «Заключений» и «Актов», по

другим видам насильственной и ненасильственной смерти, а также экспертизы свидетельствуемых (живых лиц) с оформлением рецензий;

- ✓ своевременное доведение до сведения начальника Бюро судебно-медицинской экспертизы всех выявленных при проверке судебно-медицинских документов случаев дефектов при экспертных исследованиях. В случаях неправильных, неубедительных или необоснованных выводов (заключений эксперта), помимо информации начальнику Бюро или его заместителю по экспертной работе, своевременно (не позднее 7-го дня от момента выявления дефекта) представляет проект письма в правоохранительные органы о целесообразности производства повторной судебно-медицинской экспертизы.

В ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» приняты локальные нормативные правовые акты, позволяющие в полном объеме осуществлять контроль за соблюдением сроков производства судебных экспертиз, полнотой и качеством проведенных исследований, не нарушая принцип независимости эксперта:

- ✓ приказ «Об обеспечении внутреннего контроля за соблюдением сроков производства, полноты и качества судебно-медицинских экспертиз (освидетельствований) в отношении живых лиц, произведенных в судебно-медицинских отделениях ГБУЗ МО «Бюро СМЭ»;
- ✓ приказ «О совершенствовании в ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» организации внутреннего контроля за соблюдением сроков производства, полноты и качества проведенных судебно-медицинских экспертиз (исследований) в случаях убийств, черепно-мозговой травмы, а также смертельных исходов стационарах медицинских организаций, расположенных на территории Московской области».

С целью обеспечения единого научно-методического подхода к производству судебно-медицинских экспертиз и повышению их качества коллективом авторов подготовлены печатные издания, призванные облегчить их использование на практике.

1. Сборник нормативных правовых документов, регулирующих порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека [2].

2. Комментарий к нормативным правовым документам [3].
3. Руководство по судебно-медицинской экспертизе вреда здоровью [4].
4. Ответы на вопросы по применению Правил и Медицинских критериев [5].
5. Дефиниции и иллюстрации к Медицинским критериям (атлас) [6].
6. Экспертная и правоприменительная практика Медицинских критериев [7].

Таким образом, принятые в ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» локальные нормативные правовые акты обеспечивают единый научно-методический подход к производству судебно-медицинских экспертиз, способствуют повышению их качества, позволяют в полном объеме осуществлять контроль за соблюдением сроков производства судебных экспертиз, полнотой и качеством проведенных исследований, не нарушая принцип независимости эксперта.

Список литературы:

1. Правила изъятия объектов биологического происхождения для лабораторных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы: сборник локальных нормативных правовых актов ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» / [Клевно В.А., Романько Н.А., Зазулин В.А. и др.]; под ред. проф. В. А. Клевно. М.: ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», 2014. 76 с.
2. Клевно В.А. Наумов Э.С., Ломов В.Е. Локальные нормативные правовые акты, регулирующие государственную судебно-экспертную деятельность бюро судебно-медицинской экспертизы органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации. М., РИО ФГУ РЦСМЭ РосЗДРАВА, 2008. 268 с.
3. Комментарий к нормативно-правовым документам, регулиующим порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека / Клевно В.А., Заславский Г.И., Колкутин В.В., Попов В.Л. Ассоциация Юридический Центр. СПб.: Изд-во Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2008. 213 с.
4. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью: руководство. / [В.А. Клевно и др.]; под ред. проф. В.А. Клевно. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 300 с.
5. Клевно В.А., Богомолова И.Н. Определение степени тяжести вреда здоровью. Применение Правил и Медицинских критериев. Ответы на вопросы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 136 с.

6. *Медицинские критерии вреда здоровью. Дефиниции и иллюстрации: атлас* / [Клевно В.А., Куликов С.Н., Копылов А.В.]; под ред. проф. В.А. Клевно. М.: РИО ФГБУ РЦСМЭ Минздрава России, 2012. 367 с.
7. Клевно В.А. *Применение Медицинских критериев вреда здоровью: экспертная и правоприменительная практика.* // Журнал Судебно-медицинская экспертиза, М., 2011. Т. 54. № 5. С. 41-49.

Об авторах:

Клевно Владимир Александрович – д.м.н., профессор, начальник Государственного бюджетного учреждения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», заведующий кафедрой судебной медицины ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, кор. 1, ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», e-mail: vladimir.klevno@yandex.ru

Романько Наталья Александровна – к.м.н., заместитель начальника по экспертной работе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» по экспертной работе; доцент кафедры судебной медицины ФУВ ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского». 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, кор. 1, ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», e-mail: romanko@sudmedmo.ru

Кучук Сергей Анатольевич – к.м.н., заместитель начальника по организационно-методической работе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГБУЗ МО «Бюро СМЭ»), доцент кафедры судебной медицины ФУВ МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского. 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, кор. 1, ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», e-mail: kuchuk@sudmedmo.ru

Абасова Зумруд Расуловна – начальник юридического отдела Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГБУЗ МО «Бюро СМЭ»), 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, кор. 1, ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», e-mail: abasova@sudmedmo.ru

Klevno Vladimir Aleksandrovich – chief of the State Federal Health-care agency in the Moscow region «Bureau of forensic-medical examination», head of the department of forensic medicine of the department of the advanced training for doctors State budget institution of health service «Moscow regional research clinical institute of M.F. Vladimirovsky», professor, MD, PhD, Moscow

Romanko Natalya Aleksandrovna – deputy chief on expert labor at State Federal Healthcare Agency in the Moscow region «Bureau of forensic-medical examination», Associate professor of the department of forensic medicine of the department of the advanced training for doctors State budget institution of health

service «Moscow regional research clinical institute of M.F. Vladimirovsky», candidate of medical science, Moscow

Kuchuk Sergey Anatolevich – deputy chief on organizational and methodical labor at State Federal Healthcare Agency in the Moscow region «bureau of forensic-medical examination», Associate professor of the department of forensic medicine of the department of the advanced training for doctors State budget institution of health service «Moscow regional research clinical institute of M.F. Vladimirovsky», candidate of medical science, Moscow

Abasova Zumerud Rasulovna – chief of juridical department of State Federal Healthcare Agency in the Moscow region «Bureau of forensic-medical examination», Moscow

© Клевно В.А., Романько Н.А., Кучук С.А., Абасова З.Р., 2016

УДК 343.148.22+614.256

Князев Е.Г., Таевский А.Б.

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ПРИНЦИПЫ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ

В статье рассматриваются проблемы осуществления экспертизы качества медицинской помощи, организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также управления качеством медицинской помощи в условиях действующего приказа Минздрава России от 07.07.2015 №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Предложена технология проведения экспертизы на основе утвержденных критериев оценки качества медицинской помощи.

Ключевые слова: контроль качества и безопасности медицинской деятельности, технология экспертизы качества медицинской помощи, критерии оценки качества медицинской помощи, нормативный акт, приказ Минздрава России от 07.07.2015 №422ан.

Knyazev E.G., Taevskiy A.B.

EXAMINATION OF QUALITY OF MEDICAL CARE. PRINCIPLES AND TECHNOLOGICAL DECISIONS

In article problems of implementation of examination of quality of medical care, the organization and monitoring procedure of quality and safety of medical activities, and also quality management of medical care in the conditions of the existing order of the Russian Ministry of Health from 07.07.2015 No. 422an «About approval of quality criteria of medical care» are considered. The technology of carrying out examination on the basis of the approved quality criteria of medical care is offered.

Keywords: quality control and safety of medical activities, technology of examination of quality of medical care, quality criteria of medical care, the regulation, the order of the Russian Ministry of Health from 07.07.2015 №422ан.

В последнее время вокруг проблемы качества и безопасности медицинской деятельности наблюдается ажиотаж. Активное внедрение в эту тему происходит со всех сторон. Сторонние ведомства, организации, люди и силы ищут в ней для себя что-то очень важное и ценное.

В одном и потребители, и организации, защищающие их интересы, и юристы, и правоохранительные органы правы – неудовлетворённость есть предшествующий шаг любого конфликта. Сам процесс оказания медицинской помощи непостижим ни для кого, кроме тех, кто сам «оказывает медицинские услуги», а также

тех, кто проводит их профессиональную экспертизу. Все они (потребители, юристы, представители правоохранительных органов и т.п.) испытывают острую неудовлетворённость из-за неизбежного присутствия «чёрного ящика», в котором скрывается от них самая суть медицинской деятельности.

До тех пор, пока возникший конфликт решают между собой врач и пациент, за каждым из которых стоит своя «группа поддержки», выигрыш любой из сторон равен проигрышу другой стороны (т.н. «игра с нулевой суммой»).

Появление третьей стороны меняет весь расклад. Это уже «игра с ненулевой суммой». Третья сторона всегда в выигрыше, каких бы результатов не добились для себя участники конфликта, и этот гарантированный выигрыш третьей стороне оплачивает один из участников конфликта или оба. Выигрыш третьей стороны не обязательно имеет денежную форму – это может быть власть, влияние, статус, должность, показатели раскрываемости и т.п. Так работает система.

Есть один критически важный момент для третьей стороны: её вмешательство в конфликт должно быть законным и справедливым либо производить впечатление такового. Соответственно, третья сторона вынуждена изучить содержимое «чёрного ящика» и вынести своё заключение о том, было ли происшедшее в нём правильным или нет. Но для непрофессионалов разобраться в содержимом «чёрного ящика» очень сложно, а порой и невозможно.

В этой связи, третья сторона стоит перед нелёгким выбором: «провалиться» с собственным заключением либо привлечь эксперта – чужака, заинтересованное лицо, связанное профессиональными узами и корпоративной этикой с одной из сторон конфликта.

Именно по этим причинам так раздражает представителей третьей стороны любого вида отсутствие или слабость установленных требований в нашей сфере, именно поэтому отсутствие до недавних пор критериев качества служит предметом самой острой критики столь многих.

Общество посредством недовольства этих людей выражает желание контролировать качество медицинской помощи. Причём, контролировать напрямую, без необходимости привлечения экспертов – представителей медицинского сообщества и, потому,

заинтересованных лиц, доверия к которым нет и быть не может. Общество желает знать, что в чёрном ящике!

Само это желание общества и его непосредственные проявления в форме недовольства и критики отражает плоское, двухмерное восприятие процесса оказания медицинской помощи. Сетка координат из установленных наборов «медицинских услуг» (стандарты медицинской помощи) и последовательностей (алгоритмов) их отпуска (порядки), по представлениям третьей стороны, дают полную картину эталонного лечебно-диагностического процесса, с которым можно сравнивать то, что было осуществлено по факту в том или ином случае оказания медицинской помощи.

В то же время, если бы лечебно-диагностический процесс мог бы быть универсальным, людей давно бы лечили компьютеры с минимальными вычислительными возможностями. Каждый человек уникален, уникальна его клиническая ситуация, и реагирует на медицинские вмешательства каждый по-своему. Таким образом, идея об обязательности тотального исполнения стандартов и порядков (в части алгоритмов оказания помощи) порочна.

Наличие индивидуальных физических и психических особенностей живого организма, вариаций протекания в нём физиологических и патологических процессов, различий в реакциях на происходящее, особенно на медицинские вмешательства, исключает возможность применения как дубово-стандартных схем лечения, так и двухмерной экспертной модели оценки качества. Лечебно-диагностический процесс необходимо рассматривать аналогично проекту, где в т.н. «контрольных точках» должна быть проанализирована клиническая ситуация и проведена коррекция. Отклонения от эталонного процесса сами по себе не означают отклонений в качестве медицинской помощи, и эту истину необходимо донести до каждого представителя «третьей стороны».

Профессиональное медицинское образование предполагает выработку у будущего врача клинического мышления, которое он должен потом укрепить как можно быстрее в интернатуре или ординатуре, ибо без этого как врач он не состоится и рискует принести огромный вред людям. Современные профессиональные знания абсолютно необходимы, но именно уровень клинического мышления определяет пользу, которую врач из них извлекает. Ни

один суперкомпьютер пока не способен в ограниченный период времени полностью проанализировать клиническую и жизненную ситуацию пациента в данных условиях в настоящий момент исторического развития и принять правильное решение, которое приведёт пациента к наилучшему для него клиническому результату.

Для того, чтобы вынести правильное заключение, эксперт должен пройти весь процесс оказания медицинской помощи вслед за врачом и определить, насколько правильной была сделана тем оценка клинической ситуации в каждой контрольной точке и насколько верным было принятое им решение в каждой из них. Эксперт располагает нужными информационными источниками – порядками оказания и стандартами медицинской помощи, протоколами ведения больных и клиническими рекомендациями, и выявляет отклонения, допущенные врачом. Но отклонение отклонению – рознь! Они могут быть как вредными для пациента, так и полезными. И ни один компьютер, ни одна программа, ни один вооружённый чек-листами чиновник не способны оценить связь отклонения с результатом. Это может сделать только врач, профессионал.

Однако как же быть с неудовлетворённостью общества, с недовольством из-за наличия «чёрного ящика» и, с раздражением, которое вызывает его недоступность? Это всё никуда не делось, и впредь, с развитием потребительства, будет только нарастать. И это так.

Общество должно научиться доверять экспертам. А для того, чтобы это доверие было обоснованным и оправданным, необходимо переосмыслить и переформатировать многие вещи. Нужно перестать заниматься изобретением волшебных чек-листов и чудо-программ, а создать хорошую, надёжную методологическую базу экспертной работы, отточить до совершенства технологию проведения экспертизы, дать чёткие ориентиры для оценки отклонений в их связи с результатами оказания медицинской помощи.

В соответствии Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» контроль в сфере здравоохранения Российской Федерации включает в себя контроль качества и безопасности медицинской деятельности. Законом предусмотрено три формы Контроля: государственный, ведомственный и внутранный.

Порядок организации и проведения государственного Контроля установлен постановлением Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. №1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».

Порядок организации и проведения внутреннего Контроля регламентирован ст. 90 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

В соответствии с Законом, «критерии оценки качества медицинской помощи» (далее – критерии оценки качества) установлены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июля 2015 г. №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Документом установлены критерии оценки качества, применяемые при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях (в т.ч. в условиях дневного стационара). Его появление свидетельствует о несомненном прогрессе отраслевого регулирования.

Закон относит экспертизу качества медицинской помощи к медицинским экспертизам и в ст. 64 дает ее определение: «Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе на основе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата».

Получение в результате проводимого специального исследования объективных достоверных данных, в своей совокупности отражающих так называемое качество медицинской помощи, составляет собственную цель экспертизы качества медицинской помощи. В то же время, сама Экспертиза может проводиться в самых различных целях, которые могут быть объединены в две большие группы: связанные с управлением и связанные с конфликтом интересов сторон, участников процесса оказания медицинской помощи. Подчиненность собственной цели Экспертизы внешней цели ее осуществления может оказывать существенное влияние на объективность и характер получаемых

результатов. В этой связи осуществление Экспертизы должно быть методологически, технологически и организационно обеспечено и регламентировано.

Закон определяет, что медицинская помощь является сложным комплексом мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя проведение медицинских вмешательств в виде выполняемых медицинскими работниками по отношению к пациенту медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию.

Невозможно дать оценку качеству медицинской помощи без оценки всей совокупности характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, а также степень достижения запланированного результата.

Лечебно-диагностический процесс всегда индивидуален, реализуется в многомерном пространстве и не может быть полностью описан в двухмерной сетке координат (последовательность этапов и условия оказания медицинской помощи, частота предоставления и кратность применения методов диагностики и лечения, лекарственных средств и медицинских изделий), задаваемой требованиями порядков оказания и стандартов медицинской помощи. В процессе оказания медицинской помощи клиническая ситуация постоянно меняется, и врач должен принимать решения, обоснованные не только и не столько установленными требованиями, сколько необходимостью оказания помощи больному здесь и сейчас. Рекомендации о возможности получения наилучших результатов за счет оптимизации лечебно-диагностического процесса с учетом течения основного и сопутствующих заболеваний, осложнений, исходов, а также критерии оценки правильности принимаемых решений должны содержаться в клинических рекомендациях (протоколах ведения больных).

При проведении Экспертизы недостаточно ограничиваться оценкой исполнения установленных требований, к чему может приводить формальное применение критериев оценки качества,

установленных Приказом №422ан. Для получения объективных и достоверных результатов Экспертизы обязательному изучению и оценке подлежит также лечебно-диагностический процесс и его отклонения от оптимального хода с учетом реально складывающейся клинической ситуации и достигнутых результатов.

В установленных критериях оценки качества прослеживается акцентуация на «дефектах оказания медицинской помощи». Сами дефекты все чаще сводятся к выявлению нарушений установленных требований. В то же время исполнение установленных требований не тождественно качеству оказания медицинской помощи и не гарантирует получение положительных результатов, поскольку специфика медицинской деятельности накладывает границы возможностей регламентации, за пределами которых требования не приводят к улучшениям деятельности системы оказания медицинской помощи.

Следовательно, необходимо различать дефекты оказания медицинской помощи и дефекты исполнения требований к ее оказанию, что неизбежно порождает вопросы о том, в какой мере установленные требования отражают реальные управленческие потребности.

Регистрации дефектов исполнения недостаточно для принятия управленческих решений. Для того чтобы выявляемые дефекты служили надежными индикаторами качества медицинской помощи, следует относить к ним не только нарушения установленных нормативными правовыми актами требований, но и клинически значимые отклонения от оптимального хода лечебно-диагностического процесса при оказании медицинской помощи конкретному пациенту. Такой подход, по мнению авторов, наполняет выявление дефектов практическим смыслом.

Основная масса требований в медицине возможна лишь в виде комплексных и сложных идейных конструкций, неких условных взаимосвязанных ориентиров, базирующихся на современном уровне медицинских знаний. Значение имеют не сами факты исполнения конкретных предписаний, а то, как именно были реализованы комплексы мероприятий, составляющих лечебно-диагностический процесс, и с каким результатом. То есть, простая оценка исполнения к медицинской деятельности непри-

менима, т.к. не характеризует качества оказания медицинской помощи. Для того чтобы оценить всю совокупность характеристик, отражающих качество медицинской помощи, необходимо использовать также и принцип соответствия.

Принцип соответствия предполагает установление градации оценки исследуемого параметра от полного несоответствия до полного соответствия. Его использование позволяет устанавливать степень отклонения исследуемого объекта/процесса от оптимума и с помощью оценочной шкалы получать результат в цифровом выражении (в процентах или в виде десятичной дроби в диапазоне от нуля до единицы).

Принцип минимальной достаточности позволяет проводить оценку изучаемого параметра, используя в качестве ответов слова «да» и «нет» или цифры «0» и «1», выражающие категоричные ответы на прямые вопросы («достаточно/недостаточно», «выполнено/не выполнено», «допустимо/недопустимо» и т.д.). Достижение собственной цели Экспертизы (получение достоверных объективных результатов) возможно лишь при условии различения и осознанного использования экспертом как принципа минимальной достаточности, так и принципа соответствия.

Обеспечение регулярного получения достоверных, объективных и воспроизводимых результатов Экспертизы по каждому оцениваемому параметру и в их совокупности является, таким образом, технологической задачей.

Экспертом при проведении Экспертизы выявляются как прямые нарушения установленных требований, подлежащие оценке по принципу минимальной достаточности и напрямую свидетельствующие о ненадлежащем качестве медицинской помощи, так и отклонения от оптимального хода лечебно-диагностического процесса различной степени выраженности и с различным влиянием на результат оказания медицинской помощи, подлежащие оценке по принципу соответствия. Для оценки отклонений, создающих угрозу жизни и здоровью пациентов, резко ухудшающих результат оказания медицинской помощи или влекущих за собой неоправданное расходование ресурсов (мы называем такие отклонения «экстремальными»), эксперту одного принципа соответствия недостаточно. Ему необходимы четкие пределы

отклонений, сопоставляя величину допущенного отклонения, с которыми он может обоснованно судить, нарушил врач что-либо, или нет. То есть, здесь снова становится актуальным дихотомический принцип оценки, но применяемый не формально, а к месту и основанный на реальности.

В каком виде должны быть представлены пределы допустимых отклонений – вопрос в большей степени технический. Это может быть величина отклонения, соотносимая с размером оптимального диапазона (допустим, оптимальная продолжительность лечения для данной «модели пациента» 8-10 дней, а пределы допустимых отклонений могут быть установлены равными величине оптимального диапазона (3 дня) в ту и другую сторону – то есть, продолжительность лечения менее 5 дней или свыше 13 дней будет являться признаком экстремального отклонения). Это может быть минимально допустимая экспертная оценка по данному параметру (предположим, эксперт, руководствуясь заранее установленными критериями оценки степени отклонения и отнесения его к тому или иному диапазону оценочной шкалы, выставил балл 0,6, а минимально допустимым для данного параметра определено 0,7 и, следовательно, выявлено экстремальное отклонение). Это может быть и требование прямого действия, например, соблюдение лимита времени, отводимого для оказания медицинской помощи в экстренной форме в критериях оценки качества.

Очевидно, что для каждого управляемого параметра вопрос о том, каким образом устанавливать пределы отклонений, решается прицельно с участием ведущих профильных специалистов. И, конечно, именно эти пределы, наряду с требованиями прямого действия, и должны составлять «установленные требования» при осуществлении медицинской деятельности.

В практической работе эксперт сталкивается с двумя типами отклонений, оказывающими наибольшее влияние на качество медицинской помощи, создающих угрозу жизни и здоровью пациентов, ухудшающих результат оказания медицинской помощи или влекущих неоправданное расходование ресурсов: повторяющимися (регулярными) и значительно выраженными (экстремальными).

Оценка по каждому применимому в данном случае управляемому параметру может проводиться в два, а в перспективе (с появлением установленных пределов допустимых отклонений) – в три этапа:

1. Оценка по дихотомическому принципу «минимальной достаточности» («да» или «нет», «выполнено» или «не выполнено», «0» или «1»);
2. Оценка по градиентному принципу «соответствия» (от «0» до «1» на «оценочной шкале» с заданным «шагом»);
3. Оценка величины допущенного отклонения по дихотомическому принципу путем сопоставления с заранее установленными «пороговыми» значениями.

Сама процедура оценки по каждому параметру сложностей для эксперта не представляет. Скорее, наоборот, упрощает его работу (особенно в трехэтапном варианте), так как с ликвидацией смешения принципов минимальной достаточности и соответствия, установлением четких ориентиров для выставления оценки, появлением возможности «отключения» неприменимых параметров работа эксперта значительно облегчается.

Экспертиза конкретного случая оказания медицинской помощи проводится по многоуровневому перечню параметров, в итоге последовательной «отработки» которых эксперт получает массив результатов. На основании полученных результатов эксперт делает свое экспертное заключение и «передает» (включает) их в систему Контроля. Соответственно, чем больше случаев оказания медицинской помощи подвергается Экспертизе в целях Контроля в установленный промежуток времени, тем выше потребность в автоматизации процедур.

В крупной медицинской организации ежемесячно проводятся сотни Экспертиз, в субъекте Российской Федерации – тысячи, поэтому идеальным техническим решением задачи автоматизации Экспертизы и Контроля для них может быть модуль используемой Медицинской информационной системы или интегрированная в МИС сторонняя программа с созданием «Автоматизированных экспертных технологических карт» для целей Экспертизы и Контроля.

Основных задач автоматизации экспертизы, с учетом присущих электронным таблицам ограничений, две:

- ✓ генерация отчетных форм – карты контроля качества и экспертного заключения;
- ✓ а также формирование стандартизированного массива результатов для учета.

Форм, установленных на федеральном уровне, в настоящее время нет. В некоторых субъектах РФ ранее были установлены региональные отчетные формы, но они устарели с появлением федеральных критериев оценки качества медицинской помощи (а многие и раньше). Таким образом, в настоящее время такие формы могут быть установлены руководителем медицинской организации локально в собственных управленческих целях. Возможность установления региональных отчетных форм, способствующих эффективному управлению качеством медицинской помощи на региональном уровне, имеется и у органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

Формы карты контроля качества и экспертного заключения необходимо разместить на отдельных листах книги (файла) электронных таблиц.

Формы содержат как стабильные участки, содержимое которых остается неизменным, так и динамичные, содержимое которых должно меняться в процессе проведения экспертизы, отражая действия эксперта.

Настройка и расчеты

Не все федеральные критерии оценки качества применимы ко всем случаям оказания медицинской помощи. В перечне установленных критериев оценки качества медицинской помощи в стационарных условиях таких критериев 10, в амбулаторных условиях – 7.

Для того, чтобы технически реализовать задачу настройки параметров экспертизы на конкретный случай оказания медицинской помощи, необходимо внедрить в АЭТК определенный функционал, состоящий из двух частей:

- ✓ настроечной (т.н. «настроечного блока»), где эксперт производит «включение» и «отключение» отключаемых показате-

лей, меняя содержимое определенных ячеек (внося в них, например, единицу для «включения» и очищая их содержимое для «выключения»);

- ✓ и аналитической, представляющей собой аналитические фрагменты различных формул в тех ячейках, где состояние отключаемого показателя необходимо учитывать.

На основании установленного числа показателей для данного случая экспертизы можно производить точный расчет укрупненных показателей и итоговой оценки для каждого уровня контроля. Для укрупненного показателя точный результат получается при делении суммы оценок составляющих его показателей на число «включенных» показателей. Экспертная оценка производится по принципу соответствия по шкале от «0» до «1» с шагом «0,1». Она наиболее пригодна для автоматизации расчетов. Формулы, производящие эти расчеты, можно разместить прямо в таблице Карты контроля качества в соответствующих ячейках.

Подобным образом рассчитывается точный итоговый результат – суммируются результаты по всем «включенным» укрупненным показателям и производится деление на их общее число.

Листы с Экспертными заключениями одинаковы во всем, кроме полей, относящихся к тому или иному уровню контроля. Для того, чтобы максимально высвободить место для пояснений эксперта, форму Экспертного заключения следует освободить ото всей общей информации, оставив лишь идентификаторы Карты контроля качества, к которой оно прилагается, и уровня контроля. Эти поля должны заполняться автоматически. Кроме того, автоматическое заполнение в определенных пределах возможно и для содержания пояснений эксперта по разделам экспертизы. Это возможно при использовании текстовых шаблонов, но при условии достаточной гибкости в практической работе. Таким образом, для успешной реализации этой задачи необходимо разработать определенный функционал.

При проведении экспертизы с использованием двухэтапной процедуры оценки по каждому критерию, оценка качества медицинской помощи следует за оценкой исполнения установленных требований. При проведении экспертизы с использованием трехэтапной процедуры оценки (что возможно при наличии заранее

установленных «пороговых значений» отклонений), на третьем этапе оценивается степень допущенных отклонений от оптимального хода лечебно-диагностического процесса. Мы считаем технологию экспертизы с двухэтапной процедурой оценки по каждому критерию хорошим, а с трехэтапной процедурой оценки – наилучшим способом обеспечения объективности и достоверности результатов экспертизы качества медицинской помощи. Между исполнением установленных требований и качеством медицинской помощи нет эквивалентности либо линейной зависимости вследствие исключительной сложности медицинской деятельности, бесконечного разнообразия клинических ситуаций и их динамики.

Технология Экспертизы, опирающаяся на различие и осознанное использование принципов минимальной достаточности и соответствия при проведении двух- или трехэтапной оценки каждого оцениваемого параметра, должна быть методологически обеспечена и вводиться в действие специальным нормативным правовым актом, «Порядком осуществления экспертизы качества медицинской помощи», регламентирующим порядок проведения Экспертизы, интегрированной в систему Контроля (внутреннего, ведомственного или государственного). В «Порядке» должна быть представлена система управляемых параметров медицинской деятельности, включающая критерии оценки качества, утвержденные Приказом №422ан, оценочные шкалы с заданным шагом, описание процедур, составляющих Экспертизу, а также рекомендации для эксперта и регламент его работы.

Представленная технология проведения Экспертизы в целях осуществления ведомственного или внутреннего Контроля обеспечивает:

1. Объективность и достоверность результатов Экспертизы за счет проведения двух- или трехэтапной процедуры оценки по каждому оцениваемому параметру, т.к. на каждом этапе используется только один из принципов оценки с четкими ориентирами для эксперта.
2. Воспроизводимость результатов за счет описания процедур и методологии проведения Экспертизы.
3. Повышение эффективности труда эксперта за счет устранения части неясностей и противоречий, встречающихся в дей-

- ствующих нормативных правовых актах, четкой регламентации и автоматизации выполняемых экспертом процедур.
4. Информативность результатов для целей управления за счет интеграции в систему Контроля, предусматривающей сбор, хранение, систематизацию и анализ данных, возможности выявления статистическими методами отклонений подлежащих контролю параметров от заранее установленных значений с целью их коррекции.
 5. Обоснованность принимаемых управленческих решений за счет получения надежной информации об осуществляемой медицинской деятельности.
 6. Повышение результативности принимаемых управленческих решений за счет их обоснованности.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. №1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации России от 21 декабря 2012 г. №1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».
4. Федеральный закон от 4 мая 2011 г. №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. №291 «О лицензировании медицинской деятельности».
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июля 2015 г. №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
7. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
8. 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».

9. Проект приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании» (<http://regulation.gov.ru/projects#pra=42100>).
10. Сайт Федеральной электронной медицинской библиотеки Министерства здравоохранения Российской Федерации (www.fetb.ru).
11. Интернет-портал для врачей-организаторов здравоохранения и владельцев медицинского бизнеса Здрав.Биз (www.zdrav.biz).

Об авторах:

Князев Евгений Геннадьевич – начальник ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 94 ФМБА России», член общероссийской общественной организации «Общество по организации здравоохранения и общественного здоровья», г. Пересвет Сергиево-Посадского района Московской области e-mail: egknjazev@rambler.ru

Таевский Андрей Борисович – руководитель интернет-портала для врачей – организаторов здравоохранения и владельцев медицинского бизнеса «Здрав.Биз», г. Санкт-Петербург, e-mail: taevsky@mail.ru

Evgeny Gennadevich Knyazev – chief of the Central medical and sanitary unit No. 94 of Federal Medical Biological Agency (FMBA of Russia), Member of the All-Russian public organization «Russian Society of Public Health», Moscow region, Peresvet

Andrey Borisovich Taevskiy – the head of the Internet portal for doctors – organizers of health care and owners of medical business «Zdrav. Biz», St. Petersburg

© Князев Е.Г., Таевский А.Б., 2016

УДК 343.347

Куликов С.Н., Григорьева Е.Н.

МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ В ПРИМЕНЕНИИ СТРУКТУРЫ НОРМЫ УГОЛОВНОГО ПРАВА

Статья посвящена констатации прямой взаимосвязи между дефинициями медицинских критериев тяжести вреда здоровью и юридическим процессом доказывания состава преступления. На примере судебного-экспертного прецедента оценки травмы костей предплечья и локтевого сустава показано значение первичной морфологии травмы, механики её происхождения, значение влияния медицинской помощи. Показана невозможность абстракции принятых медицинских критериев при объективном рассмотрении факта первичной диагностики повреждения.

Ключевые слова: медицинские критерии вреда здоровью, состав преступления, медицинская помощь, судебная практика, юридический процесс.

Kulikov S.N., Grigorjeva E.N.

MEDICAL CRITERIA OF THE HEALTH HARM APPLYING TO THE STRUCTURE OF THE NORM OF THE CRIMINAL LAW

The article is devoted to the establishment of the direct connection between the definitions of the medical criteria of the health harm and the judicial process of the proving of the crime components. The primary morphology of the trauma, the mechanics of its origin, the meaning of the medical aid are shown in the case of forensic precedent of the estimation of the trauma of the forearms' bones and the elbow joint. The impossibility of the abstraction of the accepted standards in the objective evaluation of the fact of the primary diagnosis of the trauma is reported.

Keywords: medical criteria of the health harm, the crime components, the medical aid, judicial practice, judicial process.

Тему статьи рассмотрим на примере казуса оценки в судебно-медицинской экспертной практике переломовывиха костей, составляющих локтевой сустав у совершеннолетнего субъекта. Морфология травмы представляет своеобразную компиляцию элементов медицинских критериев вреда здоровью по п.п. 6.11., 6.11.2., 6.11.3., 6.11.11., утверждённых Приказом № 194н Минздравсоцразвития России, от 24 апреля 2008 г., (в дальнейшем – «194-й приказ»).

На сегодня, уголовно-правовой процесс доказывания состава преступления с юридической квалификацией тяжести данной

травмы, длится во времени более двух лет. Столько же по времени, идёт судебно-медицинская оценка травмы. Длительность «тяжбы» по предмету оценки тяжести вреда здоровью обусловлена «контр. аргументацией» коллег-экспертов, суть которой в следующем. «... Это не компиляция, обозначенных выше п.п. ..., а признаки вреда здоровью средней тяжести по п. 7.1. 194-ого приказа ... Смещения локтевой кости не видим ...».

По объективной визуализации первичной рентгенограммы (в дальнейшем – «Рентгенограмма»), произведённой тотчас по факту причинения травмы, мы констатируем: «... картину переломовывиха локтевой кости в купе с вывихом головки лучевой, в плечелучевом сочленении – сиречь передний вывих костей предплечья, что произошло ОДНОВРЕМЕННО». Отсюда вытекает диагноз: «Открытый передний вывих обеих костей предплечья с унифокальным внутрисуставным оскольчатым переломом верхнего конца локтевой кости в промежутке между локтевым и венечным отростками её».

В силу требований к настоящей публикации, по ограничению текстуального объёма, мы не в состоянии представить в статье крайне необходимую иллюстративную фотографическую и рисуночную информацию. Заинтересовавшийся читатель может увидеть её в наших ранее вышедших журнальных публикациях, посвященных предмету сложившейся судебно-следственной ситуации и самостоятельно проанализировать картину Рентгенограммы [7, 8].

При этом добавим, что принципиальная картина морфологии травмы, отразившаяся на Рентгенограмме, по сути, идентична рисуночной конфигурации медицинского критерия, в отношении локтевого сустава, по п. 6.11.11. 194-ого приказа, опубликованного нами ещё в 2012 году, см. на с.334, рис. 6.11.11. [6] Б источника [4] и на с.163, рис. 6.11.11. [4] Б источника [5].

Крупными суставами верхней конечности начали заниматься давно, ещё под руководством з.д.н. России, профессора Виталия Николаевича Крюкова, (Куликов С.Н., 1993), [1].

Как его ученики, со времени нулевых годов, занимаемся проблемой медицинских критериев тяжести вреда здоровью. 194-й приказ с утверждённым перечнем медицинских критериев степе-

ни тяжести вреда, причинённого здоровью человека, фактически является результатом этой работы, (Клевно В.А., Куликов С.Н. и др. 2007, 2008, 2009, 2010, 2012), [2-6].

Рассматриваемый судебно-экспертный прецедент коллегиально обсуждён авторами настоящей статьи на тематическом круглом столе, в ходе Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики – 2016», посвященной памяти Виталия Николаевича Крюкова, (Григорьева Е.Н., Куликов С.Н., 2016). Коллегиально вынесли следующее принципиальное суждение.

1. Картина переломовывиха на Рентгенограмме полностью соответствует формулировке диагноза: «... передний вывих обеих костей предплечья с унифокальным внутрисуставным оскольчатым переломом верхнего конца локтевой кости в промежутке между локтевым и венечным отростками её».

2. Перелом и смещение костей предплечья возникли ОДНОВРЕМЕННО, чем и обусловлена зафиксированная морфология. Морфология травмы определяет механику её происхождения.

3. Дефиниция п. 6.11. 194-ого приказа, в части исключения влияния медицинской помощи, объективно применима именно по характеру морфологии данного повреждения.

4. Проведённая своевременно и надлежащим образом специализированная медицинская помощь (открытый металлоостеосинтез локтевой кости, открытое устранение переднего вывиха костей предплечья), предотвратила неизбежный неблагоприятный исход. Неблагоприятный исход в форме значительной стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть, в том случае если бы соответствующие травме медицинские мероприятия не были произведены вообще или были бы произведены ненадлежащим образом.

5. Возможность медико-экспертных суждений об отнесении данного повреждения к категории травм, влекущих вред здоровью средней тяжести (по длительности временной нетрудоспособности более 21 дня), очевидно, дало отсутствие Рентгенограммы в самом начале судебно-экспертного процесса. При этом эксперты давали оценку травме по послеоперационным контрольным рентгенограммам, где локтевой сустав был в «собранном» состоянии.

Как уже было указано выше, морфология травмы представляла своеобразную компиляцию элементов медицинских критериев вреда здоровью (п.п. 6.11., 6.11.2., 6.11.3., 6.11.11. 194-ого приказа).

В этом отношении, данный случай показывает правомерность суждения, о котором мы высказывались ранее. Невозможно (и не нужно) прописывать в номенклатурном перечне морфологий травм под пунктом 6.11. (в формулировках дефиниций каждого медицинского критерия), все мыслимые элементные морфологические комбинации (именно комбинации), повреждений ОДС, которые может «преподносить» текущая практика. Данные комбинации мы (эксперты) обязаны видеть, в этом состоит экспертная работа. И в данном перечне 194-ого приказа, и в соответствующей рубрикации XIX раздела МКБ-10 достаточно «кубиков», из которых можно сложить морфологическую структуру травмы любой конфигурации [8].

Медицинская помощь, есть вид деятельности, состоящий из комбинации медицинских мероприятий. Последние могут быть объектом экспертной оценки, например, когда предварительное следствие или суд, назначают судебные экспертизы по материалам, так называемых «медицинских дел».

По С.И. Ожегову, «Мероприятие» – это совокупность действий, объединённых одной общественно значимой задачей. Данное определение является коренным в рамках дефиниций ряда основных понятий, относящихся к медицинской деятельности и прописанных в Законе. Например, таких как: «медицинская помощь», «медицинская услуга», «медицинское вмешательство», «профилактика», «диагностика», «лечение», «качество медицинской помощи». В положениях уголовного права, рассматривают факультативные элементы объективной стороны преступления, например, направленного против личности с гипотезами причинения вреда здоровью и жизни. К таковым элементам относят Время, Место, Способ совершения преступления, доказательства которых юристы обязательно выстраивают на основе судебно-медицинских данных, кроме иных, добытых следственным путём. Любое медицинское мероприятие выполняет (или не выполняет) конкретный врач-специалист (или иной медицинский работник) в определённом Месте и в определённое Время.

Судебная практика по «медицинским делам», показывает, что именно медицинские мероприятия (их совокупность и комбинации), произведённые (или не произведённые) в определённом Месте и в определённое Время, становятся объектом судебно-экспертной оценки с последующим юридическим процессом их интерпретации [9].

В рассматриваемом экспертном казусе, такой задачи нет. Оценка медицинской помощи остаётся за рамками экспертного задания. Правоприменитель её не ставит. Однако факт нарушения прав (права на здоровье), как объективная сторона преступления, состоялся. Доказательство тому – Рентгенограмма. Сие есть факт материальной действительности. Его наступление находится в необходимой причинной связи с совершенным субъектом противоправным деянием. Иначе говоря, кроме субъекта преступления, между противоправным деянием и его общественно опасным последствием нет (и не может быть) каких-либо посредников в форме каких-либо других действий (последствий, явлений) или иных субъектов права (комбинаций медицинских мероприятий). В силу чего, юристы обоснованно считают, что преступление, предусмотренное ст. 111 УК РФ и, например, предусмотренное ч. 1 ст. 264 УК РФ, имеют материальный состав [3].

Медицинские критерии по п.п. 6.11., п. 6.11.2., п. 6.11.3., п. 6.11.11. 194-ого приказа, никаких признаков правовой нормы не имеют. В них нет никакой структуры нормы права (ни диспозиции, ни гипотезы, ни санкции). Вместе с тем, дефиниции вариантов морфологий травм, судебно-экспертная констатация которых позволяет юристам квалифицировать тяжесть вреда здоровью и, как прямое следствие тому – категорию тяжести преступления. Юридическая доказанность тяжести преступления определяет санкцию, т.е. вид наказания.

Проиллюстрированный экспертный прецедент, дошедший в юридическом процессе (в течение двух лет), до апелляционной судебной инстанции, вынесшей отказ в оценке доказательств, в кассационном порядке, по сути, остался открытым. Остался открытым не по форме юридического процесса в предмете доказывания состава преступления, а по сути экспертной оценки

факта медико-биологического свойства (морфологии травмы). Пока в юридической силе остался вывод о вреде здоровью средней тяжести.

Случай ещё раз показывает, что форма и процесс юридического доказывания объективной стороны преступления (по факту причинения вреда здоровью) и наша судебно-медицинская экспертная задача оценки факта морфологии травмы – вещи обособленные.

Список литературы:

1. Куликов С.Н. Судебно-медицинская оценка механизмов травмы крупных суставов верхней конечности // Судебно-медицинская экспертиза. 1994. № 1. С. 18-23.
2. Куликов С.Н., Куликов О.С. Элективы судебной медицины (анализ экспертных эпизодов из практики правосудия): монография. Самара: Сдружество, 2009. 288 с. ISBN 978-5-91088-122-2.
3. Клевно В.А., Куликов С.Н., Куликов О.С. Судебно-экспертная дефиниция медицинского критерия тяжкого вреда здоровью по факту диагностики локальных травм опорно-двигательной системы, не опасных для жизни // Теория и практика судебной экспертизы. 2010. № 2. С. 34-43.
4. Клевно В.А., Куликов С.Н., Копылов А.В. Медицинские критерии вреда здоровью. Дефиниции и иллюстрации атлас. М.: РИО ФГБУ РЦСМЭ Минздравоуразвития России, 2012. 367 с.: ил. С. 334. ISBN 978-5-903341-17-7.
5. Куликов С.Н. АТЛАС судебной экспертизы тяжкого вреда здоровью. Самара: изд. НОАНО ВПО СИБиУ, 2012. 316 с.: ил. С. 90-100; С. 107-120; С. 158, 163. ISBN 978-5-902922-23-0.
6. Клевно В.А., Куликов С.Н. Границы содержания и доступность толкований практических текстовых дефиниций Медицинских критериев вреда здоровью // Судебно-медицинская экспертиза. 2012. № 5. С. 49-52.
7. Куликов С.Н. Противостояние экспертных суждений в казусе судебно-медицинской оценки переломовывиха костей предплечья, составляющих локтевой сустав // Судебная медицина. 2015. № 3. С. 49-55.
8. Куликов С.Н. «Невидимость» тяжкого вреда здоровью в морфологии переломовывиха костей предплечья. Продолжение противостояния // Судебная медицина. 2015. № 4. С. 41-46.
9. Куликов С.Н. Дефиниция «Медицинского мероприятия» как ведущего элемента судебно-экспертного процесса конфликтных обстоятельств в медицинской деятельности // Судебная медицина. 2016. № 2. С. 57-58.

Об авторах:

Куликов Сергей Николаевич – профессор кафедры судебной медицины факультета усовершенствования врачей ГБУЗ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», доцент, кандидат медицинских наук, г. Москва, e-mail: pretor_kulikov@mail.ru

Григорьева Елена Николаевна – заведующая отделом экспертизы живых лиц ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», ассистент кафедры судебной медицины факультета усовершенствования врачей ГБУЗ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», кандидат медицинских наук, г. Москва.

Kulikov Sergey Nikolaevich – professor of the chair of forensic medical examination of the department of the advanced training for doctors State budget institution of health service «Moscow regional research clinical institute of M.F.Vladimirsky», associate professor, candidate of science (medicine), forensic expert doctor, Moscow.

Grigorjeva Elena Nikolayevna – the assistant of the same chair, candidate of science (medicine), forensic expert doctor, the head of the department of the forensic medical examination of living people of the Bureau of the forensic medical examination of the Moscow region (State budget institution of health service of Moscow region «The Bureau FME»), Moscow

© Куликов С.Н., Григорьева Е.Н., 2016

УДК 616-053.2-082+340.692

Купрюшин А.С., Вишнякова Ж.С., Семина М.Н.

СУБЪЕКТЫ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДАХ ОКАЗАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В статье рассматриваются профессиональные критерии экспертов-педиатров, участвовавших в комиссионных судебно-медицинских экспертизах при неблагоприятных исходах оказания медицинской помощи детям. Установлено, что эксперт-педиатр должен быть независим от территориального органа здравоохранения и иметь специальность, соответствующую профилю проводимой экспертизы.

Ключевые слова: комиссионная судебно-медицинская экспертиза, неблагоприятный исход оказания медицинской помощи детям, эксперт-педиатр.

Kupryushin A.S., Vishnyakova Z.S., Syomina M.N.

SUBJECTS COMMISSION FORENSIC MEDICAL EXAMINATION AT A FAILURE RENDERING PEDIATRIC CARE

The article deals with the problem of professional criteria of expert pediatricians who participated in the commission of forensic medical examination in adverse outcomes of care for children. The expert pediatrician must be independent of the territorial authority of public health and to have the specialty corresponding to the profile of carried out examination.

Keywords: commission forensic examination, adverse outcome of care for children, expert pediatrician.

Проведение комиссионных судебно-медицинских экспертиз (КСМЭ) при неблагоприятных исходах оказания медицинской помощи детям (НИОМПД) является одним из наиболее сложных видов деятельности в Бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ). Сложность таких экспертиз обусловлена многими причинами, среди которых, прежде всего, следует выделить отсутствие достаточной нормативно-правовой базы и, во многих БСМЭ, отсутствие врачей-экспертов, соответствующих проводимым экспертизам.

В приказе № 346н от 12 мая 2010 г. МЗиСР РФ «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации», основном ведомственном документе су-

дебно-медицинской службы, комиссионным экспертизам «по делам о привлечении к ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения» отведено незаслуженно скромное место. В пункте 93 этого приказа регламентировано, что для этого «могут привлекаться эксперты-врачи соответствующих специальностей», которые при этом становятся субъектом КСМЭ. Из этого пункта следует лишь возможность, а не обязательность участия в ней врачей других специальностей. Следовательно, приказом не запрещено проведение таких экспертиз комиссией, состоящей из одних судебно-медицинских экспертов. Подобная формулировка приказа № 346н является спорной, поскольку, таким образом, сформированная комиссия, при разрешении специальных вопросов будет не компетентна «дать обоснованное и объективное заключение», что является требованием ст. 16 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». Следует подчеркнуть, что другие положения, регулирующие организацию и производство таких экспертиз, в приказе отсутствуют. Это позволяет согласиться с мнением некоторых специалистов об отставании ведомственного регулирования судебно-медицинской деятельности от потребностей существующего судопроизводства [1] и необходимости принятия нормативно-правового акта по этому виду судебно-экспертной деятельности [2].

Разработанные и утвержденные 29 сентября 2015 г. А.В. Ковалевым методические рекомендации «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи» в отличие от приказа № 346 указывают на «необходимость привлечения в состав экспертной комиссии» «специалистов клинического профиля» [3, стр. 3]. Однако, к сожалению, в этих рекомендациях не отражены два, по нашему мнению, обязательных критерия привлеченного эксперта – независимость от исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и соответствие специальности нозологической форме пострадавшего пациента.

Сказанное свидетельствует об актуальности рассмотрения указанных проблем проведения КСМЭ при НИОМПД, которые могут негативно сказаться на объективности экспертных выводов. Независимость и компетентность привлечённых экспертов в ряде регионов может быть поставлена под сомнение, что объясняется отсутствием в них достаточного количества высококвалифицированных и независимых педиатров по всем медицинским специальностям. Именно это обстоятельство является определяющим для экспертиз, связанных с НИОМПД. Недостаток педиатров, как в стране, так и в отдельных регионах, может затруднять поиск соответствующего детского врача для участия в проведении комиссионной экспертизы. Это в свою очередь приведет к тому, что экспертные вопросы оказания медицинской помощи детям будут разрешаться самими судебно-медицинскими экспертами, врачами не педиатрами или педиатрами, чья независимость или компетенция может быть спорной. Например, в Пензенской области педиатрическая служба централизована, и найти специалиста по детской патологии, который был бы независим от главных врачей областной детской больницы или городской детской поликлиники практически невозможно. Не понятно кого из педиатров следует привлечь в качестве эксперта, если потребуется оценить действия детского кардиохирурга Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии? Кто сможет дать экспертную оценку действиям единственного детского нейрохирурга ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Н. Филатова»? В любом из приведенных, и им подобных, примеров при проведении экспертизы у участников судопроизводства могут возникнуть обоснованные сомнения в ее объективности, которая «является существенным комплексным родовым критерием допустимости заключения судебно-медицинского эксперта» [4, стр. 102]. В этой связи, следует также дополнить, что одним из критериев допустимости С.А. Шейфер справедливо считает «наличие у эксперта специальных познаний, необходимых для проведения экспертизы данного вида» [5, стр. 206], каковых в двух последних примерах ни у кого из детских врачей отмеченного региона нет.

Для получения сведений о составе экспертных комиссий, сформированных для производства КСМЭ при НИОМПД, изу-

чались копии этих экспертиз из архивов БСМЭ шести субъектов РФ. Было установлено, что в 1999-2009 гг. было проведено 279 экспертиз. В 6,8% экспертиз их проводили только судебно-медицинские эксперты без привлечения специалистов клинического профиля. В 3% экспертиз участвовали такие специалисты, но это были не педиатры. Для производства 1.5% экспертиз привлекались детские врачи, должность которых позволяла сомневаться в их независимости от руководителей здравоохранения региона, которые напрямую были заинтересованы в исходе расследования случая НИОМПД. К участию в экспертизах привлекались: заведующий отделением, заместитель главного врача медицинской организации, главный специалист исполнительного органа государственной власти в сфере охраны здоровья и т.д. В 2,9% экспертиз участвовали детские врачи, специальность которых не соответствовала заболеванию ребенка. В 5,5% экспертиз количество привлеченных педиатров было не достаточно. В 7,6% экспертиз наблюдались различные сочетания отмеченных недостатков. Таким образом, более четверти (27,3%) КСМЭ при НИОМПД имели организационные дефекты, связанные с различными недостатками привлечения специалистов-педиатров, что у участников судопроизводства могло вызвать сомнение в обоснованности выводов и потому такие экспертизы могли быть признаны не достоверным доказательством.

Следует отметить, что большая часть экспертиз с недостатками привлечения специалистов не относилась к БСМЭ г. Москвы и Московской области, что может быть объяснено только наличием достаточного количества квалифицированных врачей всех педиатрических специальностей, независимых от чиновников здравоохранения.

Так же, было отмечено минимальное количество недостатков укомплектования экспертных комиссий педиатрами в тех БСМЭ, которые проводили КСМЭ для других регионов. В таких случаях отпадает сомнение в заинтересованности члена экспертной комиссии в исходе рассмотрения случая НИОМПД. Кроме того можно предположить что прежде, чем назначить проведение КСМЭ в другой регион ответственные лица консультируются о наличии в нем соответствующих специалистов.

Таким образом, для обеспечения объективности комиссионных судебно-медицинских экспертиз при неблагоприятных исходах оказания медицинской помощи детям в большинстве субъектов РФ их следует проводить в БСМЭ других субъектов, где имеются квалифицированные и независимые от руководителей здравоохранения врачи педиатрических специальностей. Дополнение подобным положением «Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи» могло бы в значительной мере способствовать нормализации проведения КСМЭ при НИМПД.

Список литературы:

1. Качина Н.Н. Становление и перспективы совершенствования правового регулирования использования специальных знаний в области судебной медицины в уголовном судопроизводстве в России // *Медицинское право*. 2011. № 4 (38). С. 15-19.
2. Фокин М.М. Методика производства судебно-медицинских экспертиз дефектов оказания хирургической помощи // *Медицинская экспертиза и право*. 2013. №6. С. 40-44.
3. Ковалев А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи. *Методические рекомендации*. Москва, 2015. 26 с.
4. Тарасов А.А. Судебная экспертиза по уголовным делам: спорные вопросы назначения, производства и оценки заключения эксперта: Учебное пособие. Самара: Изд-во «Самарский университет», 2008. 147 с.
5. Шейфер С.А. Следственные действия. Основания, процессуальный порядок и доказательственное значение. Самара: Изд-во «Самарский университет», 2002. 227 с. С. 205-206.

Об авторах:

Купрюшин Алексей Степанович – заведующий кафедрой клинической морфологии и судебной медицины с курсом онкологии медицинского института ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», доцент, кандидат медицинских наук, Пенза, e-mail: kas-agm@rambler.ru

Вишнякова Жанна Сергеевна – доцент кафедры клинической морфологии и судебной медицины с курсом онкологии медицинского института ФГ

БОУ ВО «Пензенский государственный университет», доцент, кандидат биологических наук, Пенза, e-mail: zhanna_2000@mail.ru

Семина Мария Николаевна – ассистент кафедры клинической морфологии и судебной медицины с курсом онкологии медицинского института ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пенза, e-mail: mariysemina@gmail.com

Купрюшин Алексей Степанович – head of the department the Chair of Clinical morphology and forensic medicine with an oncology course, Medical Institute, Penza State University, candidate of medical sciences, associate professor, Penza.

Vishnyakova Zhanna Sergeevna – associate professor of Clinical morphology and forensic medicine with an oncology course, Medical Institute, Penza State University, candidate of biologic sciences, associate professor, Penza.

Syomina Maria Nikolayevna – assistant of Clinical morphology and forensic medicine with an oncology course, Medical Institute, Penza State University, assistant, Penza

© Купрюшин А.С., Вишнякова Ж.С., Семина М.Н., 2016

УДК 342(470)+347.9(470)+616-082

Куранов В.Г., Голубева А.И.

ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В РАССМОТРЕНИИ ДЕЛ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В СВЯЗИ С ПРИНЯТИЕМ КОДЕКСА АДМИНИСТРАТИВНОГО СУДОПРОИЗВОДСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Статья посвящена анализу Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации и сравнения отдельных его положений с нормами Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации.

Ключевые слова: медицинское право, суд, медицинская помощь, кодекс административного судопроизводства.

Kuranov V.G., Golubeva A.I.

PROCEDURAL CHANGES IN HEARING OF CASES RELATED TO HEALTH CARE IN CONNECTION WITH THE ADOPTION OF THE CODE OF ADMINISTRATIVE COURT PROCEDURE OF THE RUSSIAN FEDERATION

The article focuses on the analysis of the Code of Administrative Court Procedure of the Russian Federation and on the comparison of some of its provisions with the norms of the Code of Civil Procedure of the Russian Federation.

Keywords: health law, court, health care, Code of Administrative Court Procedure.

Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации (далее – КАС РФ) регулирует порядок осуществления административного судопроизводства при рассмотрении и разрешении Верховным Судом Российской Федерации, судами общей юрисдикции, мировыми судьями административных дел о защите нарушенных или оспариваемых прав, свобод и законных интересов граждан, прав и законных интересов организаций, а также других административных дел, возникающих из административных и иных публичных правоотношений и связанных с осуществлением судебного контроля за законностью и обоснованностью осуществления государственных или иных публичных полномочий.

Принятие КАС РФ это один из важнейших этапов в реализации Конституции Российской Федерации. В соответствии со ст. 46 Конституции Российской Федерации решения и действия

(бездействие) органов государственной власти, органов местного самоуправления, общественных объединений и их должностных лиц могут быть обжалованы в суд. Такие дела рассматриваются в порядке административного судопроизводства.

На сегодняшний день к административному судопроизводству, в частности, отнесены следующие категории дел:

- ✓ об оспаривании нормативных правовых актов;
- ✓ об оспаривании решений, действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления, должностных лиц, государственных и муниципальных служащих;
- ✓ о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар или противотуберкулезную организацию.

Так, в частности, в КАС РФ учтена публично-правовая природа дел о помещении гражданина в медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь и содержится возможность его применения к другим случаям недобровольного помещения гражданина в медицинские организации, что исключает возможность рассмотрения названных дел в порядке гражданского судопроизводства.

В новом Кодексе отражается структура судебной системы, сохранены стадии и основные базовые понятия. Вместе с тем КАС РФ закрепляет требования современного судопроизводства, отражает его специфику, вводит упрощенную процедуру административного судопроизводства (без проведения устного разбирательства, если стороны на это согласны и указанная в административном исковом заявлении общая сумма задолженности по обязательным платежам и санкциям не превышает 20 000 руб.) и новые термины: «административный истец», «административный ответчик», «административный иск», «меры предварительной защиты прав административного иска».

Вместе с тем, КАС РФ и Гражданский процессуальный кодекс РФ (далее – ГПК РФ) имеют схожий исковой порядок инициирования дела. Оба кодекса содержат нормы по общим положениям, подведомственности дел, составу и др.

Так согласно ч. 1 ст. 246 ГПК РФ и ч. 1 ст. 29 КАС РФ дела, возникающие из публичных правоотношений, в суде первой инстанции рассматриваются судьей единолично.

Кроме того, КАС РФ также регламентирует ряд правоотношений, не урегулируемых ГПК РФ, например, правосубъектность иностранных организаций (ч. 7 ст. 5).

Вместе с тем КАС РФ не устанавливается специализированная категория судов, которые рассматривают регламентированные в нем разновидности дел. Эту функцию выполняют обычные суды общей юрисдикции.

В условиях реформирования системы здравоохранения в современной России и повышения внимания к качеству оказания медицинских услуг для населения специального анализа заслуживают правовые нормы Главы 31 КАС РФ.

На сегодняшний день с принятием КАС РФ решена одна из важнейших проблем, связанная с процедурой госпитализации лиц, страдающих заразными формами туберкулеза, в недобровольном порядке.

Так, в Комментариях к Кодексу административного судопроизводства Российской Федерации под редакцией д.ю.н., профессора А.А. Муравьева представлен анализ Главы 31 КАС РФ. Автор указывает, что, в 2001 году был принят Федеральный закон от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» (далее – Закон о предупреждении распространения туберкулеза) предусматривающий, что лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больные туберкулезом обязаны:

- ✓ проводить назначенные медицинскими работниками лечебно-оздоровительные мероприятия;
- ✓ выполнять правила внутреннего распорядка медицинских противотуберкулезных организаций во время нахождения в таких организациях;
- ✓ выполнять санитарно-гигиенические правила, установленные для больных туберкулезом, в общественных местах.

Вместе с тем частью 2 статьи 10 Закона о предупреждении распространения туберкулеза установлено, что больные заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющиеся от обследования в целях выявления туберкулеза или от лечения туберкулеза, на основании решений суда госпитализируются в ме-

дицинские противотуберкулезные организации для обязательных обследования и лечения в стационарных условиях.

До принятия КАС РФ заявления о госпитализации лиц, страдающих заразными формами туберкулеза, в недобровольном порядке, рассматривались судами по аналогии с порядком рассмотрения дел о госпитализации гражданина в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в недобровольном порядке главы 35 ГПК РФ.

В соответствии со статьей 281 КАС РФ в исковом заявлении о госпитализации гражданина в медицинскую противотуберкулезную организацию в недобровольном порядке (далее – заявление), которое подается руководителем медицинской противотуберкулезной организации, в которой гражданин находится под диспансерным наблюдением в суд, должны быть указаны предусмотренные законом основания для принудительной госпитализации.

К заявлению прикладываются:

- ✓ истории болезни гражданина;
- ✓ заключение комиссии врачей противотуберкулезной медицинской организации с указанием диагноза, тяжести заболевания, обязанности диспансерного наблюдения, а также иные материалы, подтверждающие необходимость госпитализации гражданина в медицинскую противотуберкулезную организацию в недобровольном порядке;
- ✓ документы, на основании которых составлено заключение комиссии врачей противотуберкулезной медицинской организации о помещении гражданина в медицинскую противотуберкулезную организацию в недобровольном порядке;
- ✓ документы, подтверждающие неоднократное нарушение гражданином, в отношении которого подано административное исковое заявление о госпитализации в медицинскую противотуберкулезную организацию в недобровольном порядке, санитарно-противоэпидемического режима либо умышленное уклонение гражданина от обследования в целях выявления туберкулеза или от лечения туберкулеза и др.

Статьями 10 Закона о предупреждении распространения туберкулеза и статьей 283 КАС РФ определен круг лиц, участвующих в рассмотрении заявления: прокурор, представитель медицинской

противотуберкулезной организации, в которой больной туберкулезом находится под диспансерным наблюдением, больной туберкулезом, в отношении которого решается вопрос об обязательных обследовании и лечении, или его законный представитель.

Таким образом, проведенный анализ показал, что в рамках КАС РФ законодатель уделит пристальное внимание регулированию отношений по госпитализации гражданина в медицинскую противотуберкулезную организацию в недобровольном порядке.

Подводя итоги можно смело сказать, что одним из главных плюсов КАС РФ, является то, что он направлен на регулирование административного судопроизводства, обозначенного в качестве самостоятельного вида в статье 118 Конституции РФ.

Вместе с тем сегодня существует ряд вопросов и предложений, на которые мы хотим обратить внимание. Так, например:

1. Часть 7 статьи 56 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» урегулирован вопрос искусственного прерывания беременности у совершеннолетней, признанной в установленном порядке недееспособной, если она по своему состоянию не способна выразить свою волю (случаи недееспособности ввиду наличия временного психического расстройства или хронического заболевания на патологическом уровне).

Искусственное прерывание беременности возможно по решению суда, принимаемому по заявлению ее законного представителя и с участием совершеннолетней.

Вместе с тем на сегодняшний день в действующем законодательстве не содержится конкретной нормы, в порядке, какого судопроизводства должно рассматриваться вышеуказанное заявление.

Предлагаем устранить указанный пробел закрепив в КАС РФ отдельную главу посвященную производству по административным делам о искусственном прерывании беременности у совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной.

2. В Государственной Думой ФС РФ в I чтении принят Законопроект № 909843-6 «О внесении изменений в Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации (регулирование порядка рассмотрения административных исковых заявлений медицинских организаций в защиту интересов несо-

вершеннолетних или лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, при отказе их законных представителей от медицинского вмешательства)» (далее – Законопроект).

Законопроектом предлагается дополнить КАС РФ главой 31.1, регулирующей порядок рассмотрения административных исковых заявлений медицинских организаций в защиту интересов несовершеннолетних или лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, при отказе их законных представителей от медицинского вмешательства.

Как указано в пояснительной записке к указанному законопроекту, его принятие позволит более эффективно защищать права несовершеннолетних пациентов и пациентов, являющихся недееспособными, в целях качественного и своевременного оказания медицинской помощи, что, в свою очередь, приведет к дополнительным гарантиям реализации конституционного права граждан на охрану здоровья.

Считаем целесообразным ускорить процедуру его принятия.

Список литературы:

1. Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации.
2. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации.
3. Комментарий к Кодексу административного судопроизводства Российской Федерации (поглавный) (под ред. А.А. Муравьева).
4. Официальный сайт Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://asozd2.duma.gov.ru/main.nsf/%28SpravkaNew%29?OpenAgent&RN=909843-6&02>.

Об авторах:

Куранов Владимир Григорьевич – заведующий кафедрой правоведения Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера, г. Пермь, e-mail: kuranov.perm@yanex.ru

Голубева Анна Игоревна – преподаватель кафедры правоведения Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера, г. Пермь, e-mail: golubeva.anna@mail.ru

Kuranov Vladimir Grigorievich – Head of the Department of Law of the E. Wagner Perm State Medical University;

Golubeva Anna Igorevna – Lecturer of the Department of Law of the E. Wagner Perm State Medical University

УДК 340:378.147.385+378.661(571.51-25).046.4

Лисовская Е.Д., Шульмин А.В., Тимошенко В.О., Шубкин М.В.

САМООЦЕНКА ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРАВОВЕДЕНИЕ» ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ Г. КРАСНОЯРСКА

Статья посвящена анализу о необходимости изучения основ правовых знаний медицинскими работниками. «Медицинское право» является обязательной дисциплиной в учебно-образовательном процессе медицинских университетов.

Ключевые слова: стоматологическая услуга, медицинское право, стоматология, медицинский работник.

Lisovskaya E.D., Shulmin F.V., Timoshenko V.O., Shubkin M.V.

SELF-ASSESSMENT OF THE DENTISTS OF KRASNOYARSK ON THE DISCIPLINE «JURISPRUDENCE»

The paper analyzes the need to study the foundations of legal knowledge by healthcare professionals. «Medical Law» is a compulsory subject in the teaching and educational process of medical universities.

Keywords: dental service, medical law, stomatology, healthcare professional.

Целью исследования явился анализ самооценки врачей-стоматологов по дисциплине «Правоведение». В задачу исследования входило определить, насколько оценивают себя врачи-стоматологи по дисциплине «Правоведение» и выяснить наиболее удобный способ получения ими недостающих знаний. Известно, что недостаточные знания по дисциплине «Правоведение» могут привести к серьезным последствиям, так как современные пациенты для разрешения конфликта с врачом-стоматологом стали все чаще и чаще привлекать юридическую помощь. Изучение мнения врачей проходило путем проведения социологического исследования в форме анкетирования в г. Красноярск. Выборка отвечала принятым требованиям количественной и качественной репрезентативности. Исследование в городе Красноярске проводилось впервые и позволило получить представление о низкой самооценке знаний врачами-стоматологами в данной области, а так же определиться с наиболее удобным способом обучения по указанной дисциплине. На основании полученных данных были даны рекомендации [1, 2].

Цель – анализ самооценки знаний и наиболее удобного способа обучения врачей стоматологов по дисциплине «Правоведение».

Задача исследования:

- ✓ определение самооценки врачей-стоматологов по дисциплине «Правоведение»;
 - ✓ определение наиболее удобного способа обучения для получения недостающих знаний по дисциплине «Правоведение».
- Единица наблюдения – врач-стоматолог.
Учетные признаки – ответы на вопросы авторской анкеты.
Критерий включения – опрашивались врачи-стоматологи г. Красноярска.

База исследования – территория города Красноярска. С целью установления оценки модели взаимодействия врач-пациент врачами стоматологами нами были разработаны соответствующие вопросы в рамках авторской анкеты «Оценка взаимодействия врач-пациент». Проведен социологический опрос на основе случайной выборки. Всего опрошено методом случайной бесповторной выборки 119 респондентов (врачей-стоматологов) в г. Красноярске (выборка отвечала принятым требованиям количественной и качественной репрезентативности).

Описательные статистики предоставлены в виде абсолютных значений, относительных величин и стандартной ошибкой доли ($P \pm m$).

Результаты собственных исследований:

По полученным нами данным, на «отлично» оценили свои знания по медицинскому праву всего 4 врача ($3,4 \pm 1,6\%$); на «хорошо» 35 респондентов ($29,9 \pm 4,3\%$), на удовлетворительно 50 опрашиваемых ($42,7 \pm 4,6\%$), оценку неудовлетворительно поставили себе 28 врачей ($24,0 \pm 3,9\%$)

Для совершенствования навыков урегулирования возможных конфликтов с использованием групповых тренингов или индивидуальных курсов предпочтение было отдано ($42,5 \pm 4,5\%$) групповым тренингам. Посетить индивидуальные курсы высказались $30,0 \pm 4,2\%$ респондентов. Положительные аспекты обеих технологий отметили $15,8 \pm 3,8\%$ опрошенных и считают их объединение принесет наилучший результат. О

необходимости рассмотрения данного направления в работе врача-стоматолога на курсах повышения квалификации отметили в 11,7±2,9% случаях.

Выводы

1. При опросе врачей-стоматологов на предмет самооценки по смежной дисциплине «Правоведение» выяснилось, что врачи оценивают свои знания низко.
2. Большинство респондентов выбрали групповой тренинг как самый удобный способ обучения по дисциплине «Правоведение».

Рекомендации:

Получены данные о самооценки знаний врачей-стоматологов по дисциплине «Правоведение» показали необходимость увеличения количества часов и проведение групповых тренингов на курсах повышения квалификации по дисциплине «Правоведение».

Область применения результатов: полученные результаты целесообразно применять при составлении программы обучения по дисциплине «Правоведение» на курсах повышения квалификации для врачей-стоматологов, а так же одним из основных методов обучения должен являться групповой тренинг.

Список литературы:

1. Добровольская Н. Е. Правовая грамотность медицинского работника – механизм реализации прав пациента в стоматологической практике // ЗВ. 2011. №6. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/pravovaya-gramotnost-meditsinskogo-rabotnika-mehanizm-realizatsii-prav-patsienta-v-stomatologicheskoy-praktike-1> (дата обращения: 16.05.2016).
2. Ожгихина Н. В., Ожгихина Ж. Э. Профессиональные вредности в работе врача-стоматолога. Психофизиологический фактор // Проблемы стоматологии. 2013. №1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/professionalnye-vrednosti-v-rabote-vracha-stomatologa-psihofiziologicheskii-faktor> (дата обращения: 16.05.2016).

Об авторах:

Лисовская Екатерина Дмитриевна – младший научный сотрудник, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной работы, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский

университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, г. Красноярск, e-mail: fotopab@mail.ru

Шульмин Андрей Владимирович – доктор медицинских услуг, доцент, заведующий кафедрой управления в здравоохранении ИПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, г. Красноярск, e-mail: andrey.shulmin@yandex.ru

Тимошенко Вера Олеговна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной работы, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, г. Красноярск, e-mail: OZiZKrasGMU@bk.ru

Шубкин Михаил Владимирович – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной работы, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, г. Красноярск.

Ekaterina D. Lisovskaya – junior scientific researcher, assistant of the Department of public health and health care, V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnoyarsk.

Andrey V. Shulmin – Doctor of Medicine. Department of Public Health and Health Care, V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnoyarsk.

Vera O. Timoshenko – candidate of medicine, Docent, the chair of health care V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnoyarsk.

Mikhail V. Shubkin – candidate of medicine, Docent, the chair of health care V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnoyarsk

© Лисовская Е.Д., Шульмин А.В., Тимошенко В.О., Шубкин М.В., 2016

УДК 616-084:340

Литовкина М.И.

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СФЕРЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

В статье выявлены проблемные аспекты и представлена точка зрения автора на недостатки нормативного регулирования реализации прав совершеннолетних недееспособных лиц в сфере охраны здоровья.

Ключевые слова: конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь, гуманизм, недееспособность, ценности.

Litovkina M.I.

PROBLEMATIC AREAS OF LEGAL REGULATION OF THE SPHERE OF HEALTH PROTECTION

The article reveals the problematic aspects and presents the author's point of view on the deficiencies in the legal regulation of realization of the rights of adult disabled persons in the sphere of health protection.

Keywords: constitutional right on health protection and medical care, humanism, incapacity, values.

В последние два десятилетия в российском законодательстве в сфере охраны здоровья появился внушительный объем современных нормативных правовых документов. С целью обеспечения их эффективности важно проводить анализ существующих тенденций и прогнозировать дальнейшие направления оптимизации законодательства в указанной области. Однако регулирующий ресурс ни одного из правовых актов не будет реализован без учета аксиологической платформы российского социума. Особое положение в этой платформе занимает здоровье, поскольку с одной стороны – это общечеловеческая аксиологическая единица, с другой – конституционно-правовая, [13; 6, с. 35] а также национальная ценность, так как индивидуальное и общественное здоровье влияют на состояние безопасности государства, общества и личности.

Следует отметить, что в аксиологической экологии особую роль играют конституционные акты государств, обозначающие ценности, облеченные в определенную правовую форму, которым в обязательном порядке должна следовать любая правовая конструкция. [8, с. 66-67] М.С. Пермиловский [12, с. 8] также

считает, что для конституционной ценности в широком смысле характерна особая значимость в качестве «приоритетной категории в конституционно-правовом регулировании общественных отношений». Данная точка зрения позволяет выделить в Конституции РФ не только конституционные аксиологические единицы, выраженные вполне определенно (человек, его права и свободы, в частности, конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь); но и «латентные» ценности, которые прямо не указаны, но значимо влияют на развитие отраслевого законодательства.

К таким «латентным» конституционным ценностям в Основном законе России следует отнести «добровольное согласие», которое «красной нитью» проходит через целый ряд конституционных формул, фиксирующих право индивидов на предоставление добровольного согласия при попытках проникновения в жилище (ст. 25), при участии в медицинских, научных или иных экспериментах (ст. 21); при использовании, хранении, и распространении информации о частной жизни (ст. 24); при изменении границ субъектов РФ (ч. 3 ст. 67) и т.п. В то же время, ценность «добровольного согласия» влияет на развитие российского законодательства об охране здоровья. Исходя из смысла положений Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, [16] пациентам предоставлено право добровольного выбора врача и медицинской организации (ч. 1 п. 5 ст. 19); добровольного подписания информированного согласия при получении медицинской помощи (ст. 20); против воли пациента ему невозможно предоставить информацию даже о состоянии его собственного здоровья (п. 3 ст. 22). Добровольное согласие пациента необходимо при переливании донорской крови или ее компонентов (ст. 14 Федерального закона от 20.07.2012 № 125-ФЗ [17]). В соответствии с Законом РФ от 22.12.1992 № 4180-1 [3] трансплантация органов и (или) тканей, полученных от живого донора, разрешена только с согласия реципиента и самого донора (ст. 1), которого при этом запрещено принуждать к согласию на указанное изъятие (ст. 3), что влечет уголовную ответственность (ст. 120 «Уголовного кодекса Российской Федерации» от 13.06.1996 № 63-ФЗ [15]). В связи с высокой актуальностью для здоровья индивидов факта предоставления

добровольного согласия при оказании медицинской помощи на современном этапе (с юридической и этической точек зрения), вряд ли следует напоминать о том, что нормы, регулирующие правоотношения в сфере здравоохранения, для реализации которых необходимо получение добровольного согласия, должны отличаться однозначностью и правовой определенностью.

Поэтому следует обратить внимание на ряд недостаточно определенных формулировок в нормативных положениях, регулирующих правоотношения, связанные с медицинской стерилизацией и искусственным прерыванием беременности у совершеннолетних недееспособных лиц. В то же время, высокая значимость для здоровья процедуры медицинской стерилизации (определенной законодателем, «как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции») подтверждается идентификацией критериев отбора индивидов для этой процедуры (п. 1 ст. 57 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ). Это граждане старше тридцати пяти лет или имеющие двух и более детей, которые должны написать письменное заявление; а также граждане (вне зависимости от возраста и наличия детей) с медицинскими показаниями к стерилизации, которую проводят при предоставлении информированного добровольного согласия. Тем не менее, в отличие от «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» 1993 года, [11] пункт 1 статьи 56 и пункт 2 статьи 57 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ содержат нормы о возможности проводить в отношении совершеннолетних лиц, признанных (в судебном порядке) недееспособными, искусственное прерывание беременности и медицинскую стерилизацию по решению суда при условии заявления законного представителя, если состояние данных лиц не позволяет им добровольно выразить собственную волю. Однако, если эти лица не способны выразить свою волю, то не ясно, каким образом законный представитель может определить, что именно необходимо данному лицу. В противном случае законный представитель будет реализовывать собственную волю, а не волю недееспособного пациента. Следовательно, не приходится вести речь о добровольном согласии на указанные процедуры со

стороны совершеннолетних недееспособных индивидов. В то же время, согласно правовой позиции Конституционного Суда РФ, выраженной в Определении от 03.11.2009 № 1366-О-О, [10] гражданин обладает правом самостоятельно «принимать решение об обращении за медицинской помощью и о прохождении курса лечения», и противоположные случаи следует рассматривать как «вмешательство в сферу индивидуальной свободы».

Кроме того, не определен процессуальный порядок принятия решения об искусственном прерывании беременности или о медицинской стерилизации в случае недееспособности совершеннолетнего индивида. Этот пробел позволяет предположить, что по мнению законодателя указанный порядок должен быть аналогичен тому, который применяют для организации принудительного лечения пациентов в психиатрическом стационаре, что компрометирует ценность добровольного согласия в сфере охраны здоровья. Однако, по причине высокой значимости каждого из указанных мероприятий в области репродуктивного здоровья для будущей жизнедеятельности совершеннолетних недееспособных лиц, вряд ли можно считать допустимым для решения вопроса об искусственном прерывании беременности или медицинской стерилизации у них использовать тот же процессуальный порядок, что и при решении вопроса об оказании принудительной психиатрической помощи.

В то же время, согласно п. 3 ст. 29 Гражданского кодекса РФ, [1] и п. 2 ст. 286 Гражданско-процессуального кодекса РФ [2] суд может признать недееспособного индивида дееспособным, если последний вновь начинает понимать значение собственных действий или руководить ими. Таким образом, статус недееспособности является обратимым. Однако, в случае проведения такому лицу искусственного прерывания беременности или недобровольной медицинской стерилизации (без добровольного согласия), и после последующего признания дееспособности, его репродуктивное достоинство останется необратимо нарушенным.

Всемирная организация здравоохранения в рамках права на здоровье указывает на возможность не участвовать в медицинских экспериментах (без добровольного согласия), не подвергаться принудительной стерилизации; пыткам, жестокому, бесчеловечному

или унижающему достоинство обращению или наказаниям, [18] что по сути означает контроль индивида над собственным здоровьем и телом, включая половую и репродуктивную свободу, а также свободу от любого вмешательства [4]. Несмотря на то, что индивидуальное здоровье определяет общественное, что превращает здоровье в социальное явление, в универсальную, фундаментальную ценность, общая противоречивость российского правосознания и всех сфер социума приводит к парадоксальности текущего момента, которая состоит в обесценивании не только здоровья, но также тесно связанной с ней ценности достоинства личности. Если учесть, что социально-экономическое развитие страны во многом определяется ценностями, преобладающими среди населения, [7, с. 22-23] то, следовательно, и на специфичность государственно-правовой традиции могут влиять ценности того или иного общества, опосредованные определенными социокультурными факторами [14, с. 175].

Поэтому В.Д. Зорькин [5, с. 86] не случайно отмечает, что специфика российского менталитета зиждется на исторической традиции не признавать достоинство человека. В то же время, Е.Г. Нечаева [9] считает, что права человека (в частности, в социальной сфере) изначально содержат в себе принцип гуманизма, поскольку вмещают права наиболее уязвимых социальных групп. К последней можно отнести и недееспособных лиц, репродуктивное достоинство которых легко нарушить, особенно с учетом отсутствия в законодательстве об охране здоровья тенденции всесторонне и последовательно закреплять комплекс мер надлежащего поведения в отношении указанных лиц при возникновении вопроса о проведении им искусственного прерывания беременности или медицинской стерилизации.

Список литературы:

1. «Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)» от 26.01.1996 № 14-ФЗ (ред. от 29.06.2015) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2015) // Собрание законодательства РФ. 1996. № 5. Ст. 410.
2. «Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации» от 14.11.2002 № 138-ФЗ (ред. от 30.12.2015) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016) // Собрание законодательства РФ. 2002. № 46. Ст. 4532.

3. Закон РФ от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (ред. от 29.11.2007) // Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 2. Ст. 62.
4. Замечание общего порядка №14 (2000 г.) О праве на наивысший достижимый стандарт здоровья (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах). ООН. Экономический и социальный совет, Женева, 25 апреля-12 мая 2000 года.
5. Зорькин В.Д. Цивилизация права и развитие России: монография / В.Д. Зорькин. – М.: Норма: ИНФРА-М, 2015. – 320 с. (С. 86).
6. Крусс В.И. Здоровье как основная правовая ценность современности // Проблемы права. 2012. № 4 (35. С. 21-40 (С. 35)
7. Мاستикова Н.С. Ценностный аспект процесса модернизации: сравнение ценностей россиян и европейцев: Автореферат дис. ... канд. социол. наук. Москва, 2015. 170 с. (С. 22-23)
8. Мурашко Л.О. Аксиологическое измерение процесса правообразования: история и современность: дис. ... докт. юрид. наук. Москва, 2015. 378 с. (С. 66-67)
9. Нечаева Е.Г. Социальное государство: правовое понимание и практика: Автореферат дис. ... канд. юрид. наук. – Москва, 2007. – С. 20.
10. Определение Конституционного Суда РФ от 03.11.2009 № 1366-О-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Загидулиной Зельфруз Карибулловны на нарушение ее конституционных прав положениями Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации» // Информационно-справочная система «Консультант-Плюс»
11. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1) (ред. от 07.12.2011) // Российские вести. 09.09.1993. № 174.
12. Пермиловский М.С. Право на благоприятную окружающую среду как конституционная ценность: Автореферат дис. ... канд. юрид. наук. Казань, 2014. 33 с. (С. 8)
13. Сидорова Е.В. Ценностный аспект динамики современного права // Научно-практический журнал Российской правовой академии Министерства юстиции Российской Федерации. 2012. № 4. С. 8-11.
14. Тюрин М.Г. Архетипы национальной правовой культуры: дис. ... канд. юрид. наук. Ростов-на-Дону, 2008. 193 с. (С. 175)
15. «Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 30.03.2016) // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25. Ст. 2954.

16. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. С. 6724.
17. Федеральный закон от 20.07.2012 № 125-ФЗ (ред. от 04.06.2014, с изм. от 14.12.2015) «О донорстве крови и ее компонентов» // Собрание законодательства РФ. 2012. № 30. Ст. 4176.
18. World Health Organization. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. *The Right to Health. Fact Sheet No. 31.*

Об авторе:

Литовкина Маргарита Ивановна – врач, юрист, г. Москва, e-mail: marg-lit@yandex.ru

Litovkina Margarita Ivanovna – physician, lawyer, Moscow

© Литовкина М.И., 2016

УДК 614.2+316.485

Максимов И.Л.

СПОСОБЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ КОНФЛИКТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Статья посвящена способам предупреждения конфликтных ситуаций в медицинской сфере, применения медиации для разрешения конфликтов.

Ключевые слова: конфликты в медицинской сфере, медиация.

Maximov I.L.

WAYS TO PREVENT CONFLICT SITUATIONS IN THE MEDICAL FIELD

The article is devoted to the prevention of conflict situations in the medical field, the use of mediation to resolve conflicts.

Keywords: pre-trial means of protection, mediation, medical organization

Конфликты и стрессовые ситуации неотъемлемая часть деятельности любой организации, в особенности сфере медицины. В основе конфликтов лежит столкновение взглядов, интересов и целей, а также способы их достижения. Кроме того увеличивающаяся социальная напряженность, рост цен на медицинские услуги и медикаменты, все возрастающий темп жизни, а также специфика самих учреждений здравоохранения заставляет иначе оценивать и регулировать данную ситуацию [2].

Сфера здравоохранения традиционно является одной из наиболее значимых областей жизнедеятельности граждан. Суммы судебных претензий пациентов к врачам неуклонно растут.

Недостаточность информированности пациентов, 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 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 юристконсультами, выполняющими свои обязанности в рамках трудовых правоотношений, а также психологами.

По международной статистике 40-60 % жалоб пациентов могут быть полностью удовлетворены простым объяснением со стороны врачей [3].

Созданию системы защиты прав пациентов на основе использования альтернативных способов разрешения споров в последние годы уделяется большое внимание во многих развитых странах мира. Устройство подобных национальных систем достаточно многообразно по своей структуре, а в некоторых странах эту систему досудебного и внесудебного рассмотрения дел, связанных с оказанием медицинских услуг, называют институтом омбудсмена с точки зрения защиты прав пациента; но практически везде как способ рассмотрения спора в той или иной степени применяется метод медиации. Продуктивно это прежде всего тем, что стремительно развивающиеся технологии (и, соответственно, совершенствующиеся медицинские услуги) создают потребность в сотрудничестве между пациентом и системой здравоохранения [2].

В современном мире право принятия решений в социальных конфликтах чаще всего передано самым различным инстанциям и лицам – суду, правоохранительным органам, административным учреждениям. В отличие от этой тенденции медиация утверждает и способствует практической реализации права людей, между которыми возник спор, самим искать и принимать решение по проблеме. Медиация – это целостное явление, обладающее своей структурой, условиями применения и границами. За рубежом, где развитие медиации длится уже несколько десятилетий, она давно заняла свое место в системе разрешения споров.

Эффективность досудебного урегулирования спора с помощью медиации достигается благодаря раскрытию способности спорящих сторон к кооперации и коммуникации путем целенаправленных действий, ориентированных на будущее, что поможет сэкономить участникам спора время, деньги и эмоциональные ресурсы.

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 № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре 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 предан в третейский суд при наличии в договоре третейской оговорки, суд может отложить разбирательство дела на время проведения процедур медиации (но не более 60 дней) [4].
- ✓ 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 СРО медиаторов.

При медиации предмет переговоров и способ разрешения конфликта выбирают сами стороны. При этом применяется принцип добровольности участия заинтересованных сторон. Медиатор не вносит никаких предложений, но активно содействует сторонам в способах прекращения спора мирным путём. После окончания медиации эмоциональный диссонанс между конфликтующими сторонами должен исчезнуть, и разрешенный конфликт не должен мешать общению друг с другом.

Результат работы медиатора-медиативное соглашение, официальный документ, который содержит сведения о сторонах,

предмете спора, проведенной процедуре, а также согласованные сторонами обязательства, условия и сроки их выполнения. Неисполнение или ненадлежащее исполнение медиативного соглашения может быть обжаловано в суде. В соответствии с п. 3 статьи 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 конфликта в отношении «врач-пациент» (помимо независимой медицинской экспертизы, работы медицинских ассоциации, третейских медицинских судов). Возможен индивидуальный подход к рассмотрению и разрешению «медицинского конфликта» (зачастую в деятельности административных органов и суда приходится сталкиваться с «усредненностью» позиций и взглядов).

Список литературы:

1. Зелимов В.Н. Когда спор идет о жизни и здоровье // Медиация и право. 2010. №2 (16). С. 5.
2. Кузнецова Т.Н., Сальникова К.М. Конфликты в сфере здравоохранения / ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. 2015г. С. 1-2
3. Ханский С.Н. Медиация в социальной сфере: основы применения // PsyJournals.ru. 2012. С. 5-6.
4. Федеральный закон РФ от 27.07.2010г. N199-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» // Российская газета. 30.07.2010. №5247 (168). С. 3.

Об авторе:

Максимов Игорь Леонидович – доцент кафедры биомедицинской этики, медицинского права и истории медицины Казанского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук, г. Казань, e-mail: maximovigor@mail.ru

Maximov Igor Leonidovich – Kazan state medical university, assistant professor, PhD, Kazan

УДК 615.366:34+340.624.6

Мозговой Е.Д.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ БИОБАНКИНГА АУТОПСИЙНЫХ ТКАНЕЙ В РОССИИ

Статья посвящена исследованию актуальной отечественной законодательной базы для юридического сопровождения деятельности банка биологических тканей, получаемых при проведении аутопсии.

Ключевые слова: биобанкинг, аутопсийные ткани.

Mozgovoy E.D.

LEGAL ASPECTS OF POSTMORTEM TISSUES BIOBANKING IN RUSSIA

This article analyzes actual legislation of Russian Federation for legal support of postmortem tissues biobank operation.

Keywords: biobank, biobanking, postmortem tissues.

Проведение исторического анализа показывает, что крупнейшие прорывы в области медицины неразрывно связаны с предварительными биомедицинскими исследованиями и их правовым регулированием. Это наглядно демонстрируется созданием и развитием медицинских школ в конкретных географических областях (Древний восток, Древняя Греция, Армения, Италия), а также их взаимоотношением с государством, религией и обществом. При проведении ретроспективных исследований становится видно, что медицинские научные исследования зачастую подвергались жесткой критике и недоверию со стороны государства, общественных институтов и общества в целом [1]. Данные обстоятельства во все времена обязывали ученых проводить научные исследования с учетом требований органов власти.

Сегодня медицинская наука в целом, нуждается в большем знании о строении человеческого тела, в том числе и на молекулярном, генетическом и наноструктурном уровнях, при этом проведение исследований органов и тканей может не иметь прямого отношения к непосредственной причине смерти. Иногда то или иное обнаруживаемое патологическое изменение, при сравнении с аналогичными изменениями, выявляемыми в других случаях, может быть немаловажным для общего прогресса медицинских знаний.

Особое значение для научных исследований эти данные приобретают при накоплении достаточного количества биологического материала для комплексного, либо лонгитудинального анализа [2].

В наши дни совершенствование законодательной базы стало гораздо более скорым и гибким, однако научные достижения в области медицины, а также необходимые условия для появления этих достижений, формируются со значительным опережением действующего законодательства. Законодательные пробелы и декларативность некоторых законодательных актов зачастую приводят к коллизиям правовых норм и невозможности их применения в практической действительности. Одним из таких актуальных вопросов, связанных с развитием фундаментальной медицины в России, является анализ правовых аспектов создания и работы банка биологических тканей человека, в том числе, полученных посмертно.

В основе любого вопроса о проведении изъятия органов и (или) тканей у человека, в том числе и после его смерти, должна лежать специальная нормативно-правовая база, базирующаяся на всестороннем научном исследовании правового статуса биологических объектов (тела, органов, тканей). Большинство исследователей сходятся во мнении, что органы и ткани, отчужденные от организма при жизни, а также тело (органы и ткани) после смерти являются объектами ограниченного вещного права. Данные ограничения касаются коммерческого использования биологических объектов, сохраняя за обладателем возможность ее безвозмездной передачи [3, 4, 5].

Основной нормой права, регулирующей возможность отчуждения тканей и органов, является Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [6].

Данным Законом и связанными с ним другими нормативными правовыми актами определяются основные перечень ситуаций, в рамках которых производится вскрытие тела с эксплантацией органов (или тканей):

- ✓ с целью донорства и (или) трансплантации (в соответствии с Федеральным законом от 21.12.1992 №4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека») [7];

- ✓ с целью проведения патолого-анатомического (судебно-медицинского) исследования (в случае обстоятельств перечисленных в ст. 67 ФЗ «Об основах охраны здоровья»);
- ✓ для использования в научных, медицинских и учебных целях (в соответствии с подзаконными актами, при соблюдении условий, указанных в Федеральном законе от 12.01.1996 №8-ФЗ «О погребении и похоронном деле») [8].

В нашем случае, при биобанкинге аутопсийных тканей в научных целях, наибольший интерес представляет статья 68 Закона «Об охране здоровья», которая устанавливает ограниченный перечень ситуаций при которых разрешается эксплантация органов и тканей. Таковыми случаями признаются наличие:

- ✓ невестребованного родственниками тела, личность которого установлена органами внутренних дел, либо наличие
- ✓ нотариально заверенного, письменного, прижизненного волеизъявления покойного о согласии на использование его тела, органов или тканей в научных, медицинских или образовательных целях.

При наступлении одного из обстоятельств, перечисленных выше, дальнейшая процедура передачи тела (органов, тканей) в банк биологических тканей регламентируется Правилами, утвержденными Постановлением Правительства от 21.07.2012 №750 (далее – Правила) о передаче невестребованного тела, его органов или тканей [9]. В обязательный перечень документов, на основании которых осуществляется передача указанных выше биологических объектов, входят: запрос принимающей организации (банка биологических тканей); письменное разрешение на передачу биологических объектов, выданное руководителем лечебного учреждения; акт приема передачи биологического объекта, составленный в соответствии с Приложением №1 Правил.

Дополнительно стоит отметить, что дальнейшая ответственность за судьбу биологических объектов полностью возлагается на банк биологических тканей и включает в себя следующие обязательства: ведение реестра (журнала учета) приема и утилизации биологических объектов; транспортировка, хранение и утилизацию с соблюдением санитарно-эпидемиологических

и гигиенических правил; использование в научных целях. Нам представляется важным дополнение этого минимального списка юридически значимых документов заключением этического комитета лечебного учреждения (выдающей организации) об этической чистоте проводимых исследований.

На основании проведенного анализа законодательной базы можно утверждать, что деятельность банка биологических тканей связанных с их изъятием при аутопсии не нарушает Конституции РФ и федерального законодательства при соблюдении следующих условий:

- ✓ наличие письменного, нотариально заверенного, прижизненного согласия покойного на использование его органов и тканей в научных целях;
- ✓ наличие запроса банка биологических тканей, с указанием научного исследования, в рамках которого оформляется передача биологического объекта;
- ✓ наличие разрешения руководителя выдающей организации (лечебного учреждения) в котором производится сбор материала для исследования;
- ✓ правильного, своевременного и полного оформления сопроводительной документации, журналов учета и утилизации биологических объектов;
- ✓ материально-технического обеспечения банка биологических тканей, достаточного для обеспечения транспортировки, хранения, использования и утилизации биологических объектов в соответствии с правилами и нормативами;
- ✓ использование полученных биологических органов и тканей только в заявленных научных целях.

В заключение можно сказать, что современная законодательная база достаточно полно раскрывает перечень минимальных условий для организации сбора аутопсийных тканей биобанкинга. Тем не менее, представляется важным и значимым создание специального закона о банках биологических тканей, способного вобрать в себя все правовые, этические, медицинские и технические аспекты его работы, включая описанные в настоящей статье.

Список литературы:

1. Глязер Г. Исследователи человеческого тела от Гиппократов до Павлова. М.: Медгиз, 1956. 244 с.
2. Анисимов С.В., Гранстрем О.К., Сазанов А.А., Пруцкий В.Ю. Биобанкинг как отрасль биотехнологий // *Материалы Международно-практической конференции «Репродуктивные технологии в онкологии»*. 2015. С. 43.
3. Малеева М.Н. Статус органов, тканей, тела человека как объект права собственности и права на физическую неприкосновенность // *Законодательство*. 2003. № 11.
4. Евсеев Е.Ф. Правовой статус человеческого организма и его частей // *Адвокат*. 2010. № 6.
5. Гаврилов Е. Тело в праве // *ЭЖ-Юрист*. 2014. № 14.
6. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <http://base.garant.ru/12191967> (дата обращения: 12.05.2016).
7. Федеральный закон от 21.12.1992 №4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека». URL: <http://base.garant.ru/136366> (дата обращения: 12.05.2016).
8. Федеральный закон от 12.01.1996 №8-ФЗ «О погребении и похоронном деле». URL: <http://base.garant.ru/105870> (дата обращения: 12.05.2016).
9. Постановление Правительства от 21.07.2012 №750 «Об утверждении Правил передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях». URL: <http://base.garant.ru/70206830> (дата обращения: 12.05.2016).

Об авторе:

Мозговой Евгений Дмитриевич – старший научный сотрудник лаборатории нанобиотехнологий Санкт-Петербургского национального исследовательского Академического университета РАН, кандидат медицинских наук, Санкт-Петербург, e-mail: edmozgovoy@gmail.com

Mozgovoy Evgeny Dmitrievich – senior researcher of laboratory of nanobiotechnologies, St. Petersburg National Research Academic University of the RAS, MD, Ph.D

УДК 929(470)+340.624.1

Молин Ю.А., Воронцов Г.А.

КНЯЗЬ ОЛЕГ КОНСТАНТИНОВИЧ. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДСМЕРТНОГО РАНЕНИЯ, ОЦЕНКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В статье анализируются впервые выявленные медицинские документы – история болезни князя Олега Константиновича. Предпринимается попытка реконструкции ранения и оценка оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: история болезни, князь Олег Константинович, предсмертное ранение.

Molin Y.A., Vorontsov G.A.

PRINCE OLEG KONSTANTINOVICH. FORENSIC MEDICAL ASPECTS OF DYING WOUND, EVALUATION OF THE MEDICAL CARE

This article analyzes the first time identified medical records- medical history of Prince Oleg Konstantinovich. An attempt to reconstruction of injuries and evaluation of care.

Keywords: medical history, Prince Oleg Konstantinovich, dying wound.

Что известно о предсмертном ранении Олега Константиновича, героя Первой мировой войны, первым из Романовых пролившего кровь за честь России в XX веке? Практически ничего.

Обстоятельства ранения князя Олега изложены в служебной записке генерала Н.Н. Ермолинского, опубликованной Г.К. Романовым (2001): «В ночь с 27 на 28 сентября получена была в штабе армии из 3-го армейского корпуса телеграмма: «Раух доносит, что сегодня при лихой атаке на неприятельский разъезд ранен в ногу князь Олег Константинович. Чагин». Телеграмма, составленная наспех, не сообщала никаких подробностей. Самым логичным казалось отправиться первоначально в штаб 3-го корпуса, что я и сделал. <...> Мне долго пришлось соединиться с гусарами. Наконец, писарь расшифровал телеграмму: «Князя Олега повез дивизионный врач в Пильвишки. Оттуда поездом Вильно-Павловск. Корнет граф Игнатъев». Получив тревожный ответ, я отправился на автомобиле прямо в Ковно, надеясь предупредить поезд с раненым. Около шести часов заблестели огоньки железнодорожного пути, и мотор подкатил к вокзалу.

Я бросился к начальнику станции и узнал от него, что поезд с раненым прошел в Вильно еще утром <...> В 12 часов ночи я был в Вильне и тотчас отправился по адресу Витебской общины. Игорь Константинович уже спал. Я разбудил его и, справившись о состоянии уснувшего князя Олега, попросил рассказать все. Ранение князя случилось при следующих обстоятельствах. 27 сентября после полудня 2-я Гвардейская кавалерийская дивизия, имея в авангарде два эскадрона Гусарского полка, наступала в направлении Владиславова. Проходя недалеко от деревни Пильвишки, боковая застава заметила неприятельский разъезд и начала его обстреливать. Немцы шарахнулись в сторону и наскочили на четвертый эскадрон Гусарского полка, шедший в голове колонны главных сил. Тотчас же был открыт огонь <...>. Как раз в этот момент князь Олег, давно стремившийся в дело, стал проситься у эскадронного командира Игнатъева, чтобы ему позволили с его взводом захватить зарвавшихся немцев <...>. Преследуя отступающий неприятельский разъезд, князь Олег вынесся далеко вперед на своей кобыле Диане. Вот они наступают отстреливающегося противника... Пятеро немцев валятся, прочие сдаются; в это время в князя Олега целится с земли раненый всадник. Выстрел, и князь Олег валится с лошади...» [1]. Раненого перенесли в близкий хутор, где фельдшер Путь сделал первую перевязку, положили на солому в телегу и в сопровождении дивизионного врача Дитмана повезли в Пильвишки, к поезду. К приходу поезда в Ковно был вызван профессор Военно-медицинской академии Оппель. В своих воспоминаниях В.А.Оппель (2003) рассказывал о дальнейшем.

Запись от 28 сентября 1914 года: «Меня разбудили в начале 6-го, сказали, что по телефону требуют на вокзал, что сейчас приедет какой-то князь <...> А день чуть занимается. Вхожу в вокзал – никакого начальства. Спрашиваю: «Кто вызывал?». Оказывается, знакомый комендант. Он вызвал, ибо из Пельвишек везут раненого Олега Константиновича (Романова). Не успели распорядиться, подходит поезд... Вошел в вагон, представился. Смотрю: бледен, пульс частый и очень слаб. Доктор Дитман, сопровождающий Олега Константиновича, говорит: «Нет, рана навывлет мягких частей ягодицы <...>», раз рана не

опасная, а переезд маленький, конечно, лучше вести в Вильно <...>. Бедный сильно мучается: болит особенно левая нога, которая часто затекает. Пульс во время стоянки в Ковно – до 7 часов – выправился. Накрыл одеялом, начал поить своей марсалой. Доехали до Вильно. Встречают: Цеге-Мантейфель, Бурденко, Фомилиант. Вынесли на носилках через окно. Мы с Цеге сели рядом и тронулись в Витебский госпиталь. Приезжаем. Оказывается, в нем консультантом профессор Мартынов. Сестры начали обтирать тело Олега Константиновича спиртом. Осмотр обнаружил, что... анус оторван от жома, кругом кровоизлияние. На левой ягодице большое кровоизлияние. Пришлось сказать Игорю Константиновичу, что дело плохо, нужна операция.

Начали операцию под новокаином. Говорит, чувствует, хотя чувствительность все же подавлена. Пришлось перейти все равно к хлороформу, <...> сделать большие разрезы: оба седалищных бугра повреждены, клетчатка вокруг уже омертвела... 9 часов вечера... Проехал к Олегу Константиновичу. При мне он получил телеграмму от Государя с пожалованием «Георгия». Состояние его, несомненно, лучше. Если продержится день-два, то можно будет надеяться, что поправится...»

Запись от 30 сентября 1914 года: «Пишу в вагоне. Проехали Псков. Вчера к 10 часам утра, как было условлено, приехал к Олегу Константиновичу <...>. Температура 36,2°, пульс частый, но лучшего наполнения и напряжения, окраска покровов лучше, голос тверже. Вскоре подъехали Цеге и Мартынов. Перевязали. Подняли на руках и сменили наружные слои повязки. Составили телеграмму... К началу 2-го – к Олегу. Вливания еще не сделали, хотя нужно было сделать утром <...>.

К 4 часам возвращаюсь пешком к Олегу Константиновичу. Перемена удивительная. Осунулся, в полузабытьи, пульс обратительный. Сейчас же под кожу камфору, через четверть часа кофеин, дигален. Великого Князя Константина Константиновича нет. Поезд опоздал, придет в 7 часов. Продержать надо больного. Прошу приготовить для внутривенного вливания <...>. Входят Великий Князь и его супруга. Кончаю, зашиваю, обращаюсь к Олегу Константиновичу. Он приходит в себя. Он все время го-

ворил, что страшно рад отцу. Трогательно видеть было, как отец привез ему «Георгия». Олег Константинович поцеловал его и положил на грудь <...>.

Постепенно князь угасал. Когда он особенно метался, помогал, успокаивая, кислород. В последние 6 часов он не страдал, сепсис взял свое, появилась эйфория <...>. В 8 часов 20 минут Олег Константинович скончался. Я оделся, поклонился праху его, поцеловал прощальным поцелуем...» [2].

Таковы краткие сведения, которые удалось найти в печати. Казалось бы, все архивы изучены, источники опубликованы. Но целенаправленный поиск всегда увенчается успехом! Работая с фондами Великого Князя Константиновича и Князя Олега Константиновича в Рукописном отделе ИРЛИ РАН («Пушкинский Дом»), авторы статьи, среди переписки, поэтических и публицистических материалов обнаружили подлинники документов, относящихся к боевому пути Князя Олега, и к обстоятельствам его подвига, ранения и смерти.

В деле, называемом «Документы, касающиеся награждения (князя Олега) после ранения» находим телеграмму главнокомандующего, Великого Князя Николаевича Императору Николаю II. Текст исполнен на бланке Императорского телеграфа в Царском селе, получен 28 сентября 1914г. в 1час 22 минуты пополудни, № 814: «Государю Императору. Временно командующий Лейб-Гвардии Гусарским Вашего Величества полком полковник Звегинцев доносит: лейб-гусары, следуя в авангарде дивизии заставами эскадронов атаковали и уничтожили неприятельские разъезды. Пятерых зарубили, семь взято в плен. Корнет Князь Олег Константинович доскакал первым. Немцы отстреливались и легко ранили Его Высочество в верхнюю часть ноги навывлет. Генерал-адъютант Николай» [3].

Наиболее важным и информативным для врачей документом оказалась «История болезни князя Олега (№ 406, составленная в г. Вильно госпиталем Витебской общины Российского общества Красного Креста)» [4]. Из нее следует, что раненый поступил 28 сентября 1914 г. (час не указан). Диагноз при поступлении исполнен по латыни, сокращенными словами, однако перевести его возможно. Название основной болезни (или ранения): Ог-

нестрельная рана области правой ягодицы, седалищного бугра, прямой кишки и крестца. Осложнение: Сепсис. Обстоятельства указаны очень кратко: 27 сентября (ранен) ружейной пулей. Описание состояния при поступлении: состояние крайне тяжелое. Пульс 160, слабого наполнения, с перебоями, температура 37,7°, дыхание поверхностное, 38 в минуту. При осмотре ранения: входное отверстие круглое, в диаметре 1 см, на 2 поперечника пальца кзади и ниже большого вертела правого бедра, выходного отверстия нет. Правая ягодица распухла. Кровоподтеки в области межягодичной борозды и промежности, левая нога болит и немеет. Отсутствие чувствительности в области промежности до копчика. При ревизии раны установлено, что кишечник на $\frac{3}{4}$ своего заднего объема в области сфинктера оторван от наружных покровов (описания выходного отверстия нет – авт.).

Далее в документе следует сокращенное описание операции: «разрез кзади вдоль борозды длиной 8 см и в каждую боковую сторону по 1 разрезу перпендикулярно первому длиной по 6 см, при этом обнаружена полость, наполненная кровяными сгустками. Правый седалищный бугор «отбит», левый – прострелен и в нем имеется небольшое отверстие, в месте правого седалищного бугра масса костных осколков. Левый седалищный бугор резецирован, с раскрытием пулевого хода. Рана легко тампонируется йодоформенной марлей с оставлением выпускников. Разрезы произведены без наркоза, дальнейшие манипуляции – под легким хлороформным наркозом. Во время операции влило 500 мл физиологического раствора поваренной соли и 4 граммовых шприца камфарного масла. Операция продолжалась 45 минут. Израсходовано 23 мл хлороформа. Оперировал проф. Цеге фон Мантейфель, ассистировали профессора Оппель и Мартынов. Наркотизаторы доктора Тутурин и Микульский.

29 сентября с 1 часа ночи по назначению профессора Оппеля каждый час попеременно впрыскивается подкожно по шприцу камфорного масла и раствора кофеина. Его Высочество ночь провел относительно спокойно, спал до 8 часов утра. В 10 часов влило 500 мл раствора виноградного сахара. Повязка сильно промокла, в 11 часов тремя профессорами выполнена перемена повязки. Исследование утренней мочи: удельный вес – 1025, белок –

следы, сахар не найден, реакция резко кислая. При микроскопии осадка в каждом поле зрения 3-5 гиалиновых цилиндра, 15-20 белых кровяных шариков, много уратов. Исследование указывает на острый септический нефрит. В 12 часов инъекция камфорного масла подкожно, вино и мороженое из ягод. В 4 часа пополудни – 500 мл физиологического раствора, чашка черного кофе. С 4 часов 40 минут сознание помрачено, дыхание поверхностное. Введено по 2 мл камфорного масла и кофеина, 1 ампула дигалена. В 5 часов 55 минут температура 35,8°, пульса нет. Под кожу – по 1 ампуле дигалена, растворов кофеина и камфарного масла. В 7 часов вечера – 300 мл физиологического раствора поваренной соли в вену, после чего сознание на 10 минут прояснилось. Пульс не ощутим, дыхание поверхностное. Назначено вдыхание кислорода (8 подушек). В 8 часов 20 минут Его Высочество скончался.

Подписи: старший ординатор Микульский, старший врач Тутурин.»

Анализируя качество медицинской помощи, выполненной раненому, следует отметить полный объем хирургического вмешательства и адекватное ведение послеоперационного периода (с учетом состояния военно-полевой хирургии начала XX века). Были применены средства, поддерживающие дыхание и кровообращение (камфара, кофеин, дигален), восполнена кровопотеря внутривенными вливаниями растворов глюкозы и физ. раствора (переливания крови тогда были невозможны – авт.), применено масированное вдыхание кислорода. Комплексом выполненных мер удалось при, фактически, смертельном ранении (с острой обильной кровопотерей, травматическим шоком, массивным повреждением костей таза и кишечника, жировой эмболией) поддерживать жизнь князя Олега более 2 суток после ранения. Достойна уважения работа оперировавших, сумевших в условиях военно-полевого госпиталя выполнить сложную диагностическую операцию. К лечению князя были привлечены трое ведущих профессоров-хирургов, имевших опыт оперирования огнестрельных ранений.

Обнаруженные нами медицинские документы позволяют уточнить и некоторые баллистические особенности ранения. И они существенно отличаются от имевшихся ранее данных. Дело в том, что, судя по описанию раневого канала, он проходил (отно-

сительно стоящего человека) практически горизонтально справа налево, начинаясь в области заднего вертела правой бедренной кости и, повреждая оба седалищных бугра, затухал в мягких тканях таза слева. Таким образом, ранение не «навылет», как писали в донесениях и в прессе, а слепое. Судя по описанию характера и размеров входного отверстия раневого канала пуля калибра 7,62 мм выстреляна из карабина системы Маузер, находившейся на вооружении германской армии. Если стрелявший в князя был офицером, пуля, скорее всего, была выпущена из револьвера образца 1879 г. (или 1883г.), находившегося на вооружении до 1945 г. [5]. Выстрел произведен с достаточно близкого расстояния (пуля не была «на излете», что позволило ей произвести разрушение двух изолированных костных образований (седалищные бугры). Пуля либо осталась в теле, скорее всего, фрагментировавшись после прохождения двух костных преград, либо была выведена через задний проход, так как полость малого таза в нижней трети представляла собой кровяную полость с повышающимся в ней давлением в результате продолжающегося внутреннего кровотечения. Направление раневого канала указывает, что стрелявший сбоку стоял (в рост, на колене, а не лежал), а князь Олег в момент выстрела возможно привстал в стременах, чуть наклонившись в сторону стрелявшего, будучи обращен к противнику правой половиной тела, иначе имевшийся раневой канал возникнуть не мог. Правая рука с саблей не прикрывала таз и бедро, а была отведена, скорее всего, вверх и вперед («положение атаки»)

Таким образом, наши исследования опровергают как картины ранения, представленные на рисунках, опубликованных прессой в 1914 г., так и версию, бытовавшую среди родственников князя Олега, утверждавших, что он был ранен стрелявшими сзади своими же революционно настроенными солдатами.

Список литературы:

1. [Романов] Гавриил Константинович, Великий князь. В Мраморном дворце. М.: Захаров, 2001. С. 247-249.
2. Оппель В.А. Мое жизнеописание. СПб.: Изд. Дом СПбМАПО, 2003. С. 175-176.
3. ИРЛИ РАН. Архив О.К.Романова. Ф. 214. Д. 251. 1914 г. Документы, касающиеся награждения Князя после ранения. Л. 3-3 об.

4. ИРЛИ РАН. Архив О.К.Романова. Ф. 214. Д. 98. Л. 2-5.
5. I.V. Hogg. Die deutschen Pistolen und Revolver 1871-1945. Motorbuch Verlag, Stuttgart, 1997. 206 s.

Об авторе:

Молин Юрий Александрович – заместитель начальника Бюро судебно-медицинской экспертизы Ленинградской области по экспертной работе, заслуженный врач РФ, профессор, доктор медицинских наук, г. Санкт-Петербург, e-mail: expertfm@mail.ru

Воронцов Георгий Александрович – заведующий отделением Бюро судебно-медицинской экспертизы Ленинградской области, г. Санкт-Петербург.

Molin Yuri Alexandrovich – Deputy Head of the Bureau of Forensic Medicine of the Leningrad region for expert work, Honored Doctor, Professor, Doctor of Medical Sciences, St. Petersburg.

Vorontsov George Alexandrovich – branch manager Bureau of Forensic Medicine of the Leningrad region, St. Petersburg.

© Молин Ю.А., Воронцов Г.А., 2016

УДК 614.251.2

Налётова Д.М.

К ВОПРОСУ О НЕОБХОДИМОСТИ РАЗРАБОТКИ МЕТОДОЛОГИИ ЭКСПЕРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

В статье рассмотрены проблемы качества экспертной деятельности, связанные с совершением ошибок, одной из причин которой является отсутствие единого методологического подхода к исследованию медицинской документации. На конкретном практическом примере продемонстрированы возможности экспертной оценки случая смерти в медицинской организации в отдаленном посттравматическом периоде.

Ключевые слова: экспертные ошибки; медицинская документация; экспертное исследование.

Nalyotova D.M.

TO THE QUESTION OF NEED OF DEVELOPMENT OF METHODOLOGY OF EXPERT RESEARCH OF MEDICAL RECORDS

In article the problems of quality of expert activity connected with commission of mistakes are considered, one of the reasons of which is lack of uniform methodological approach to research of medical records. On a concrete practical example possibilities of an expert assessment of a case of death in the medical organization in the remote post-traumatic period are shown.

Keywords: expert errors; medical records; expert investigation.

Проблематике экспертных ошибок, как одному из факторов снижения качества проведения экспертизы, посвящены многочисленные исследования [1, 2, 3, 4, 5 и др.].

Несмотря на разнообразие в предлагаемых терминологии, классификации, причинах возникновения и увеличения, путях предотвращения экспертных ошибок, практически все авторы в качестве объективного основания их происхождения рассматривают отсутствие единой методики экспертного исследования в отношении некоторых объектов экспертизы.

Изучение региональной практики судебно-медицинской оценки случаев смерти в медицинских организациях от травмы в различные сроки госпитализации вскрыло острые проблемы, связанные с проведением таких экспертиз, причем на всех этапах экспертного исследования представленных объектов [6].

В аспекте рассматриваемой проблемы, прежде всего, с точки зрения предупреждения ошибок, выработки мер по совершенствованию индивидуальной профессиональной подготовки эксперта и оптимизации работы экспертного учреждения, было проведено изучение современного состояния вопроса о методологии экспертной оценки случаев смерти в медицинских организациях. Результаты проведенной работы продемонстрировали необходимость разработки алгоритма исследования и анализа медицинской документации [7].

Дальнейшая работа в данном направлении позволила выделить критерии проверки «качества» медицинской документации и содержащихся в ней сведений, т.е. минимально необходимые требования, позволяющие использовать ее для дальнейшей экспертной оценки. Некоторые аспекты методических основ экспертного исследования медицинской документации были доложены на Всероссийской научно-практической конференции, состоявшейся в Воронеже [8].

В свете вышеизложенного хочется привести случай из практики Воронежского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, который является не только примером, ярко иллюстрирующим сложности оценки смерти от термической травмы в медицинской организации в отдаленном посттравматическом периоде, но и демонстрирующим различные экспертные ошибки.

Приводим сведения из медицинской карты стационарного больного, изложенные судебно-медицинским экспертом (стаж работы 10 лет) в «Акте судебно-медицинского исследования» труппа мужчины 1938 года рождения (далее – Акт):

К. поступил в областную больницу 12.01.2016 г. в 10:50 ч. с жалобами на боли в ожоговых ранах. Со слов больного 09.01.16 г. в быту, в результате взрыва котла получил ожоги кипятком. Лечился с 9.01.16 г. по 12.01.16 г. в районной больнице, переведен в областную больницу. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы вне ожоговых ран бледно-розовые. Дыхание через нос, рот свободное. Осиплости голоса нет. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧДД 19/мин. Пульс 86/мин., ритмичный. АД 140/80 мм рт.ст. Неврологически: без симптоматики. St. localis ожоговые раны до 40% п. т. в области туловища,

конечностей, представлены обрывками эпидермиса, дезэпителизацией розового цвета зернистого вида с поражением до сочкового слоя; белесыми участками дермы, без воспаления. ...12.01.16 г. 12:15 ч. Невролог. Со слов лечащего врача около 10 минут назад состояние больного резко ухудшилось, остро больной стал не адекватным, перестал разговаривать. При осмотре: больной в сознании, но обращенную речь не понимает, задания не выполняет, на вопросы не отвечает. АД 140/80 мм рт.ст. PS 86/мин., ритмичный. Ригидность мышц ... «запись не разборчива» ... движение глаз не ограничены, но за молотком не следит. Левая стопа ... «запись не разборчива». Сухожильные рефлексы без убедительной разницы, низкие. Патологических знаков нет. ОНМК? 12.01.16 г. 13:10 ч. Эндокринолог. Анамнестических данных за наличие сахарного диабета нет. ...12.01.16 г. на РКТ головного мозга – смешанная гидроцефалия. 12.01.16 г. 17:30 ч. Невролог. Состояние больного тяжелое. В сознании. Реагирует на осмотр зажмуриваем глаз, движениями в конечностях. Менингеальных и патологических знаков нет. Зрачки равны. Движения глазных яблок сохранены, но за молотком не следит ... «запись не разборчива». Язык в полости рта, не высовывает. Сухожильные рефлексы низкие, без разницы сторон. Движения сохранены во всех конечностях, парезов нет. Убедительных данных за ОНМК нет. ... 12.01.16 г. 20:00 ч. Состояние больного тяжелое. Сознание оглушение. Т 37,3°C. Дышит самостоятельно. ЧДД 23/мин. АД 175/100 мм рт.ст. PS 106/ мин., ритмичный. Диурез около 200 мл/ час. Отмечаются периодические судорожные сокращения в конечностях. 13.01.16 г. 7:30 ч. Состояние остается тяжелым, без динамики. Т 37,4°C. Уровень сознания – глубокое оглушение. Дышит самостоятельно. ЧДД 24/мин. АД 190/100 мм рт.ст. PS 102/мин., ритмичный. Диурез около 1,4 л/сутки. ... 13.01.16 г. 11:30 ч. Невролог. Состояние больного остается тяжелым. Уровень нарушения сознания – глубокое оглушение. С учетом острого ухудшения состояния больного...» запись не разборчива» создается впечатление об ... «запись не разборчива». Открывает глаза, поворачивает глазные яблоки в стороны, но команды не выполняет, за молотком не следит. Периодически отмечаются приступы судорог в конечностях, становится двигательно беспокоен. АД 115/80

мм рт. ст. PS 98/мин., ритмичный, гипертермия. Зрачки равны ... «запись не разборчива». Движения глазных яблок не ограничены. Сухожильные рефлексы равны низкие, без четкой разницы сторон. Активные движения в конечностях сохранены. Мышечный тонус повышен. ... 13.01.16 г. 19:00 ч. Состояние тяжелое стабильное. Уровень сознания – глубокое оглушение. АД 160/100 мм рт.ст. PS 110/мин. ЧДД 18/мин. Дыхание самостоятельное. Диурез адекватный. ... 14.01.16 г. 7:00 ч. Состояние больного тяжелое. Сознание – оглушение. Переведен на ИВЛ ... «запись не разборчива» АД 145/90 мм рт.ст. пульс 95/мин. Т 38,5 ... С 14.01.16 г. по 20.01.16 г. Без динамики, жалоб не предъявляет ввиду тяжести состояния. Общее состояние тяжелое. В сознании – оглушение, контактен, заторможен, фиксирован в постели, реагирует на болевой раздражитель. Т тела от 37,3° до 38,0°C. Соматически: АД от 130/90 до 180/100 мм рт. ст. PS 82-105 уд. в мин., ритмичный. В легких жестковатое дыхание, по всем полям. ЧДД 21-23/мин. Диурез адекватный. ... 15.01.,18.01.16 г. – хирургическая обработка ран; 19.01.16 г. – пункция и катетеризация левой бедренной вены; 20.01.16 г. – некрэктомия кожи. ... 20.01.16 17:55 ч. Общее состояние с резко отрицательной динамикой. ...Вызвана бригада реанимации. ...в 18:30 ч. констатирована биологическая смерть. Диагноз клинический заключительный: Термический ожог пламенем II-III АБ ст. туловища, верхних и нижних конечностей бедра S=40% п. т. Ожоговый шок 2-3 ст. Ожоговая болезнь. ЦВБ, дисциркуляторно-дисметаболическая энцефалопатия. Сепсис. Септический шок. Острая сердечно-сосудистая, дыхательная недостаточность.

В Акте отмечены сведения о двух результатах исследования крови в больнице: 16.01.16 г. – показатели общего билирубина, АсАТ, АлАТ и амилазы в пределах нормы, снижение общего белка; 19.01.16 г. – показатели АсАТ, АлАТ, креатинина, гематокрита, амилазы, лейкоцитов в пределах нормы, снижение общего белка и гемоглобина, повышение уровня глюкозы, СОЭ, мочевины.

В наружном исследовании Акта описаны ожоговые поверхности на правой верхней, левых верхней и нижней конечностях, в ягодичных и поясничной областях в виде дефектов поверхностного слоя кожи с обнажением подлежащих слоев кожи, местами покрытых корочками, с наложением гноевидного вещества.

Во внутреннем исследовании описаны только макроскопические признаки стенозирующего атерокальциноза коронарных артерий, атеросклероза аорты.

Для судебно-гистологического исследования из трупа взят минимальный объем кусочков внутренних органов и кожи (преимущественно по 1-2).

Согласно Акта, при судебно-гистологическом исследовании выявлены: признаки острого расстройства микроциркуляции во внутренних органах, зернистая дистрофия миокарда и печени, острый бронхит, участки отека и эмфиземы в легких, отек головного мозга с дистрофическими изменениями нервных клеток, мелкоочаговый диффузный кардиосклероз, липоматоз стромы миокарда, очаговая фрагментация волокон миокарда, отек стромы, хронический гепатит со слабо выраженным фиброзом, склероз артериол почек, фиброз и липоматоз поджелудочной железы.

Судебно-медицинским экспертом сформулирован судебно-медицинский диагноз (далее – СМД): «Основное. Термический ожог туловища, верхних и нижних конечностей II-III АБ степени, общей площадью около 40% поверхности тела. Состояние после операций: ... Осложнение. Ожоговая болезнь: зернистая дистрофия миокарда, зернистая дистрофия печени, острый бронхит, отек головного мозга с дистрофическими изменениями некоторых нервных клеток. Отек легких. Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия...». Из Акта: «Причиной смерти К. явились термические ожоги туловища, верхних и нижних конечностей II-III АБ степени, общей площадью около 40% поверхности тела, осложнившиеся ожоговой болезнью. Данный вывод основывается на результатах судебно-медицинского исследования трупа и подтверждается результатами гистологического исследования кусочков внутренних органов».

Проведенный анализ Акта позволил выявить многочисленные экспертные ошибки, как в методологии проведения экспертного исследования, так и в оценке медицинской документации (неполнота исследования и недоучет данных медицинского документа; отсутствие указания на методы и методологию исследования; полное игнорирование противоречий между результатами исследования трупа и клиническими данными; недостатки фор-

мулировки СМД; использование сведений из медицинских документов как фактической данности без их оценки и др.). Кроме того, отдельное изучение уже самой медицинской карты стационарного больного с целью проверки «качества» содержащихся в ней сведений, позволило признать ее частично пригодной для решения экспертных задач (часть сведений недоступна в связи с неразборчивостью сделанных записей, отсутствие сведения о проведенном рентгенологическом исследовании легких, фактический характер части сведений и т.п.). Вместе с тем, из медицинской карты дополнительно можно выделить принципиально важные клинические признаки и лабораторные показатели, не указанные или частично указанные экспертом в Акте: 1) по результатам анализа крови – снижение общего белка (до 41 г/л), повышение глюкозы (до 15,8 ммоль/л), снижение гемоглобина (до 95 г/л), повышение мочевины (до 28,5 ммоль/л), повышение креатинина (до 150 мкмоль/л), повышение лейкоцитов (до 18×10^9 /л), повышение СОЭ (до 60 мм/ч), уменьшение лимфоцитов крови (до 13%), повышение Ph (до 7,59), снижение калия (до 2,9 ммоль/л); 2) по результатам анализа мочи – появление белка (до 0,2 г/л), эритроцитов (от 30-50 в п/зр. до «сплошь»).

Несмотря на все допущенные экспертом ошибки, необходимо выделить и прокомментировать наиболее принципиальные – необоснованность СМД и полное отсутствие аргументации выводов о причине наступления смерти. Так, в рубрике СМД «Осложнение» не учтен принцип изложения патологических процессов в патогенетической и хронологической последовательности, а фактически констатируется наличие ожоговой болезни, без подтверждения ее результатами прижизненной диагностики (клиническими данными и результатами лабораторных исследований), при этом отраженные экспертом морфологические эквиваленты «Ожоговой болезни» не специфичны и не характеризуют ее течение, что полностью противоречит «Закону достаточного основания».

О полном отсутствии аргументации выводов о причине наступления смерти свидетельствует ее подтверждение «неизвестными» и научно необоснованными результатами судебно-медицинского исследования трупа и гистологического исследования кусочков внутренних органов.

Исходя из изложенного, с учетом законов и правил логики, принципов составления СМД, закономерностей течения термической травмы и ее осложнений, экспертной оценки клинической картины и динамики лабораторных показателей, особенностей присущих старческому возрасту, сопоставляя с результатами секционного и судебно-гистологического исследования, предлагается, что судебно-медицинский диагноз можно было бы сформулировать следующим образом: «Основное. Термические ожоги туловища, верхних и нижних конечностей II-III степени общей площадью около 40% поверхности тела. Операции: ...

Осложнение. Ожоговая болезнь, стадия острой ожоговой токсемии: гипертермия (до 38,5°C), тахипноэ (до 24/мин.), тахикардия (до 110/мин.), гипергликемия (до 15,8 ммоль/л), анемия (до 95 г/л), лейкоцитоз (до 18x10⁹/л), лимфопения (до 13%), повышение СОЭ (до 60 мм/ч), повышение уровня мочевины (до 28,5 ммоль/л) и креатинина (до 150 мкмоль/л) крови, гипопроотеинемия (до 41 г/л), выделение белка с мочой (до 0,2 г/л), макрогематурия, повышение уровня Ph крови (до 7,59), гипокалиемия (до 2,9 ммоль/л); оглушение, двигательное беспокойство, сменяющееся торможением, судороги в нижних конечностях (по данным медицинской документации); острое расстройство микроциркуляции и дистрофия внутренних органов, острый бронхит, отек головного мозга и легких, липоматоз стромы и очаговая фрагментация волокон миокарда.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия. ... Сопутствующие. ...».

При этом причину смерти К., можно изложить в следующей формулировке: Причиной летального исхода К. явились термические ожоги II-III степени общей площадью около 40% тела, осложнившиеся развитием ожоговой болезни. Данный вывод подтверждается сведениями из медицинской документации о наличии клинической картины и лабораторных показателей, характерных для ожоговой болезни в стадии ожоговой токсемии, включающей признаки метаболического алкалоза и полиорганной дисфункции; обнаружением при судебно-гистологическом исследовании кусочков внутренних органов от трупа признаков, в совокупности, указывающих на интоксикацию, гипоксию и воспаление, т.е. характерных для указанной стадии ожоговой болезни.

Таким образом, проведенный разбор практического случая, продемонстрировал актуальность проблемы оценки случаев смерти в медицинской документации в отдаленном посттравматическом периоде, в основе которой лежит отсутствие единой методологии исследования медицинской документации, которая позволила бы усовершенствовать производство такого рода экспертиз и способствовала формулированию экспертных выводов на строго научной и практической основе.

Список литературы:

1. Исаков В.Д. Теория и методология ситуалогической экспертизы (для судебных экспертов и юристов). СПб: Реноме, 2008. 132 с.
2. Клевно В.А. Понятие и классификация экспертных ошибок / В.А. Клевно // Судебно-медицинская экспертиза. 2012. №2. С. 36-38.
3. Ковалев А.В. Судебно-медицинская служба России начала XX столетия: состояние, проблемы, пути их решения, нормативно-правовое регулирование деятельности / А.В. Ковалев // 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. М.: Издательство «Голден-Би», 2013. Т. 1. С. 13-55.
4. Лобан И.Е., Попов В.Л. Ошибки в судебно-медицинской деятельности / И.Е. Лобан, В.Л. Попов // Судебно-медицинская экспертиза. 2013. № 3. С. 46-52.
5. Мельников О.В. Совершенствование системы контроля и мониторинга качества судебно-медицинской экспертизы трупов: Дис. ... канд. мед. наук. Киров. 2015. 163 с.
6. Налетова Д.М., Белянский К.Д., Борисов А.В. Экспертные ошибки в оценке случаев смерти в медицинских организациях // Мат. Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)». М.: Национальный институт медицинского права, 2015. С. 197-201.
7. Ковалев А.В., Налетова Д.М., Белянский К.Д. Современное состояние вопроса экспертного исследования медицинских документов в случаях смерти от травмы в медицинских организациях в отдаленном посттравматическом периоде / А.В. Ковалев, Д.М. Налетова, К.Д. Белянский // Судебно-медицинская экспертиза. 2016. №2. С. 44-46. doi:10.17116/sudmed201659244-46.
8. Налетова Д.М. Медицинская документация как объект экспертного исследования [доклад]: Всероссийская научно-практическая конференция «Организация судебно-медицинской службы России на современном этапе: задачи, пути решения, результаты», Воронеж, 20-22 апреля 2016 года.

Об авторе:

Налётова Диана Марфеловна – заместитель начальника бюро по организационно-методической работе, бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», Воронеж, e-mail: diandess@yandex.ru

Nalyotova Diana Marfelovna – Deputy Head of the organizational and methodological work of budget health of the Voronezh region «Voronezh Regional Bureau of forensic medical examination», Voronezh.

© Налётова Д.М., 2016

УДК 61:17+340

Нежметдинова Ф.Т.

НАУКИ О ЖИЗНИ ДВОЙНОГО НАЗНАЧЕНИЯ: БИОЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

На основе анализа основных тенденции развития наук о жизни и последних дискуссий о науках двойного назначения вызывающих озабоченность, в статье обосновывается возрастание роли биоэтики и права. Это связано с тем, что высокие темпы и интенсивность развития науки и технологий порождают условия неопределенности, приводят к возрастанию рисков для жизни и благополучия человека, устойчивого развития общества и природы.

Ключевые слова: тенденции развития науки и технологий, глобальные риски, науки о жизни двойного назначения вызывающие озабоченность, глобальная биоэтика, право.

Nezhmetdinova Farida

DUAL USE LIFE SCIENCES OF CONCERN: BIOETHICAL AND LEGAL ASPECTS

The article based on the analysis of modern tendencies in the life science and recent discussions about dual-use research of concern, justifies the increasing role of bioethics. This is due to the fact that the high rate and intensity of development of science and technology have created conditions of uncertainty, lead to increased risks to life and human welfare, the sustainable development of society and nature. It has been suggested that regulation of these risks at the global level, which in turn emphasizes the growing global nature of bioethics.

Keywords: dual-use life science of concern, tendencies of development of science and technology, risks, bioethics, law.

Технологии, стоявшие на переднем крае науки 20 лет назад (например, синтез ДНК), сегодня стали рутиной, а стоимость их реализации снизилась на порядки. При этом вновь появившиеся области знаний, такие, как нанотехнологии, синтетическая биология и «обратная» генетика, открыли для исследователей новые горизонты, ранее казавшиеся недостижимыми. Вместе с тем, речь идет не только о положительных результатах, но и о тех последствиях, которые прямо носят негативный характер. Ключевой при этом является проблема технологий двойного назначения, понимание которых включает новые смыслы. Создание новых живых систем, трансгенизация организмов может приве-

сти к появлению вирусов или даже высших организмов, против которых человечество и существующая экосистема будут бессильны. Об этом нас предупреждает идущая дискуссия по поводу публикации группы ученых из Роттердамского университета, создавших высоко вирулентный, передающийся млекопитающим смертельный штамм вируса H5N1 (2011 г.). Избыточность технологического и научного прогресса приводит к возрастанию риска, который из категории только личного пространства перемещается на уровень глобальный. Все чаще в международном и экспертном сообществе объединяются такие понятия, как технологии двойного назначения, право и биоэтика.

В настоящее время и в ближайшем будущем, по мнению многих ученых и экспертов технологии конвергенции будут определять новую стратегию развития цивилизации. В начале 21 века в научной литературе закрепился термин «конвергенция технологий» или «конвергентные технологии» под которым понимается широкий круг процессов – как конвергенция отдельных областей наук, так и непосредственно технологий. Впервые этот термин прозвучал в 2002 году в докладе «Отчёт о конвергентных технологиях НБИК (NBIC) под редакцией М.К. Роко и У.С. Бейнбриджем, подразумевая под ним синергетическую комбинацию: № – нано, В – био, I – инфо и С – когно технологий [1].

Технологические возможности, раскрывающиеся в ходе НБИК – конвергенции, неизбежно приведут к серьезным культурным, философским и социальным потрясениям [2]. Вместе с тем, рядом исследователей отмечается, что создаются технико-технологические возможности изменения фундаментальных оснований бытия человека и природы. Не случайно на первое место выходят науки о жизни. Они имеют применение в здравоохранении, сельском хозяйстве, медицине, фармацевтической и пищевой отраслях науки [3].

С другой стороны, современная биология быстро распространяется в такие области как робототехника, компьютерные системы, психология, лингвистика, различные социальные дисциплины, давая начало новым перспективным направлениям и междисциплинарным областям. Сегодня науки о жизни – это высокие технологии, основанные на самых последних достижениях

науки и техники. Биотехнологии реально оказывают масштабное положительное влияние в самых разнообразных отраслях человеческой деятельности. Это новые способы лечения и лекарства, продукты питания и многое другое, поднявшее качество жизни и здоровья на новую высоту. К сожалению, речь идет не только о положительных результатах, но и о тех последствиях, которые прямо несут апокалиптический характер [4]. Не случайно, в научных работах и не только, все чаще встречаются такие понятия, как риск и безопасность и породили такой специфический феномен, который немецкий социолог Ульрих Бек назвал термином «другой модерн» или «общество риска» [5]. Эти изменения порождают «созвездия возможностей», которые ставят перед человеком выбор некоторой линии развития из множества возможных путей. Как подчеркивает российский философ В.С. Степин, в этих условиях сам этот выбор необратим и чаще всего однозначно не может быть просчитан. [6]. И здесь, справедливо подчеркивается изменение смысла и употребления понятия «риск», который, во-первых, из категории только личного пространства перемещается на уровень глобальный. Во-вторых, если в предыдущем столетии риск рассматривался как результат недостаточного развития технологий и научных знаний, то сегодня же риск возникает там, где проявляется избыточность технологического и научного прогресса [7]. Эту озабоченность разделяют не только ученые и их академические сообщества, но и крупные международные организации [8]. В первую очередь это касается биотехнологий, исследование и применение в области которых давно стало предметом отдельного рассмотрения [9, 10]. Вопросы биобезопасности, появление, зачастую непреднамеренных или злонамеренных действий заставили по-новому взглянуть на проблему двойного использования наук и технологий. Концепция «двойного использования» по отношению к науке, исследованиям и технологиям имеет свою историю, и не уникальна для наук о жизни. Буквально двойное использование означает не больше и не меньше, чем определенная деятельность или некий объект может применяться, по меньшей мере, двумя или более способами. Это относится к подавляющему числу вещей, которые мы создаем. Вместе с тем, понятие «двойного использования», потенциально несло в себе противоположные по смыслу действия, которые зачастую

выступали как альтернативные или порождало непреднамеренные функции. Например, кухонный нож мог быть использован для резки продуктов или в качестве отвертки, но иногда он выступает орудием убийства. При этом производители ножа не предполагали такое его использование. Медицинские лекарства предназначены для лечения заболеваний человека, но могут быть использованы для самоубийства, если их принять в большом количестве [11].

Исторически сложилось таким образом, что в России понятие «технологии двойного назначения» или «двойного использования» рассматриваются как синонимы. Они в основном употребляются в отношении мирного или военного их использования, связанного с различными видами орудия массового уничтожения: атомного, химического, биологического [12, 13, 14].

Между тем, за последние годы накоплен большой мировой опыт по обсуждению и формированию как теоретических подходов, так и практических рекомендаций к пониманию необходимости управления и регулирования технологиями двойного использования, особенно в науках о жизни. Не в последнюю очередь это было связано с публикациями в сфере биологии о революционных достижениях, используемыми в медицине и фармацевтическом производстве. Существует несколько подходов к решению данной проблемы или даже проблем. Так, Михаил Сельгелд, на основе анализа кодексов поведения ученых, в которых формулируются ограничения, вызванные потенциальной опасностью технологий и исследований двойного использования, приходит к выводу о недостаточности корпоративного регулирования этих проблем внутри научного сообщества и предполагает, что они должны стать частью более широкой нормативной системы надзора [15].

Другое предложение, которое высказывает исследователь, Алекс Дубов связано с переходом от ограничений к формированию политики безопасности, от секретности к открытости, от сегрегации к усилению голоса общественности. Он делает акцент на вопросах безопасности и глобального сотрудничества в научных исследованиях, подчеркивая важность открытости, благоприятной политики и кооперативного управления. Это, считает он, будет определенной гарантией, чтобы уменьшить риски и позволить важным исследованиям двигаться вперед [16].

Очевидно, что НБИК технологии несут с собой реальную опасность негативного изменения фундаментальных основ живых систем, включая человека и природу. Еще в докладе «Глобальные риски 2011» подчеркивалось, что системы XX века не способны управлять рисками XXI века [17]. Совершенно очевидно, что по мере развития современной архитектуры науки, масштабного внедрения постбиологических технологий будет возрастать необходимость механизмов социального контроля. Насущным становится анализ, оценка и выбор инструментов эти риски снижающие, а значит, будет усиливаться актуальность таких инструментов этического регулирования как биоэтика.

Феномен биоэтики обязан своему появлению широкому внедрению современных биомедицинских технологий в медицинскую практику в условиях, развивающихся демократических процессов во второй половине XX века [18, 19]. В настоящий момент биоэтика с одной стороны это признанная научная область междисциплинарного знания, предметом которой является оценка и выбор нравственного критерия отношения к живому [18, 19]. С другой стороны, это одобренная мировым сообществом социальная практика этического регулирования клинических исследований и медицинской деятельности. Совершенно очевидно, что по мере развития современной архитектуры науки на основе конвергенции НБИК технологий будет возрастать необходимость механизмов социального контроля, а значит, актуальность биоэтики будет усиливаться. Расширение поля дискурса биоэтики, возможная экстраполяция ее оценочно-регулирующей роли и опыта ее использования в качестве инструмента гуманитарной экспертизы на сферы экологии, внедрение биотехнологий в сельское хозяйство, профессиональный спорт и т.д., становится все более востребованным.

Список литературы:

1. Roco M., Bainbridge W. (eds). *Converging Technologies for Improving Human Performance: Nanotechnology, Biotechnology, Information Technology and Cognitive Science*. Arlington, 2004. ISBN: 978-90-481-6279-6.
2. Валерия Прайд, Д.А. Медведев Феномен NBIC-конвергенции: Реальность и ожидания. *Философские науки*. 2008. №1. С. 97-117.
3. *Magner, Lois N. (2002). A history of the life sciences (Rev. and expanded 3rd ed.)*. New York: M. Dekker. 496 Pages. ISBN 0824708245.

4. Friedrich Frischknecht. (2014) *Biological Warfare: From History to Current Affairs*. DOI: 10.1002/9780470015902.a0003290.pub3 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470015902.a0003290.pub3/full>
5. Beck U. *Risk society. On a way to another modern*. М., 2000.
6. Степин В.С. Теоретическое знание. Структура, историческая эволюция // М.: Прогресс-Традиция, 2003. С. 610-641.
7. *The Global Technology Revolution 2020, In-Depth Analyses: bio/nano/materials/information trends, drivers, barriers, and social implications*. Technical Report. Richard Silbergliett et al. RAND. National Security Research Division. Santa Monica, CA. 2006. Information in: http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2006/RAND_TR303.pdf.
8. Reports WEF "Global risks 2013" Information in: <http://reports.weforum.org/global-risks-2013/>
9. Ron Johnston. *Analysis of future-oriented technology: the problem of Cassandra*. Foresight no. 2(5), (2011) 58-64.
10. Nezhmetdinova F.T. *Bioethical expertise as a basis for biosafety // Hazards – detection and management. Book of abstracts / 6-th Dresden Symposium. September 20-24, 2010, Dresden, Germany, SARAD, Dresden University Of Technology, 2010. P. 27-34.*
11. *Report on Biosecurity and Dual Use Research*. (2011). Dutch Research Council. [http://www.unog.ch/80256EDD006B8954/%28httpAssets%29/1390D426940BD24EC125785B004D3E96/\\$file/Miller+et+al+-+Report+on+Biosecurity+and+Dual+Use+Research.pdf](http://www.unog.ch/80256EDD006B8954/%28httpAssets%29/1390D426940BD24EC125785B004D3E96/$file/Miller+et+al+-+Report+on+Biosecurity+and+Dual+Use+Research.pdf)
12. Постановление Правительства РФ от 7 июня 2001 г. № 447 «Положение об осуществлении контроля за внешнеэкономической деятельностью в отношении товаров и технологий двойного назначения, которые могут быть использованы при создании вооружений и военной техники» (с изменениями и дополнениями) Система ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/12123212/#ixzz3pJm529E4>
13. Межгосударственный стандарт. ГОСТ 31278-2004: *Сотрудничество государств-участников Содружества Независимых Государств военно-экономическое. (Электронный ресурс) Термины и определения*. http://standartgost.ru/g/%D0%93%D0%9E%D0%A1%D0%A2_31278-2004 (Дата обращения 18.09.2015)
14. Ковтун А.Л., Д.Л. Поклонский *Анализ значимости технологий двойного назначения в современном рассмотрении проблем биологической безопасности*. Молекулярная медицина. 2012. № 5. С. 1-8.
15. Michael J. Selgelid *Dual-Use Research Codes of Conduct: Lessons from the Life Sciences NanoEthics December Volume 3, Issue 3, 2009. P. 175-183.*
16. Alex Dubov. *The concept of governance in dual-use research*. *Medicine, Health Care and Philosophy*. August 2014, Volume 17, Issue 3, 2014. P. 447-457.
17. Reports WEF «Global risks 2011» Information in: <http://reports.weforum.org/global-risks-2011>

18. Potter, Van Rensselaer. *Bioethics: Bridge to the future*. / Potter, Van Rensselaer. – Englewood Cliffs, N/J.: Prentice-Hall, 1971.
19. Sass H.M. *Fritz Jahr's 1927 concept of bioethics*. *Kennedy Inst. Ethics J.* 17 (4), (2007). P. 279-295.
20. Nezhmetdinova F.T. *Global challenges and globalization of bioethics*. *Croat Med. J.* (2013), 54:548-550.

Об авторе:

Нежметдинова Фарида Тансыковна – заведующий кафедрой философии и права Казанского государственного аграрного университета, доцент кафедры биомедэтики, медицинского права и истории медицины Казанского государственного медицинского университета, доцент, кандидат философских наук, г. Казань, e-mail: nadgmi@mail.ru

Nezhmetdinova Farida – Head of the Department of philosophy and law of Kazan state agrarian University, associate Professor of Biomedicine, medical law and the history of medicine Department of Kazan state medical University, PhD, Kazan

© Нежметдинова Ф.Т., 2016

Павлова А.А.

СУДЕБНАЯ ПОЧЕРКОВЕДЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА: ПРОБЛЕМА ДОСТОВЕРНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ

Статья посвящена проведению судебно-почерковедческой экспертизы, в частности – выявлению основных проблем, влияющих на достоверность результата данной экспертизы.

Ключевые слова: судебный эксперт; исследование почерка; достоверность результата.

Pavlova Anna

FORENSIC HANDWRITING EXAMINATION: THE PROBLEM OF ACCURACY OF THE RESULTS

The article is devoted to forensic handwriting expertise, in particular - the identification of the main problems affecting the accuracy of the results of this expertise.

Keywords: law expert; research of handwriting; accuracy of the result.

Почерк – одна из основных составляющих идентификационного комплекса человека. Судебное почерковедение – отрасль криминалистической техники, изучающая закономерности формирования, функционирования почерка и процессы его исследования, средства и методы решения идентификационных и диагностических исследований [3, с. 376].

Предметом судебно-почерковедческой экспертизы является установление с помощью специальных знаний определенных фактов, обстоятельств при исследовании рукописных документов, записей или подписей.

Объектом судебно-почерковедческой экспертизы является документ, вещественное доказательство, выступающее в качестве материального носителя. Например:

- ✓ оригинал документа, содержащий почерковедческие реализации, выполненные непосредственно на документе рукописно, или изображения таковых, полученные с использованием технических средств (типа графопостроителя и т.п.) или с помощью печатной формы;
- ✓ копии документов в виде бланков с текстами, исполненными через копировальную бумагу (второй, третий и т.д. экземпляры);

- ✓ копии документов, на которых изображения почерковедческих реализаций получены с помощью копировально-множительной техники (электрофотографическим способом; с помощью цифровой обработки изображений) и переданные с помощью факсимильных аппаратов и т.д.

А так же непосредственным объектом судебно-почерковедческой экспертизы являются конкретные почерковедческие реализации (рукописи - буквенные и цифровые, подписи), отображающие свойства почерка и являющиеся источником информации о нем.

В экспертной практике принято понимать, что перед экспертом – почерковедом ставятся две задачи: идентификационная и диагностическая.

Идентификационная задача заключается в установлении конкретного исполнителя рукописи или подписи, исполнение их одним или разными лицами. В соответствии с этим при решении идентификационных задач почерковедческой экспертизы могут быть поставлены следующие вопросы [4, с. 159]:

1. Кем из числа указываемых лиц (например, Ивановым, Петровым или Сидоровым) выполнены рукописные тексты, буквенные или цифровые записи в данном документе?
2. Кем выполнена подпись от имени определенного лица, им самим или другим лицом?
3. Не выполнены ли одним лицом тексты (подписи) в различных документах либо отдельные части текста в одном документе (например, подписи от имени Иванова в накладной и расходном ордере или рукописный текст и подпись от имени Иванова)?
4. Исполнен ли весь документ и его часть одним лицом (например, надписи на титульном листе рукописи и сама рукопись)?

Диагностическая задача состоит из установления условий выполнения рукописи, социально-биографическая и психологическая характеристика исполнителя, установление времени выполнения рукописи. Так же перед экспертом могут быть поставлены такие вопросы как:

1. Выполнен ли рукописный текст мужчиной или женщиной?
2. К какой возрастной группе относится автор рукописного текста?

3. Не выполнен ли рукописный текст (подпись) в необычной обстановке (например, на холоде, в непривычной для исполнителя позе и т.п.), в необычном состоянии пишущего (болезнь, алкогольное или наркотическое опьянение, состояние аффекта и проч.)?
4. Не выполнена ли исследуемая рукопись намеренно измененным почерком, с подражанием мало выработанному почерку, почерку конкретного лица, левой рукой (если привычно он пишет правой)?
5. Не дописаны ли слова или цифры к данному тексту другим лицом? Не выполнены ли фрагменты текста, отдельные документы разными лицами?
6. Выполнен ли текст или подпись с подражанием почерку или подписи конкретного лица от имени вымышленного лица?

Как правило, главной и наиболее сложной задачей исследования почерка в практической деятельности эксперта является установление конкретного исполнителя рукописного текста и его подписи. Решение данной проблемы возможно с учетом таких свойств почерка, как индивидуальность, устойчивость и вариационность.

После получения объекта экспертизы, экспертом осуществляется предварительное исследование с целью установления признаков, свидетельствующих о необычных условиях выполнения рукописного текста или подписи. Установление данных признаков, влияющих на письмо, необходимо для правильной оценки при последующем идентификационном исследовании почерка.

Однако существует и ряд факторов, вследствие которых эксперт при проведении почерковедческой экспертизы не может полностью гарантировать достоверность полученных выводов.

Одной из проблем проведения почерковедческой экспертизы является отсутствие возможности представления подлинников исследуемых надписей, так как изъять их в натуре не представляется возможным. Поэтому следует фиксировать их с помощью фотосъемки. Особенно часто данная проблема возникает при расследовании преступлений, связанных с вандализмом [1, с. 315].

Возможность исследования оригинального образца почерка необходима эксперту, поскольку процедура последующего почер-

коведческого исследования изображений, полученных непосредственно на документе с помощью технических средств или печатной формы, носит условный характер, а возможности экспертизы при исследовании копий рукописного текста или подписи ограничены. В процессе копирования, как правило, происходит видоизменение информации или ее частичная утрата. Это особенно характерно при получении копий с использованием компьютерной техники или при передаче изображений с помощью факсимильных аппаратов. При исследовании копий документов, изготовленных с помощью множительной техники, установить факт технической подделки подписей (в виде копирования на просвет, с предварительной карандашной подготовкой с последующей обводкой и др.), за исключением редких случаев, практически невозможно.

Эффективность судебной почерковедческой экспертизы зависит от правильно собранных сравнительных материалов – образцов почерка предполагаемого исполнителя. Сравнительный материал должен быть надлежащего качества и достаточным по количеству. Надлежащее качество образцов – это сопоставимость их по времени написания и виду документа, языку, содержанию, материалу письма, способу выполнения и, если возможно, по условиям выполнения.

В научной литературе указывают, что свободных образцов почерка должно быть не менее 5-6, причем различных по характеру (материалы личного дела, заявления, черновые записи, письма и т.д.), свободных образцов подписей – не менее 10 (к ним можно отнести подписи в платежных ведомостях, заявлениях, поручениях на получение пенсии и др.). Экспериментальные образцы почерка отбираются в количестве не менее 12 листов.

Но, как показывает практика, одной из наиболее сложных проблем для судей в ходе рассмотрения арбитражных и гражданских дел, как раз является подготовка сравнительного материала при назначении почерковедческой экспертизы.

Как правило, представляют недостаточный материал для проведения экспертизы, в результате чего эксперты вынуждены заявлять ходатайства о представлении дополнительных материалов и уточнении некоторых обстоятельств, связанных с производством экспертизы.

Судьи не всегда знают, какие образцы почерка следует представить эксперту, как их получить, как проверить достоверность, каким образом оформить их получение.

Таким образом, ошибки, которые допускаются судьями еще в ходе назначения почерковедческой экспертизы, в том числе при подготовке материалов, формулировке вопросов и т.п., влекут за собой экспертную ошибку и, как следствие, возникновение судебной ошибки, что является абсолютно недопустимым.

При ознакомлении с материалами, поступившими на экспертизу, эксперт должен проявить максимум внимания для того, чтобы получить из него данные об основных свойствах почерка, ответить на поставленные вопросы.

Важную роль играет методика исследования как система познавательных средств, определяющих содержание и структуру исследовательской экспертной деятельности. На сегодня для эксперта-почерковеда при производстве экспертизы важно выбрать нужную методику, поскольку необоснованное применение той или иной методики приведет к ошибочному заключению.

К факторам, влияющим на результаты оценочной деятельности эксперта-почерковеда, относятся его уровень овладения специальными знаниями, профессиональный уровень и интуиция, психологические качества.

В качестве одной из основных причин ошибочности выводов эксперта об исполнителе рукописей является отсутствие опыта в производстве почерковедческих экспертиз, недостаточная квалификация и, как результат, – неправильная оценка значимости установленных признаков.

Из этого можно сделать вывод, что прежде чем довериться эксперту, нужно внимательно оценить, насколько данный специалист профессионален, опытен, насколько развиты его дедуктивные способности.

Вышесказанное ярко демонстрирует следующий пример.

В одном из небольших городков произошло ограбление. Чтобы замести следы, преступники якобы от имени девушки, которая снимала в этом доме квартиру, а потом куда-то исчезла, оставили на двери записку: «Буду 5 числа». Милиция сработала

оперативно и довольно быстро вышла на грабителей. Трое подозреваемых оказались за решеткой, но у следователя не было веских доказательств их вины, кроме подозрения, что коротенькую записку оставил кто-то из них.

Почерковедческую экспертизу поручили провести опытнейшему эксперту Ольге Белоусовой. Сколько она ни билась, результаты исследования показывали, что никто из подозреваемых данную записку не писал. Но, не смотря на полученные результаты, эксперт чувствовала, что данные лица имеют отношение к данной записке. Благодаря своему опыту, развитому логическому мышлению и интуиции эксперт догадалась, что данную записку писали все трое, один – слово «Буду», другой – цифру «5», третий – «числа». Отпираться подозреваемые не стали, и все трое получили заслуженное наказание [2, с. 141].

Обобщая все вышесказанное, хотелось бы отметить, что данная экспертиза играет важную роль для судопроизводства, результаты которой могут являться важнейшим доказательством и впоследствии повлиять на решение суда. Но, прежде чем полагаться на полученное заключение эксперта, нужно учитывать его общую подготовку, степень познания им предмета почерковедческого исследования, владения существующими методиками исследования почерковедческих объектов и особенно не следует забывать о целом ряде требований, необходимых для осуществления профессиональных функций экспертом, отсутствие которых может отрицательно повлиять на заключение.

Список литературы:

1. Агафонов В.В., Беляков А.А., Бурнашев Н.А. и др. Криминалистическая методика для дознавателей: учебник для вузов / под общ. ред. к.ю.н., проф. А.Г. Филиппова. М.: Издательство Юрайт, 2015. С. 315.
2. Ищенко Е.П. Поговорим о графологии. М.: Проспект, 2013. С. 141.
3. Практическое руководство по производству судебных экспертиз для экспертов и специалистов: научно-практическое пособие / под ред. Т.В. Аверьяновой, В.Ф. Статкуса. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Издательство Юрайт, 2011. С. 376-378.
4. Россинская Е.Р., Галяшина Е.И. Настольная книга судьи: судебная экспертиза. М.: Проспект, 2010. С. 156-164.

Об авторе:

Павлова Анна Александровна – студентка 2 курса факультета судебной экспертизы кафедры «Юриспруденция, интеллектуальная собственность и судебная экспертиза» Московского Государственного Технического Университета имени Н.Э. Баумана, 127081, Москва, Ясный проезд, дом 4, корпус 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., 2016

Павлова Ю.В., Шарков М.Б.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЧАСТНЫХ И ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ (НА ПРИМЕРЕ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ)

Статья посвящена анализу правовых проблем, возникающих при направлении пациента лечащим врачом из частной медицинской организации для получения плановой стационарной помощи в государственном учреждении здравоохранения (на примере Ярославской области).

Ключевые слова: государственная, муниципальная, и частная система здравоохранения; права пациентов; платная медицинская помощь.

Pavlova J.V., Sharkov M.B.

ORGANIZATIONAL AND LEGAL PROBLEMS OF INTERACTION BETWEEN STATE AND PRIVATE HEALTH ORGANIZATIONS (ON THE EXAMPLE OF THE YAROSLAVL REGION)

This article analyzes the legal issues arising from the patient towards the attending physician of private medical organization for the planned hospital care in public health facilities (in the Yaroslavl region).

Keywords: state, municipal, and private health care system; patients' rights; Paid medical assistance.

В современных условиях главной задачей, которую призваны решать медицинские организации в своей деятельности, является обеспечение конституционного права граждан на охрану здоровья, что выражается в оказании своевременной, доступной, высококачественной медицинской помощи.

Действующим законодательством закреплено, что организация охраны здоровья в нашей стране осуществляется тремя системами здравоохранения – государственной, муниципальной и частной, в которых осуществляется реализация прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Эффективность работы в сфере охраны здоровья обеспечивается взаимодействием данных систем, которые дополняют друг друга и позволяют улучшить качество медицинской помощи. Необходимость поддержки и развития частной системы здравоохранения закреплена в ст. 41 Конституции РФ, в соответствии с которой государство обязано обеспечивать работу не только го-

сударственных и муниципальных медицинских организаций, но и частного здравоохранения, что также является важной дополнительной гарантией права граждан на охрану здоровья [1].

Таким образом, реализация права на медицинскую помощь может осуществляться не только в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения, но и путем обращения в частные медицинские организации.

В июне 2002 года Конституционный Суд РФ принял определение, непосредственно затрагивающее вопросы оказания платной медицинской помощи (Определение № 115-О от 06.06.2002). Правовая позиция Конституционного Суда закрепила положение, в соответствии с которым включение в механизм правового регулирования отношений, возникающих в связи с оказанием платных медицинских услуг, норм гражданского законодательства, не противоречит части 1 статьи 41 Конституции РФ, а, напротив, направлено на их обеспечение и создает – наряду с положениями других федеральных законов – необходимую правовую основу предоставления гражданам платной медицинской помощи. В апреле 2002 года Верховный Суд РФ вынес решение, подтверждающее законность и легитимность оказания платных медицинских услуг (Решение Верховного Суда РФ от 18 апреля 2002 г. № ГКПИ02-364) [2].

Вместе с тем, по-прежнему, одними самых острых и дискуссионных проблем в сфере здравоохранения является взаимодействие частных и государственных медицинских организаций, что подтверждается правоприменительной практикой. В частности, по мнению чиновников Ярославской области, медицинские организации частной формы собственности, не входящие в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и не участвующие в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, не обладают правом направления пациентов на плановую госпитализацию в медицинские организации, участвующие в реализации Территориальной программы. Факт невозможности получения плановой стационарной помощи пациентом по направлению врача частной медицинской организации подтверж-

ден документами, а именно: Приказом департамента здравоохранения и фармации Ярославской области от 05.05.2014 г. №785 «О внесении изменения в приказ директора департамента здравоохранения и фармации Ярославской области от 07.08.2013 г. №1918 «Об утверждении формы талона-направления»; обращением к руководителю Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Ярославской области; обращением к директору департамента здравоохранения и фармации Ярославской области; обращением к директору Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ярославской области; заключением Общественной палаты Ярославской области.

На основании правового анализа представленных документов необходимо отметить следующее:

Порядок осуществления медицинской деятельности организациями независимо от организационно-правовой формы детально урегулирован действующим законодательством. Обязательным требованием для осуществления медицинской деятельности является наличие лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности. Факт наличия лицензии на осуществление медицинской деятельности с последующим контролем за соблюдением лицензионных требований в установленном порядке подтверждает легитимность оказания медицинской помощи медицинской организацией любой организационно-правовой формы.

Правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан определены основополагающим Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Основы), анализ норм которого позволяет сделать вывод о равенстве правового статуса медицинских организаций вне зависимости от ее организационно-правовой формы при соблюдении всех установленных законом требований: «медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на

основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности» (п. 11, ст. 2 Основ).

Закон также не разграничивает права и обязанности медицинского работника в зависимости от формы собственности медицинской организации, в которой он работает. Медицинский работник – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность (п. 13 ст. 2 Основ). Основное требование к медицинскому работнику – это наличие документов, подтверждающих право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации (ст. 69 Основ).

Следует также подчеркнуть, что все виды контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности также осуществляются вне зависимости от организационно-правовой формы медицинской организации.

Таким образом, действующим законодательством не закреплены особенности оказания медицинской помощи в зависимости от организационно-правовой формы медицинской организации.

Не вызывает сомнений, что при соблюдении обязательных требований к осуществлению медицинской деятельности, медицинский работник обладает всем спектром полномочий по организации своевременной диагностики и лечения пациента в полном объеме.

Лечащий врач должен организовать своевременное обследование и лечение пациента (п. 2 ст. 70 Основ). В том случае, если лечащий врач объективно определяет отсутствие возможности организовать и (или) предоставить пациенту необходимый объем лечебно-диагностических мероприятий на амбулаторном этапе, он обязан выдать пациенту направление на госпитализацию в медицинскую организацию.

На основании норм Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» правом на получение медицинской помощи в стационарных условиях обладает любой гражданин при наличии полиса обязательного медицинского страхования при наступлении страхового случая (заболевание, травма и т.д.) в любой медицинской организации, участвующей в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в установленных Программой объемах.

нарных условиях обладает любой гражданин при наличии полиса обязательного медицинского страхования при наступлении страхового случая (заболевание, травма и т.д.) в любой медицинской организации, участвующей в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в установленных Программой объемах.

Таким образом, разграничение правового статуса медицинской организации и медицинского работника в зависимости от организационно-правовой формы, является грубейшим нарушением норм действующего законодательства и может повлечь за собой нарушение прав граждан при оказании медицинской помощи с соответствующими юридическими последствиями.

Человек провозглашен Конституцией РФ высшей ценностью государства (ст. 2 Конституции РФ), а значит, его жизнь и здоровье являются главным приоритетом. Исходя из этого, охрана здоровья граждан как правовой институт является особо значимым направлением деятельности государства.

В современных условиях главной задачей, которую призваны решать медицинские организации в своей деятельности, является обеспечение конституционного права граждан на охрану здоровья, что выражается в оказании своевременной, доступной, высококачественной медицинской помощи [3].

Обращаясь в государственный или муниципальный стационар, пациент имеет на руках направление (медицинское заключение), выданное надлежащим субъектом (врачом частной медицинской клиники) гражданско-правовых отношений, объектом которых является профессиональная медицинская деятельность. Направление содержит обоснование медицинских показаний к проведению определенного объема диагностической и лечебной помощи, и игнорирование его не правомерно, поскольку не существует дискриминационных требований в отношении права на профессиональную деятельность врача определенной системы здравоохранения.

Право граждан по их желанию на получение платных медицинских услуг отражено и в ст. 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»).

В частности, одним из принципов системы охраны здоровья является принцип приоритетности интересов пациента при оказании ему медицинской помощи, который выражается, в том числе, и в организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени (ст.6 Основ). Проблема очередей на прием к медицинскому специалисту на сегодняшний день достаточно актуальна, что является, в том числе, одной из причин получения пациентом медицинской помощи на платной основе. Представляется очевидным, что реализация данного принципа будет нарушена при отказе госпитализировать в стационар по направлению лечащего врача частной клиники, так как пациент вынужден будет обращаться за получением данного направления в поликлинику по месту жительства, отстоять очередь и т.д.

Более того, статья 4 Основ закрепляет отраслевые принципы, на которых строится система правовых норм в сфере охраны здоровья граждан, один из которых – доступность и качество медицинской помощи.

Принципы, закрепленные Законом, конкретизируют основные начала, заложенные Конституцией РФ. В основу принципов охраны здоровья легли все общеправовые конституционные принципы, прежде всего – принцип гарантированности и неотчуждаемости прав и законных интересов человека и гражданина, признание прав и свобод непосредственно действующими; охрана достоинства личности и др.

Гарантии гражданам на предоставление доступной и качественной медицинской помощи закреплены в статье 10 Основ, одними из которых, является организация оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения; обеспечение наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квали-

фикации; обеспечение возможности выбора медицинской организации и врача. Данное право может быть реализовано пациентом, в том числе и путем выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь на платной основе, наиболее приближенной к его месту жительства.

Статьей 11 Основ закреплен принцип недопустимости отказа в оказании медицинской помощи. Фактически принцип недопустимости отказа в оказании медицинской помощи развивает известные конституционные положения, гарантирующие право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь (ч. 1 ст. 41 Конституции РФ).

Отказ в оказании медицинской помощи может привести к тяжелым последствиям для здоровья и жизни человека, что повлечет за собой наступление юридической ответственности как для медицинской организации, так и для медицинских работников.

Нарушения прав граждан при оказании медицинской помощи является также предметом плановых и внеплановых проверок контрольно-надзорных органов с возможностью применения мер административной ответственности по выявленным нарушениям в соответствии с КоАП РФ.

Медицинская организация и медицинские работники обязаны организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и не допускать нарушения прав граждан в сфере охраны здоровья.

Медицинская помощь должна быть оказана исходя из физического состояния пациента. Порядок ее оказания зависит от профессионализма врача, который обязан оценить состояние больного и правильно выбрать необходимый вид медицинской помощи, назначить лечение и провести мероприятия с целью облегчения состояния. Благоприятное течение заболеваний во многом зависит от правильного выбора вида медицинской помощи и лечения. При этом права пациента на получение эффективного комплекса лечебных мероприятий, соответствующих его состоянию и направленных на его улучшение совпадают с обязанностью врача оказать качественную медицинскую помощь.

Проведенный анализ действующего законодательства, регулирующего правоотношения при оказании медицинской помощи позволяет сделать следующие выводы:

1. Правовой статус медицинской организации и медицинских работников не зависит от формы собственности медицинской организации. Медицинские организации независимо от форм собственности, имеют равные права при осуществлении медицинской деятельности при наличии лицензии, полученной в установленном порядке. Медицинские работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации и обладают правами и обязанностями по диагностике и лечению пациента в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями.

2. Нормативно-правовые акты государственных органов власти субъектов РФ не должны противоречить нормам об охране здоровья, содержащихся в нормативных правовых актах Российской Федерации. В случае несоответствия норм об охране здоровья, содержащихся в законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, применяются нормы федерального законодательства.

Органы государственной власти субъектов РФ в пределах своей компетенции должны принять соответствующие меры по устранению выявленных противоречий и по недопущению нарушений прав граждан в сфере охраны здоровья. Органами государственной власти субъектов РФ должны приниматься меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения в соответствии с Конституцией РФ.

3. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица медицинских организаций несут ответственность за обеспечение реализации гарантий и соблюдение прав и свобод в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации.

Отказ пациенту в оказании стационарной помощи по направлению врача частной системы здравоохранения противоречит федеральному законодательству, является грубейшим нарушением прав граждан в сфере охраны здоровья и основанием для

применения мер юридической ответственности в порядке, установленном действующим законодательством.

Представляется очевидным, что в настоящее время частная система здравоохранения способна и имеет все возможности для эффективного выполнения поставленных задач по охране здоровья.

Кардинальное изменение качества и доступности медицинских услуг, исключительно за счет средств бюджета, без привлечения частных инвестиций, не представляется возможным, и необходимым условием эффективного функционирования системы здравоохранения, создания цивилизованного рынка медицинских услуг в России являются скоординированные действия федеральных и региональных органов законодательной и исполнительной власти Российской Федерации, направленные на устранение проблем, препятствующих внедрению новых принципов организации медицинской помощи.

Список литературы:

1. Белянинова Ю.В., Гусева Т.С., Захарова Н.А., Савина Л.В., Соколова Н.А., Хлестун Ю.В. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Специально для системы ГАРАНТ, 2014 г.
2. Каменская Н.А. Правовые позиции органов государственной власти по вопросам предоставления платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения // Сборник «Научные труды IV Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву» // Специально для системы ГАРАНТ, 2014.
3. Садовникова Г.Д. Комментарий к Конституции Российской Федерации (постатейный). 10-е изд., испр. и доп. // Издательство Юрайт, 2016 г.

Об авторах:

Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, доцент, кандидат юридических наук, г. Москва, e-mail: 08101967@list.ru

Шарков Михаил Борисович – директор общества с ограниченной ответственностью «Ваш доктор», Ярославская область, г. Рыбинск.

Pavlova Julia Vladimirovna – associate professor, PhD, Docent of Medical Law, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow.

Sharkov Mikhail Borisovich – Director of the Limited Liability Company «Your doctor», Yaroslavl region, Rybinsk.

УДК 616-082+34

Прилуков М.Д.

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья посвящена рассмотрению нормативных правовых актов, регулирующих оказание высокотехнологичной медицинской помощи с целью установления процедур правового регулирования порядка оказания высокотехнологичной медицинской помощи и механизмов финансирования, а также перспектив развития данного вида помощи.

Ключевые слова: *нормативно-правовое регулирование, высокотехнологичная медицинская помощь, государственная программа.*

Prilukov M.D.

ABOUT SOME QUESTIONS OF LEGAL REGULATION OF HIGH-TECH MEDICAL CARE

The article is devoted to normative legal acts regulating the provision of high-tech medical assistance to establish procedures legal regulation of the procedure of rendering high-tech medical care and funding mechanisms, and prospects for the development of this type of assistance.

Keywords: *regulation, high-tech medical care, a state program.*

Здравоохранение является важной и необходимой сферой для развития любого общества и государства. Жизнь и здоровье – это основные приоритеты каждого человека, а также важнейшие факторы развития социально-экономического общества. Поэтому целью государства является не только деятельность по созданию системы охраны здоровья своих граждан, но и внедрение современных технологий и методов лечения. Результатом данного процесса является такой вид медицинской помощи, как высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП). Являясь одним из видов медицинской помощи, ВМП подлежит нормативному правовому регулированию, которое включает в себя ряд следующих основополагающих актов.

Во-первых, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – закон об охране здоровья граждан) [1]. Данный нормативный правовой акт является основополагающим документом

в сфере здравоохранения, так как регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации и определяет: правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан; права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав; полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья; права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья; права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников. В части 3 статьи 34 данного закона указывается, что ВМП является частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники. В соответствии с частью 11 статьи 14 и частью 5 статьи 16 закона об охране здоровья граждан полномочия по организации оказания гражданам ВМП осуществляют федеральные органы государственной власти и органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Во-вторых, важное место в регулировании оказания ВМП занимает Постановление Правительства РФ от 19 декабря 2015 г. №1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» (далее – Программа) [2]. Программа устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на едини-

цу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи. В рамках Программы сформирован перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, которая оказывается бесплатно. В данной Программе закрепляется базовая программа обязательного медицинского страхования, которая является ее составной частью. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования застрахованным лицам оказываются: первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения.

В-третьих, организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется с применением специализированной информационной системы. Данный порядок регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2014 г. № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы» (далее – Порядок) [3]. Порядок устанавливает правила организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы в ме-

дицинских организациях, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь. Согласно пункту 3 данного Порядка ВМП оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи. ВМП осуществляется в следующих условиях: в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение). Данный порядок детально регламентирует процедуру направления на оказание ВМП.

Таким образом, при оказании ВМП вышеуказанные нормативные правовые документы являются основополагающими. Кроме того, при оказании ВМП учитываются и правовые механизмы финансирования данного вида медицинской помощи. Установленный правовой механизм оказания ВМП способствует развитию данного направления в медицине, что позволяет увеличивать объемы оказания ВМП населению и продлить жизнь людей. Из доклада Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой на заседании итоговой Коллегии Минздрава России «Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 году и задачах на 2016 год» следует, что «Важнейшее направление нашей деятельности – обеспечение доступности высокотехнологичной медицинской помощи. Объемы оказанной ВМП с 2013 года были увеличены на 63% (с 505 тыс. до 823,3 тыс. человек), а за 10 лет – в 13,7 раза. При этом технологии ВМП активно внедряются в регионах: в 2015 году ВМП оказывалась уже 800 медицинскими организациями, что на четверть больше, чем в 2014 году. Так, в 2015 году проведено более 126 тыс. стентирований сосудов (тогда как еще в 2014 году проводилось лишь 97 тыс.). В 20% случаев острого коронарного синдрома стентирование было проведено в экстренном порядке – в течение первых трёх часов с момента госпитализации. Наряду с этим, высокотехнологичная помощь пополнилась самыми современными сложнейшими уникальными технологиями» [4].

Список литературы:

1. Собрание законодательства Российской Федерации от 28.11.2011. № 48. Ст. 6724.
2. Собрание законодательства Российской Федерации от 28.12.2015 г. № 52 (часть I). Ст. 7607.
3. Российская газета от 21 января 2015 г. № 9.
4. Коллегия Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об итогах работы Министерства в 2015 году и задачах на 2016 год». Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ru> (дата обращения: 13.05.2016).

Об авторе:

Прилуков Максим Дмитриевич – старший преподаватель кафедры административного и финансового права юридического факультета «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского», кандидат юридических наук, Нижний Новгород, e-mail: prilukov_8312@mail.ru

Prilukov Maxim Dmitrievich – senior teacher of chair administrative and financial law, Law faculty National Research Lobachevsky State University of Nizhni Novgorod, candidate of law, Nizhni Novgorod.

© Прилуков М.Д., 2016

УДК 340.611+340.692

Пугачева А.П., Теньков А.А.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В СЛУЧАЯХ НАСИЛЬСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ СЕКСУАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА

В статье рассмотрены проблемы интерпретации экстрагенитальных повреждений, связанных с половыми преступлениями. Актуальность темы обусловлена отсутствием единого экспертного подхода к оценке экстрагенитальных повреждений. Цель исследования – анализ экстрагенитальных повреждений, возникающих при насильственных действиях сексуального характера.

Ключевые слова: *экстрагенитальные повреждения, насильственные действия сексуального характера, половые преступления.*

Pugacheva A.P., Tenkov A.A.

MEDICOLEGAL ASSESSMENT OF THE BODY DAMAGES NOT RELATING TO THE FEMALE EXTERNAL GENITALIA IN CASES OF SEXUAL ASSAULT

The article looks at the problems of the body damages in women of both associated with sexual crimes. The topicality of the subject under investigation is explained by the lack of the uniform expert approach to the assessment of the body damages not relating to the female external genitalia.

Keywords: *body damages not relating to the female external genitalia, violent acts of sexual character, sexual assault.*

Телесные повреждения при насильственных действиях сексуального характера подразделяются на экстрагенитальные и генитальные. Экстрагенитальные повреждения у жертв преступного события возникают, как правило, при их взаимодействии с нападающим, а также с окружающими место происшествия объектами. В частности, на наличие и характер повреждений могут оказывать влияние особенности ложа насилия, интенсивность сопротивления жертвы, действия, навязываемы преступником [1, 2].

Следует учитывать, что повреждения экстрагенитальных областей, при конфликтах с мужчиной, у лиц женского пола могут быть как связанными, так и не связанными с половыми престу-

плениями, и требуют судебно-медицинской оценки. Образующиеся при этом повреждения подлежат судебно-медицинской оценке и соответствующей дифференцировке по механизму травмы [3, 4].

Это связано, прежде всего, с тем, что локализация повреждений и их характер в определенной мере зависит от умысла нападавшего. Умысел относится к юридическому понятию и судебно-медицинскими экспертами не учитывается.

Актуальность проблемы определяется отсутствием общепринятых критериев судебно-медицинской оценки экстрагенитальных повреждений у потерпевших в случаях сексуального насилия [5, 6].

В связи с чем, основной задачей настоящей работы являлся анализ повреждений у пострадавших, по поводу которых в постановлении (направлении) имелись данные о событиях сексуальной направленности (изнасилование, насильственные действия сексуального характера и т.д.).

Информация, касающаяся повреждений, возникающих у жертвы при насильственных действиях сексуального характера, по литературным данным является весьма ограниченной. Большинство авторов, изучавших данный вопрос, пишут об образовании повреждений на внутренней поверхности бедер, а именно в их средней и нижней трети, возникающих при насильственном раздвигании последних руками насильника. Эти повреждения предлагают считать специфическими для насильственного полового сношения. Другие авторы указывают на то, что характерные повреждения при подобных действиях располагаются на лице и волосистой части головы. [3, 7-10].

Нами был проанализирован архивный материал 150 судебно-медицинских экспертиз государственных судебно-медицинских учреждений Орловской, Белгородской, Курской, Саратовской и Камчатской областей.

Объектами исследования являлись случаи, в которых в постановлении (направлении) имелись данные о событиях сексуальной направленности (указание на изнасилование, причинение насильственных действий сексуального характера) квалифицированных по статье 131 Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ) («Изнасилование»).

В настоящей работе не рассматривались эпизоды с повреждениями, возникающими у жертвы при падении с ударами о предметы окружающей обстановки.

Исходя из числа нападавших, причинявших повреждения жертве, все наблюдения были разделены на 2 подгруппы.

В первой подгруппе речь шла об одном нападавшем, проявлявшем физическую агрессию (95 случаев – 63,3%), во второй подгруппе число нападавших – 2 и более человек (55 эпизода – 36,7%).

Из общего числа наблюдений экстрагенитальные повреждения у женщин были выявлены в 135 эпизодах, что составляет 90% (135 случаев из 150). Во всех наблюдениях повреждения причинялись так называемыми «натуральными» орудиями человека: руками, ногами или их сочетанием (табл. 1) [11].

Таблица 1.

Характеристика «натурального» орудия человека в качестве травмирующего объекта

Вид насилия	Травмирующий объект					
	Рука (и)		Нога (и)		Сочетанное воздействие рук и ног	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Насильственные действия сексуального характера	112	74,6	4	2,7	34	22,7

Согласно данным, приведённым в таблице 1, повреждения наиболее часто наносились руками, что отмечено в 112 наблюдениях (74,6%).

При анализе материалов среди повреждений первое место занимали кровоподтеки 91,3% (137 эпизодов), на втором месте – ссадины 49,3 (74 случая). Причинение ран было редким явлением, и составляло в группе наблюдений 6% (9 наблюдений).

Все повреждения были систематизированы по анатомическим областям, согласно Международной анатомической терминологии, т. е. наименования частей и областей тела были приведены в соответствии с вышеуказанным источником.

Области тела человека, в которых преобладали те или иные повреждения условно обозначены как «травмоуязвимыми».

Распределение случаев с наличием повреждений, по травмируемым частям тела, представлено в таблице 2.

Таблица 2.

Распределение случаев по встречаемости повреждений в зависимости от их локализации

Локализация		Вид повреждения			
		Крово-под-теки	Ссадины	Раны	Царапины
Голова	ЛЛО*	66	21	3	8
	ДЧГ**	6	–	–	–
Шея		13	2	2	0
Верхние конечности	Правая рука	53	15	–	2
	Левая рука	52	14	3	2
Передние и латеральные области груди		23	9	1	–
Область спины	Спина	14	7	1	–
	Поясничная область	2	11	1	–
Область живота	Живот	4	1	–	–
	Передняя поверхность	10	1	–	–
Нижние конечности	Ягодицы	7	5	2	–
	Правая нога	74	15	5	–
	Левая нога	60	16	5	–

* ЛЛО – лобно-лицевая область

** ДЧГ – другие части головы (височная, теменная, затылочная области и т. д.)

Из таблицы видно, что наиболее травмируемыми частями тела в наблюдаемой группе являлись верхние и нижние конечности.

В процессе проведенных исследований нами обращалось внимание и на наличие у пострадавших общепризнанных признаков насильственного полового акта с локализацией последних на внутренней поверхности бедер, описанных выше.

Из общего числа эпизодов, связанных с насильственными действиями сексуального характера, повреждения на внутренней поверхности бедер были выявлены:

- ✓ на правой ноге: кровоподтеки в 24 эпизодах из 74, ссадины в 1 случае из 15;
- ✓ на левой ноге: кровоподтеки в 17 наблюдениях из 60, ссадины в 1 эпизоде из 16.

Выводы:

1. Нападавшие, при насильственных действиях сексуального характера, повреждения жертвам чаще наносят руками – 74,6% случаев, реже – ногами (2,7%).
2. Наиболее частыми повреждениями у пострадавших являлись кровоподтеки 91,3% (137 эпизодов), на втором месте – ссадины 49,3 (74 случая), на третьем – раны 6% (9 наблюдений).
3. В зависимости от количественных характеристик повреждений наиболее травмируемыми частями тела являлись верхние и нижние конечности.
4. Повреждения на внутренней поверхности бедер, которые по установившемуся мнению являются характерными для жертвы в случаях насильственных действий сексуального характера, в наших наблюдениях не представляли собой частые явления.

Список литературы:

1. Дерягин Г.Б. Судебно-медицинская экспертиза в случаях противоправных сексуальных действий. Судебно-медицинская экспертиза. 2006. №5. С. 18-23.
2. Дерягин Г.Б. и др. Криминальная сексология: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Юриспруденция» // М.: ЮНИТИ-ДАНА: Закон и право, 2011.
3. Акопов В. И. Судебно-медицинская экспертиза повреждений тупыми предметами. М.: Медицина, 1978.
4. Слепышков И. В. Раны от тупого оружия. Астрахань: Издание АГМИ, 1937. Вып. X.
5. Пиголкин Ю.И., Дмитриева О.А., Щитов Г.В., Дерягин Г.Б. Сексуальное насилие: теории, подходы, методы исследования. М: МИА, 2008.
6. Загрядская А.П. Судебно-медицинская экспертиза при половых преступлениях. Лекции для студентов. Горький: 1975.

7. Кухарьков Ю.В., Пучков Г.Ф., Доморацкая Т.Л., Тепляшина И.С. *Медико-правовые аспекты сексуального насилия*. Минск: 2001.
8. Дынкина И.З. *Повреждения влагалища в случаях убийств на сексуальной почве. Вопросы судебной медицины*. 1969. №4. С. 151-154.
9. Сапожников Ю.С. *К судебно-медицинской экспертизе по поводу изнасилований. Труды судебно-медицинских экспертов Украины*. Киев: 1962. С. 249-250.
10. Мержеевский В.О. *Судебная гинекология: Руководство для врачей и юристов*. СПб: 1878.
11. Попов Н.В. *Учебник судебной медицины*. М.: Медгиз, 1940.

Об авторах:

Пугачева Алина Петровна – интерн кафедры судебной медицины Курского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения, г. Курск, e-mail: pugacheva.alina@yandex.ru

Теньков Александр Афанасьевич – профессор, заведующий кафедрой судебной медицины Курского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения, г. Курск, e-mail: 89038720566@yandex.ru

Pugacheva Alina Petrovna – intern of the forensic medicine department of KSMU Public Health Ministry RF, Kursk.

Tenkov Alexandr Afanas'evich – MD, professor, chair of the forensic medicine department of KSMU Public Health Ministry RF, Kursk

© Пугачева А.П., Теньков А.А., 2016

УДК 351.761

Рыбакова Л.Н.

ВЫТРЕЗВИТЕЛИ: ЭТИЧЕСКИЕ, ПРАВОВЫЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

В статье рассматриваются возможности воссоздания вытрезвителей как специального учреждения с задачами вторичной профилактики алкоголизма.

Ключевые слова: медвытрезвитель, лицо в состоянии опьянения, имидж пьяного, наркологическая помощь, социальное обслуживание.

Rybakova Larisa

SOBERING STATIONS: ETHICAL, LEGAL AND ORGANIZATIONAL ISSUES

Possibilities of restoration of sobering stations are discussed in connection with problems of alcohol addiction prevention.

Keywords: sobering station, alcohol addict, image of drunkard, addiction medical care, social help.

История развития вытрезвителя как (алко)политической и организационной структуры обнаруживает интересные преобразования в этике взаимоотношений пьяного человека и государства. В 1902 году в Туле был открыт «Приют для опьяневших» с двумя отделениями: амбулатория для алкоголиков и специальный приют для детей пьющих родителей. Тульскую инициативу подхватили в других городах, но после революции 1917 года «приюты для опьяневших» упразднили.

Первый советский медвытрезвитель открыт 14 ноября 1931 г. в Ленинграде. Выяснилось, что пропагандистских мероприятий недостаточно для победы над «чуждыми классу привычками». Потребовалось участие специалистов, из которых ближе всего к проблеме (гуманнее?) оказались медики. Таким образом, первоначальный имидж учреждения преимущественно социального обслуживания сменили на медицинский профиль помощи в особых состояниях. Этот ориентир государственных усилий сохраняется по сей день. От побуждения к смене образа жизни перешли к эпизодическому вмешательству. Постепенно сформирова-

ровалось представление о нетрезвом гражданине как нарушителе порядка в общественном месте. Правовую форму это представление обрело в суровые андроповские времена, когда милиция получила право штрафовать за появление в нетрезвом виде на глазах у публики, общественности.

С 1940 года медвытрезвители были выведены из подчинения Наркомата здравоохранения и переданы в ведение правоохранительных органов [1]. В советских медвытрезвителях не проводилось медицинских мероприятий. Доставленного милицейским нарядом нетрезвого гражданина осматривал фельдшер и – при необходимости – передавал в медицинское учреждение. Пьяных «изолировали», т.к. они могли причинить вред окружающим или себе, а их пьяный вид оскорблял человеческое достоинство и общественную нравственность [4]. Санитары обеспечивали гигиенические условия. Милиционеры обыскивали правонарушителя, изымали документы и деньги «на хранение». По результатам прокурорских проверок в медвытрезвителях МВД выявлены систематические нарушения. Помимо ограбления и рукоприкладства оперативные работники допрашивали лиц в «ослабленном состоянии» в качестве свидетелей или участников преступлений. Комитет против пыток в республике Башкортостан, проведя несколько общественных расследований по жалобам граждан, в 2009 году добился ликвидации вытрезвителей в Башкирии [2]. Постепенному сокращению и закрытию медвытрезвителей МВД способствовали также экономические причины, поскольку тарифы за медобслуживание и штрафы за правонарушения не окупали затрат на содержание этих учреждений. В сентябре 2011 г. был закрыт последний по стране медвытрезвитель системы МВД.

До реформы милиции, признавшей вытрезвление несоответствующей функцией «нового» ведомства, в крупных городах было по 11-15 медвытрезвителей. Сейчас за сутки в Петербурге и Ленинградской области полиция задерживает 250 человек в состоянии алкогольного опьянения, плюс столько же оформляется протоколов по поводу задержания за пьянство в общественных местах [3].

При подготовке Федерального закона «О полиции» 2011 г. было решено, что вытрезвление должно стать заботой системы здравоохранения. Это произошло под влиянием негативного

отношения населения ко всему, что связано с вытрезвителями. Оно сформировалось при участии СМИ, информировавших преимущественно о злоупотреблениях и правонарушениях и умалчивавших о необходимости помощи нетрезвому человеку в транспорте, на улице и в целях предупреждения преступности. Таким образом, «лицо в состоянии опьянения» перестало быть правонарушителем и снова превратилось в пациента. Согласно Методическим рекомендациям, разработанным МВД и утвержденным в Минздраве РФ, полиции вменяется обнаружение лица в состоянии алкогольного или иного опьянения, утратившего способность самостоятельно ориентироваться и передвигаться в пространстве. Доставка возложена на «скорую помощь», которая оказывает необходимые минимальные услуги и доставляет – при необходимости – в приемный покой больницы или травмпункт. В лечебном учреждении пьяный становится пациентом, проходит осмотр врача, санобработку и – по медицинским показаниям – направляется на госпитализацию. Во многих регионах разработаны «схемы маршрутизации» нетрезвого пациента в зависимости от выявленных проблем. В результате такой организации дела возросли затраты государства на помощь пьяному.

По нашим данным, за первые 4 месяца 2012 года для оказания медицинской помощи в состоянии алкогольного опьянения было доставлено 233 162 человека по стране. Из них треть не нуждалась в медицинской помощи (32,6%), более половины (61,3%) получили достаточную помощь от бригады скорой помощи на месте или по пути в медучреждение, пятая часть доставленных (21,6%) завершила «естественное протрезвление» в приемном отделении, 7,8% отказались от помощи. Госпитализировано только 29,2%. Приходится признать, что временные, кадровые, материально-технические, фармацевтические и иные ресурсы скорой помощи и приемного отделения больниц использованы не по назначению. При этом следует учитывать неадекватное и даже агрессивное поведение нетрезвых клиентов, возражающих против недобровольного медицинского обслуживания. Имеем дополнительный фактор профессионального выгорания медперсонала, не защищенного ни физически, ни морально, ни материально. К тому же пьяные нередко нарушают покой других больных.

Существующий порядок работы с лицами в состоянии опьянения и утратившими – в общественном месте – способность самостоятельно передвигаться и ориентироваться в пространстве отличается универсальным подходом к разнородному контингенту. «Лицами в опьянении» могут оказаться не только потенциальные пациенты наркологической службы, но также случайные жертвы обстоятельств или неопытные потребители. Это значит, что кому-то достаточно разъяснение рисков, другому необходима консультация врача и социального работника, а третьему нужно проводить мотивационное вмешательство для вовлечения в наркологическое обслуживание. На практике не учитывается потребность «клиента» в медицинской помощи и практикуется безальтернативный характер вмешательства специалистов. В ряде случаев целесообразно доставление пьяного по месту жительства или в защищенное пространство для естественного вытрезвления с помощью волонтеров при оплате клиента. Остается вопрос: пьяный – это правонарушитель, пациент или «индивид в трудной жизненной ситуации» (т.е. клиент соцслужбы)?

В общественной дискуссии политиков, ученых, обывателей и профессионалов о «возрождении» вытрезвителей звучит предложение создать новый тип учреждения, сочетающего медицинское и социальное обслуживание, усиливающие профилактический аспект. Руководство МВД видит место вытрезвителя в системе социального обслуживания населения. Минздрав выступает за воссоздание прежних вытрезвителей под крышей правоохранительных органов. Органы соцзащиты указывают на несоответствие правовой базы для принятия под свою ответственность лиц в опьянении. Вытрезвители и забота о лицах в состоянии опьянения как организационная форма социального обслуживания населения не предусмотрены законодательством о соцзащите, не разработаны соответствующие нормативные документы. Местные органы власти не имеют права создавать «новаторские» учреждения, на них нельзя тратить бюджет и т.п. Тем не менее, первый социальный приют для вытрезвления создан в Уфе, этому примеру последовали районы Татарстана. Интерес к новому опыту проявили Хабаровск, Благовещенск, Орел с намерением построить специальные приюты. В Республике Тыва создано му-

ниципальное казенное учреждение «Центр по оказанию социально-реабилитационной помощи лицам, задержанным в общественных местах в алкогольном опьянении».

Организация вытрезвителей «нового типа» затрагивает вопрос границ личной свободы и антиалкогольной политики государства. Во-первых, потребление алкоголя не карается законом, и «выбор» меры опьянения – вопрос личной свободы. Во-вторых, должен соблюдаться принцип добровольности при оказании медицинской помощи: зачем пьяного отрезвлять, зачем ему врачебный осмотр, если он этого «не просил». В-третьих, для алкоголезависимых характерна анозогнозия. Больные не отдают себе отчета в своей болезни, затягивают обращение к врачу, накапливают слухи о неизлечимости заболевания. Может ли пьяный человек просить помощи у врача, если не делает этого в трезвом состоянии? Поэтому можно оправдать вмешательство врачей «без согласия», но закон этого не предусматривает. Вероятно, проблема заключается в характере и объемах медицинского вмешательства, побуждающего некоторые категории населения заняться своим здоровьем, а также в трудностях кооперации ведомств.

За рубежом далеко не везде есть вытрезвители, и проблема сильно пьяного прохожего считается его личным делом или заботой его ближайшего окружения. Для буйных пьяных предусмотрены отдельные камеры в отделении полиции. В Финляндии есть «теплые дома» для естественного протрезвления беспомощного прохожего. В Германии созданы системы самотестирования и самоконтроля алкопотребления, онлайн консультирование и реабилитационные программы в виртуальном пространстве. Ориентир – помоги себе сам.

В целях снижения масштабов потребления алкогольной продукции вытрезвители должны, на наш взгляд, послужить местом встречи потенциального пациента со специалистами, реализующими задачи мотивационного вмешательства, вторичной профилактики и реабилитации.

Список литературы:

1. Бурцев А.А. Медицинские вытрезвители // Независимость личности, 2012. №4.

2. Гражданские успехи. URL: <http://www.pgpalata.ru/progress/?p=2456>. Дата обращения 24.07.2015.
3. МВД восстанавливать вырезатели не хочет – предлагает открывать социальные центры. URL: <http://doctorpiter.ru/articles/11754/> Дата обращения 21.07.2015.
4. Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об усилении борьбы с пьянством от 30.09.1985.

Об авторе:

Рыбакова Лариса Николаевна – старший научный сотрудник Института социологии РАН и ФМИЦПН им. В.П. Сербского МЗ РФ, кандидат философских наук, Москва, e-mail: laryb@mail.ru

Rybakova Larisa – senior scientific assistant at the Institute of Sociology Russian Academy of Science and at Sserbsky-Institute of Psychiatry, doctor of philosophy, Moscow.

© Рыбакова Л.Н., 2016

УДК 340.69+616-082

Сидорова Т.А., Жичина Е.Ю.

БИОЭТИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ

Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта №14-03-00173

На основе сравнительного и исторического анализа в статье представлено биоэтическое понимание концепта информированного добровольного согласия. Сделан вывод о взаимной опосредованности юридической и этической нормы информированного согласия.

Ключевые слова: биоэтика, принципы биоэтики, информированное добровольное согласие, врач, пациент, отношения в медицине.

Sidorova Tatiana, Zhichina Elena

BIOETHICAL CONTENTS INFORMED CONSENT

In the article bioethical interpretation of the concept of informed consent presented on the basis of comparative and historical analysis. The conclusion about the mutual mediation of legal and ethical norms of informed consent.

Keywords: Bioethics, bioethics principles, informed consent, the doctor, the patient, the relationship in medicine.

Информированное согласие (ИС) в биоэтике наряду с принципом автономии относится к основным элементам ее теоретического базиса. В американской биоэтике используется понятие информированное согласие (Inform consent), в европейской версии кроме него употребляется информированное добровольное согласие (ИДС), тем самым в процедуре выражения согласия подчеркивается осознанность и добровольность решения. Отечественная традиция использования понятия, которая формировалась в ходе распространения идей биоэтики, а также под влиянием международных документов, таких как Конвенция по правам человека в биомедицине, склоняется к европейской. В последнее время появился кентавр «информационное согласие», понятие которое объединяет содержание информационного листка и бланк выражения согласия.

Если придерживаться принципалистского подхода в понимании теоретических основ биоэтики, то информированное согласие следует рассматривать как процедурное правило, кото-

рое реализует принципы автономии и добровольности. Иногда можно встретить обозначение ИС как принципа. В этом случае повышается регулятивный статус правила до принципа и подчеркивается возрастание собственного значения ИС для системы биоэтических принципов. Исторически концепт ИС в биоэтике оформляется, с одной стороны, через адаптацию применявшейся правовой практики в регулировании медицинской деятельности. С другой стороны, следует обозначить Нюрнбергский кодекс и в дальнейшем положения Хельсинской декларации, которые вменили в обязанность исследователю получать добровольное согласие испытуемого на участие в эксперименте. Только в 70-е годы прошлого века дискуссии приводят к тому что ИС начинает приобретать морально обязывающую силу и получает свое место среди основополагающих регулятивных инструментов биоэтики. Если не отождествлять регулятивные возможности биоэтики с правовой регламентацией отношений в медицине, то можно различить двойное положение информированного согласия в рамках действия правовой и этической нормы. Эту двойственность не следует рассматривать как излишнее дублирование одной и той же нормы, а нужно видеть в ней два взаимодополнительных способа оформлять надлежащим образом отношения между субъектами в медицине. Биоэтика превращает ИДС в признание пациента и испытуемого в качестве моральных субъектов, способных делать самостоятельный выбор и выносить суждение, основанное на собственном мировоззрении и системе ценностей. Смысл добровольности как раз в том, что мы уважаем способность человека действовать согласно своей воле, сориентированной на определенную систему ценностей, как моральное добро.

В биоэтике добровольность также раскрывается в понятии компетентность пациента. Это понятие является моральной квалификацией способности выражать согласие, и оно шире, нежели юридическое понятие дееспособности в отношении ИДС. Например, с точки зрения биоэтики, пациент с психиатрическим диагнозом, признанный недееспособным, также имеет моральное право выражать согласие на медицинское вмешательство, если он рассматривается в данный момент как компетентный, т.е. способен отвечать за последствия своего выбора.

Другой пример несовпадения юридического и этического подхода к выражению согласия, ситуация с выражением согласия подростками. Российское законодательство устанавливает, что с 15 лет подросток может самостоятельно выражать согласие. Однако, если принимать во внимание ценностный аспект, то в нашей культуре семейная связанность родителей и детей в этом возрасте еще очень высока, чтобы устранять родителей от принятия решения. Поэтому следует рекомендовать, чтобы подросток, по крайней мере, прежде чем обозначить свое решение, обсудил его с родителями. Правовое закрепление содержания нормы ИДС фиксирует «минимум нравственного» (В.С. Соловьев), поскольку ориентируется на функцию оформления согласия для установления взаимодействий в медицине согласно отраженному в законе представлению о правах пациента, которые нужно гарантировать и осуществлять. С точки зрения биоэтики пациент может принимать ту модель взаимоотношений с врачом, которая соотносится с его ценностными суждениями. Это может быть и врачебный патернализм, а в других случаях выбор будет за контрактом. В рамках этих, в оптике ИДС, противоположных моделях, в одном случае пациент получит моральное право передать всю полноту ответственности за медицинские действия врачу, а в другом наоборот ограничить для врача распоряжение своим телом, информацией о своем здоровье и т.п. Правовая функция ИДС не делает различий для конкретных форм взаимоотношений между врачом и пациентом и формализует моральный смысл процедуры выражения согласия, предписывая во всех случаях оформлять согласие таким образом, что оно превращается в документ, получающий юридическое значение.

История становления концепта ИС в США и России показывает, что юридическое и моральное значение могут быть опосредованы. Как указывают Beauchamp T.L., Faden R. в США еще в конце 60-х, взгляды врачей заметно отличались от сегодняшнего понимания информированного согласия. Неясно, приняли ли врачи информированное согласие как юридическое неудобство или же как важную моральную проблему, однако в начале 70-х годов в медицинской литературе произошел взрыв комментариев, касающихся данной темы. Большая часть комментариев была

отрицательная: врачи видели требование информированного согласия неосуществимым на практике, или же, в отдельных случаях, несопоставимым с качественным уходом за пациентом. В публицистических статьях серьезный критический анализ перешел к едкой пародии. Высказывались предположения, что после раскрытия врачом информации, напуганные пациенты откажутся от нужных им операций. В большинстве статей признавались лишь юридические, но никак не моральные аспекты изменения требований информированного согласия. Все начало меняться в 70-х годах с победой междисциплинарного подхода к медицинской этике. Постепенно информированное согласие стало признано как морально, так и юридически. Авторы констатируют, что проблема информированного согласия с 60-х по 80-е оказалась в центре внимания как прецедентного права, так и медицинской этики. Это объясняется тем, что перед правом и этикой, как и самой медициной встали вопросы, которые затрагивали широкие слои общественности и касались социального равенства и личностных свобод, и которые приобретали свою драматичность за счет все более технологичной, мощной и безличной системы медико-санитарной помощи. Вполне очевидным кажется и то, что увеличившийся юридический интерес к праву на самоопределение, философский интерес к принципу уважения автономии пациента, а также к индивидуализму, требовал новой правовой ориентации. Вопросы, которые поднимались в области борьбы против разных форм дискриминации, а также прав заключенных и психически больных, потребительским движением помогли укрепить общественное признание ИС и придали новый тренд развитию биоэтики [1]. И все же только в 1986 году в Департаменте здравоохранения США были выработаны общие правила получения информированного согласия от пациента, а применяться они начали с 1991 года на всей территории США [2].

В российских судебных документах уже в 1902 г. упоминается необходимость «испрашивать согласия больного на операцию», и в эти годы признавался не только сам факт обязательности согласия больного, но и возможности принятия больным осознанного решения, но и кроме того оставление за врачом ответственности несмотря на выраженное согласие [3]. Впервые выражение согла-

сия в российской медицине получило регламентацию в законе в 1924 г., который устанавливал необходимость получения согласия на хирургическую операцию. В 1948 г. выдающийся онколог Н.Н. Петров опубликовал статью «Вопросы хирургической деонтологии», которая имела важное значение для отработки процедур и стандартов в отношениях врачей и пациентов [4]. Деонтология Петрова предполагала, что выражение согласия на хирургическую операцию имеет прежде всего моральное значение и необходимо для соучастия пациента в работе врача. Традиционно согласие выражалось устно или в форме личного заявления, что соответствовало социальным навыкам. В начале 90-х через концепт ИС проникает через биоэтику и больше представляется как культурное заимствование. В 1993 г. закон закрепляет право для пациентов и обязывает медицинский персонал получать согласие на любое медицинское вмешательство. Однако, нужно понимать, что и в США, и в России процессы формирования концепта похожи даже с хронологии. Наше исследование в 2005 г. показало, что пациенты и врачи понимали важность ИС, но не соглашались с тем, что следует письменно выражать информированное согласие на все виды вмешательств. Врачи и пациенты считали, что ИС в первую очередь защищает права пациентов и подчеркивает уважение их достоинства [5]. За последнее десятилетие практика получения согласия охватила все виды вмешательств, включая неинвазивные, такие как простой осмотр. Количество исков против врачей увеличилось. Врачи стали рассматривать подписанный бланк ИС как документ для собственной юридической защиты. Пациент должен подписать несколько формуляров, до того, как он встретится с врачом. Если он этого не сделает, то ему могут отказать в медицинской помощи, за исключением экстренных случаев. С точки зрения биоэтических принципов в медицинских отношениях, смысл ИС прежде всего закрепляет моральное право пациента на уважение его автономии и добровольности. Исходя из моральной доктрины ИС, врач сначала должен информировать, а затем получить согласие. Когда ИС является формальным требованием, и рассматривается врачом как юридический договор, то форм согласия, которые должен подписать пациент становится больше. Тотальность и формализация процедуры вы-

ражения согласия разрушают доверие и приводит к отчуждению медицинских профессионалов и пациентов. Например, в форме ИС пациенту предлагается подтвердить, что ему была дана возможность задать все интересующие вопросы. Он должен подписать такое согласие до встречи с врачом. Таким образом, возращание юридического значения ИС и ослабление морального веса приводит к тому, что выражение согласие становится условием получения медицинской помощи, не формирует надлежащих социальных навыков в отношении врача и пациента, и вынуждает пациента принимать эту бюрократическую процедуру.

Список литературы:

1. Beauchamp T.L. Faden R. *History of Informed consent // Encyclopedia of bioethics / Stephen G. Post, editor in chief. 3-rd ed. 2004. P. 1271.*
2. Пищита А.Н. *Согласие на медицинское вмешательство. Медико-правовой анализ. Юридические стандарты. Практика реализации. М., 2006. С. 4.*
3. Кубарь О.И. *Гуманитарный взгляд на становление и развитие биомедицины в России // Гуманитарные ориентиры научного познания. Ответственный редактор: П.Д. Тищенко. М., 2014. С. 204.*
4. Петров Н.Н. *Вопросы хирургической деонтологии. Л., 1956*
5. Сидорова Т.А. *Практика информированного согласия в репродуктивной медицине // Вестник Новосибирского государственного университета. 2007. Т. 5. № 3. С. 98-101.*

Об авторах:

Сидорова Татьяна Александровна – доцент кафедры фундаментальной медицины Новосибирского Государственного Университета, кандидат философских наук, Новосибирск, e-mail: vasinatan@mail.ru

Жичина Елена Юрьевна – старший преподаватель кафедры медицинского права Новосибирского Государственного Медицинского Университета, Новосибирск, e-mail: Lenazhi@yandex.ru

Sidorova Tatiana – associate professor of Fundamental Medicine Department, Novosibirsk State University, PhD, Novosibirsk.

Zhichina Elena – senior lecturer in Medical Law Department, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk.

УДК 614.253.83

Спиридонов В.А.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ СЛЕДСТВЕННОГО КОМИТЕТА В РАССЛЕДОВАНИИ ФАКТОВ НЕОКАЗАНИЯ ИЛИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья посвящена созданию в следственном комитете отделения судебно-медицинских исследований, проводящего комиссионные судебно-медицинские экспертизы при расследовании дел, связанных с деятельностью медицинских работников.

Ключевые слова: судебная медицина, следственный комитет, медицинская помощь.

Spiridonov V.A.

ACTIVITIES OF FORENSIC EXPERTS OF THE INVESTIGATIVE COMMITTEE IN THE INVESTIGATION OF THE FACTS OF THE FAILURE TO PROVIDE OR IMPROPER PROVISION OF MEDICAL CARE

The article is devoted to the creation of the investigative Committee of the Department of forensic investigations, conducting Commission is judicial-medical examination at investigation of the Affairs connected with activity of medical workers.

Keywords: forensic medicine, investigation committee, medical care.

В случае жалоб или выявления фактов не оказания или недолжного оказания медицинской помощи следователи Следственного комитета проводят необходимые процессуальные мероприятия, связанные с исследованием и правовой оценкой данных фактов. Для этого необходимо изучить вопросы проведения судебно-медицинских экспертиз, в том числе и в части применения процессуального законодательства в экспертной практике [1, 2]. Важнейшим элементом при этом является назначение и проведение комиссионных судебно-медицинских экспертиз. Указанные экспертизы, как правило, назначаются в государственные экспертные учреждения – бюро судебно-медицинской экспертизы, существующим в каждом регионе РФ. Структура судебно-медицинской службы России после 1917 года была сформирована при Наркомздраве. Эта ситуация существует и сегодня, когда бюро судебно-медицинской экспертизы подчиняются в финан-

сово-экономическом плане региональному министерству (управлению) здравоохранения, а начальник бюро назначается приказом руководителя регионального здравоохранения. В последние годы многими юристами, прокурорами, адвокатами высказывается мнение, что между бюро судебно-медицинской экспертизы и региональным учреждением здравоохранения имеется прямая или скрытая подчиненность, что не позволяет проводить в бюро объективно комиссионные судебно-медицинские экспертизы по так называемым делам медицинского персонала. Нередко к этому апеллируют адвокаты, требуя не назначать подобные комиссионные судебно-медицинские экспертизы в местные региональные бюро. У следователя или судьи в данном случае есть несколько возможностей: назначить экспертизу в бюро другого региона либо прибегнуть к услугам так называемых независимых частных организаций и экспертов. В сложившейся ситуации суды и следственные органы вынуждены нести дополнительные финансовые издержки, оплачивая подобную работу экспертов, что также удлиняет и сроки проведения экспертиз и, соответственно, сроки расследования. В Следственном Комитете России поддерживается идея создания различных экспертных отделений в следственных управлениях. В частности в Следственном управлении Республики Татарстан руководителем генерал-лейтенантом П.М. Николаевым созданы экспертные отделения по следующим направлениям: молекулярно-генетические, фоноскопические, психофизиологические, оценочные (товароведческие), строительные, компьютерно-технические, судебно-экономические. Последним экспертным отделением, созданным в январе 2016 года стало отделение судебно-медицинских исследований. В отделении работают три сотрудника с высшим медицинским образованием, имеющих сертификаты специалистов по специальности «судебно-медицинская экспертиза».

Перед сотрудниками отделения поставлены следующие задачи: сопровождение судебно-медицинских экспертиз трупов, проводимых в бюро, сопровождение судебно-медицинских комиссионных и комплексных экспертиз на стадиях назначения (формулировка вопросов, подбор узких специалистов, помощь в определении необходимости выемки медицинской докумен-

тации и иных материалов). При необходимости в отделении самостоятельно проводятся комиссионные судебно-медицинские экспертизы по установлению причинно-следственных связей между дефектами оказания медицинской помощи и наступлением неблагоприятного исхода. По заданию следствия сотрудники отделения будут присутствовать при проведении судебно-медицинских экспертиз в отделах и отделениях бюро судебно-медицинской экспертизы, при производстве патологоанатомических исследований. Осуществляется аналитическая деятельность на улучшение взаимодействия сотрудников следственного комитета и территориального бюро судебно-медицинской экспертизы, а также медицинскими учреждениями. Важным направлением является обучение сотрудников СК по актуальным вопросам судебной медицины, а также поиск, анализ, изучение и внедрение новых методов и технологий, направленных на повышение доказательности и объективности заключений экспертов. Первые шаги сделаны.

Список литературы:

1. Кадочников Д.М. Судебно-медицинская процессуалистика: Монография // М.: Инфра-М, РИОР, 2016. С. 292.
2. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства РФ. 2001. № 23. Ст. 229.

Об авторе:

Спирidonov Валерий Александрович – заведующий кафедрой судебной медицины ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ» МЗ РФ; доктор медицинских наук, г. Казань. Руководитель отделения судебно-медицинских исследований экспертно-криминалистического отдела Следственного управления Следственного комитета РФ по Республике Татарстан, г. Казань, e-mail: vaspironov@yahoo.com

Valeriy Alexandrovich Spiridonov – associate Professor at the Department of forensic medicine of Kazan State Medical University; Ph.D in Medical Sciences, Kazan, Russia. Head of department of forensic investigations of the Investigative Department of the Investigative Committee RF in the Republic of Tatarstan, Kazan.

УДК 616-08-035(616-082)

Тимофеев И.В.

ПОКАЗАНИЕ К МЕДИЦИНСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ И ПОКАЗАННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ, ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ)

В статье обсуждаются терминологические, правовые и организационные вопросы применения в медицинской практике понятий «показание к медицинскому вмешательству» и «показанность медицинского вмешательства». Дана новая трактовка понятия «показанность медицинского вмешательства», обусловленная изменениями в законодательстве Российской Федерации.

Ключевые слова: показание, показанность, медицинское вмешательство.

Igor Timofeev

INDICATIONS FOR MEDICAL INTERVENTION AND POKAZANNOST FOR MEDICAL INTERVENTION (TERMINOLOGICAL, LEGAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS)

In the article are discussed terminological, legal and organizational issues of use in medical practice of the concepts «the indication to a medical intervention» and «pokazannost» of a medical intervention». The new interpretation is given of the concept «pokazannost of a medical intervention» caused by changes in the legislation of the Russian Federation.

Keywords: indication, pokazannost, medical intervention.

В медицине традиционно выбор решения о необходимости проведения (непроведения) пациенту медицинского вмешательства связывают с определением у него наличия (отсутствия) медицинских показаний для этого вмешательства.

В словарях дается различное толкование понятия «показание». Показание к вмешательству – данные, указывающие на необходимость или целесообразность применения какого-нибудь средства, действия (обычно в медицине), например, показанность к операции [1].

Показание – медицинское состояние организма или отдельный признак, указывающий на способ лечения. Показанность к операции [2].

Показание для медицинского вмешательства – это, как правило, патологическое состояние человека вследствие болезни или ее нозологических (греч. – *nozoi* – болезнь) эквивалентов (травмы, отравления), указывающее на необходимость (целесообразность) его проведения. Медицинское вмешательство признается непоказанным применительно к такому состоянию человека, при котором нет необходимости проведения этого медицинского вмешательства.

Показания к медицинскому вмешательству могут быть абсолютными и относительными.

Абсолютными показаниями для медицинского вмешательства являются те состояния, которые требуют обязательного проведения конкретного медицинского вмешательства.

К относительным показаниям для медицинского вмешательства относятся те состояния, которые не исключают возможность замены конкретного медицинского вмешательства другим.

Выделяют еще одну категорию показаний к медицинскому вмешательству – жизненные показания, – это состояния, требующие немедленного проведения конкретного медицинского вмешательства в связи с наличием непосредственной угрозы жизни пациента.

Противопоказанием для медицинского вмешательства является такое состояние, при котором применение конкретного медицинского вмешательства может принести больше вреда, чем пользы и которое, таким образом, выступает определенным запретом на применение конкретного медицинского вмешательства.

Противопоказания к медицинскому вмешательству также могут быть разделены на абсолютные и относительные. К абсолютным противопоказаниям, прежде всего, относят, например, болезнь в крайней тяжести состояния пациента в связи с обширной распространенностью патологического процесса, а также высокой степенью операционно-анестезиологического риска проведения медицинского вмешательства из-за опасности наступления летального исхода или инвалидизации. К относительным противопоказаниям можно отнести состояния, при которых применение медицинских вмешательств в данной медицинской организации имеет очень высокую степень операционно-анестезиологического риска ее проведения, но при его снижении с по-

мощью интенсивного лечения относительное противопоказание к медицинскому вмешательству может закончиться.

Медицинский работник для понимания имеется ли показание или противопоказание к медицинскому вмешательству должен знать не только общие закономерности, но и особенности характера течения, локализации главных патологических процессов (проявлений и осложнений основного заболевания), вызвавших ведущие расстройства здоровья человека. Именно наличие показаний, отсутствие показаний и противопоказаний служит важным основанием определения необходимости применения медицинских (профилактических, диагностических, лечебных или реабилитационных) вмешательств, т.е. делает обоснованным их применение, а в юридическом смысле, наряду с правильностью выполнения, является одним из факторов проведения признания качества медицинского вмешательства надлежащим.

В законодательстве РФ употребляется словосочетание «первоочередная необходимость». Так, в соответствии со ст. 2 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ основным заболеванием считается «заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость (выделено автором) оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти». По нашему убеждению, первоочередную необходимость в медицинской практике можно реализовать через определение понятия «показанности» медицинского вмешательства.

Показанность медицинского вмешательства – это важнейший интегральный показатель обоснованности в медицине, включающий в себя соотношение необходимых (целесообразных) действий и нуждаемость (показания) в них пациента в конкретный период времени. Сюда же, по нашему мнению, относится определение своевременности (т.е. необходимости действия в конкретный момент времени) оказания медицинской помощи, а также обязанности получения индивидуального добровольного согласия (ИДС).

Начиная с 1 января 2012 года, получение ИДС, в соответствии с частью 1 статьи 20 Федерального Закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ 323-ФЗ), является необходимым

предварительным условием медицинского вмешательства. Этим федеральным законом также определены случаи, когда медицинское вмешательство может быть проведено без ИДС (ч. 9 ст. 20 ФЗ 323-ФЗ) и этот перечень исчерпывающий.

Противопоказанностью медицинского вмешательства императивно признается показатель, при котором медицинское действие уже до начала его реализации, определяет крайне высокий риск развития неблагоприятных реакций и неблагоприятного исхода.

Организаторов здравоохранения, при проведении медико-организационных мероприятий в здравоохранении, а сотрудников судебных, следственных и надзорных органов в конкретном случае рассмотрения «медицинских» дел интересуют следующие положения:

1. Установление окончательного диагноза заболевания (травмы, отравления). Это является ключевым медико-юридическим актом.
2. Определение того, были ли медицинские действия (бездействия) показаны (необходимы) данному пациенту. Ответ на это положение определяет: показано или не показано, а в ряде случаев – противопоказано медицинское вмешательство (невмешательство).
3. Определение того, имелись ли нарушения (дефекты) оказания медицинской помощи, в том числе применение непоказанного или противопоказанного медицинского вмешательства.
4. Определение наличия или отсутствия причинной прямой или косвенной связи выявленного нарушения (дефекта) медицинской помощи с наступившим неблагоприятным исходом.

Отдельным стоит вопрос об использовании критерия показанности медицинского вмешательства для оценки качества медицинской помощи. На наш взгляд, этот критерий может заменить два критерия (п. 21 ст. 2 ФЗ 323-ФЗ): своевременность и правильность выбора медицинского вмешательства. При этом, если критерий показанности медицинского вмешательства будет дополнен критерием правильности выполнения медицинского вмешательства, то в сочетании с оценкой влияния (не влияния) на исход после медицинского вмешательства, эти три ключевых показателя (критерия) могут быть основой заключения специалистов о качестве

или некачественности медицинского вмешательства.

Таким образом, в связи с изменениями законодательства Российской Федерации понятия «показанность медицинского вмешательства» существенно изменилось за счет включения в него необходимости получения ИДС. И медицинское вмешательство не считается показанным, если надлежащим образом не получено ИДС.

Выводы:

1. Медицинское вмешательство должно выполняться только при наличии показаний.

2. Ожидаемый положительный эффект (польза) от медицинского вмешательства должен превышать возможный вред («лечение не должно быть тяжелее заболевания»).

3. Критерием показанности является определение того, что конкретное медицинское вмешательство является наиболее полезным и доступным для данной болезни (травмы, отравления) в данное время.

4. Исполнитель медицинского вмешательства должен иметь заключение о возможных (как положительных, так и отрицательных) эффектах вмешательства и вероятности ожидаемых изменений после него в конкретном случае, а также информировать об этом пациента в рамках получения ИДС.

Список литературы:

1. Ожегов С.И. и Н.Ю. Шведова. Толковый словарь русского языка. М., 2002. С. 549.
2. Современный толковый словарь русского языка / под ред. С.А. Кузнецова. СПб.: «Юринт», 2001. С. 561.

Об авторе:

Тимофеев Игорь Владимирович – Заслуженный работник Высшей школы РФ, доктор медицинских наук, профессор, судья Уставного Суда Санкт-Петербурга, юрист, 191124, Санкт-Петербург, Суворовский пр., д. 62, лит А, e-mail: nkrasikva@rambler.ru

Igor Timofeev – Honored Worker of Higher School, Doctor of Medical Sciences, professor, judge Charter Court of St. Petersburg, a lawyer, St. Petersburg

УДК 616-5-036.865

Файзуллина Е.В.

ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

В публикации представлены сведения, касающиеся проблемы этического-деонтологических взаимоотношений между пациентами дерматологических учреждений и врачами-специалистами-дерматовенерологами, изучены данные опроса пациентов и врачей.

Ключевые слова: этическое-деонтологические взаимоотношения между врачами и пациентами, дерматовенерологические больные.

Faizullina E. V.

ETHICAL AND DEONTOLOGICAL PROBLEMS IN DERMATOLOGY

In publication provides information related problems ethical and deontological mutual relations between patients and doctors-dermatologists, examined data from a survey of patients and doctors.

Keywords: ethical and deontological mutual relations, dermatological & STD patients.

Актуальность проблемы. Возникновение проблем этического характера у дерматовенерологических больных с обусловлено рядом основных положений. Во-первых, болезни кожи и инфекции, передающиеся половым путем, являются опасными в эпидемическом плане, и существует реальный риск возникновения болезней у окружающих людей. Во-вторых, заболевший человек попадает в состояние временной «изоляции» в плане контактов с окружающими. Он вынужден ограничивать себя в общении из-за боязни инфицирования или чувства внутреннего дискомфорта. В-третьих, возникшее временное или стойкое состояние неловкости, связанное с заболеванием, приводит к появлению внутреннего конфликта и формированию комплекса неполноценности, и как следствие, невротических расстройств. Основная (центральная) проблема этики в дерматовенерологии – проблема сохранения, соблюдения прав пациента на здоровье, на безопасные, отвечающие требованиям гигиены условия труда, социальные гарантии в случае возникновения заразной болезни, проблема сохранения, соблюдения прав пациента на здоровье, на безопасные, отвечающие требованиям гигиены условия труда, социальные гарантии в

случае возникновения заразной болезни. Проблемы этического характера в дерматологии, как и в медицине в целом, являются всеобъемлющими [1, 2, 3].

Цель: провести медико-социальное исследование изучения этико-деонтологических проблем в дерматовенерологии, у микологических (грибковых) пациентов, в частности. Результаты. По некоторым из утверждений, врачи (53%) и пациенты (55,2%) проявили единодушие в распределении мнений, считая, что онихомироз (грибковое поражение ногтевых пластинок), сильно ограничивает пациента в общении. Однако, когда разговор заходит о затратах на лечение и соответствии затрат ожидаемым результатам, мнения сторон расходятся. Так, с утверждением «затраты на лечение не оправдывают ожидание» согласны 37,4% пациентов и только 12,6% врачей. В то же время считают, что онихомироз плохо излечим до сих пор примерно равное количество лиц обеих групп – 34,5% и 38,5% врачей и пациентов соответственно. Это обусловлено, на наш взгляд, общеизвестной тенденцией неоднозначного отношения практикующих врачей-дерматовенерологов к проблеме онихомироза («плохо лечится», «дорого и неэффективно», «дерматология – это не только грибковые болезни») и ряд других устных утверждений. Не имели средств на приобретения лекарств более 2/3 опрошенных (76,5%). Не знали о том, что изменения на ногтях носят грибковый характер более половины 54% больных.

Основной причиной неудач в лечении онихомироза врачи усматривают в поздно начатой терапии и незнании пациента о болезнях ногтей – 88,8%.

При анализе результатов ответов на вопрос: «Можно ли больному с онихомирозом работать в сфере обслуживания (банных, прачечных)?», 38% больных ответило утвердительно, а 48% затруднились с ответом. Не видят угрозы для здоровья окружающих при работе с пищевыми продуктами более 89,3% больных онихомикозами; среди врачей этот показатель составил 40,2%. Интересно, что такой фактор как работа с землей не усматривается врачами в качестве причины онихомироза; 25,3% врачей ответило на этот вопрос как «не влияет», а затруднилось с ответом 34,5% дерматологов. Этот показатель был наиболее высоким

среди врачей, имеющих стаж работы по специальности до 5 лет (42,4% и 56,1% соответственно, $P < 0,05$). На вопрос о том, можно ли больным с онихомирозом работать с детьми, врачи и пациенты проявили солидарность – 74,9% больных и 87,4% врачей ответили «нельзя».

Выводы: основные направления решения этических проблем, возникающих в процессе лечения больных с дерматовенерологическими заболеваниями, микологии, в частности, как видится, должны быть следующими:

а) создание условий для ведения больного на различных этапах оказания медицинской помощи по схеме: участковый терапевт (хирург, профпатолог, другой «узкий» специалист) – дерматолог – миколог с использованием новейших диагностических и лечебных технологий;

б) планомерное проведение санитарно-просветительной работы с различными категориями граждан по профилактике микозов стоп и онихомикозов;

в) повышение квалификации врачей-интернов и ординаторов медицинских вузов на циклах по эпидемиологии, с чтением лекций по актуальным проблемам биомедицинской этики;

г) интенсивное обучение (всеобщ!) детей в детских дошкольных учреждениях и в школах на специальных гигиенических занятиях уходу за кожей и ногтевыми пластинками;

д) организация при крупных дерматологических учреждениях (республиканских, краевых, областных кожно-венерологических диспансерах, с участием кафедр вузов), как это принято за рубежом, этических комитетов для коллегиального решения спорных проблем этико-правового порядка.

Список литературы:

1. Гусейнов А.А. *Этика и мораль в современном мире // Этическая мысль: современные исследования.* М.: Прогресс-Традиция, 2009. 896 с.
2. Goodman Charles. *Consequences of Compassion: An interpretation and Defense of Buddhist Ethics.* Oxford: Oxford University Press, 2009. 250 p.
3. Portmore Douglas W. *Commonsense Consequentialism: Wherein Morality Meets Rationality.* New York: Oxford University Press, 2011. 266 p.

Об авторе:

Файзуллина Елена Владимировна – профессор кафедры дерматовенерологии Казанского государственного медицинского университета МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор, г. Казань, e-mail: elenafs@mail.ru

Faizullina Elena Vladimirovna – MD, PHD, Professor of the Department of Dermatology & STD Kazan State Medical University, Kazan.

© Файзуллина Е.В., 2016

УДК 614.253

Фарбер Е.В.

ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СЕГОДНЯ

В статье рассматриваются основные проблемы, возникающие при проведении медико-социальной экспертизы.

Ключевые слова: инвалидность, социальное обеспечение, медико-социальная экспертиза, Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации.

Farber Elena

CURRENT ETHICAL AND LEGAL ASPECTS OF THE MEDICO-SOCIAL EXAMINATION CARRYING OUT

In the article basic problems arising at carrying out of medico-social examination are discussed.

Keywords: disability, social welfare, medico-social expertise, The Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation.

Проблемы социальной справедливости в медицине – это одна из основополагающих проблем не только биоэтики, права и медицины, но и государства в целом.

Конституция Российской Федерации закрепляет, что Россия является социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека (ч. ст. 7) [1]. Каждому гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом (ч. 1 ст. 39). То есть согласно Конституции государство в случае болезни и инвалидности гарантирует гражданину социальное обеспечение.

Инвалидизация населения в разных странах колеблется от 2 до 25% от общей численности населения. Несмотря на то, что в Скандинавских странах количество инвалидов составляет около 20-25%, есть, так называемый, средний показатель по миру, установленный в пределах 10%. По данным Росстата в 2015 году общая численность инвалидов всех групп в России составляла 12 924 000 человек (примерно 8,8% от всего населения страны), в том числе 604 850 детей-инвалидов.

Тем не менее, в России число граждан, которым была впервые установлена инвалидность, с 2005 года сократилось в два раза с 1,8 млн человек в до 801 тыс. человек в 2014 году; только за два года число инвалидов в России сократилось на 270 тысяч человек – с 12,69 млн. в 2013 году до 12,42 млн. в 2015 году [2].

Дело в том, что Министерство труда в свое время «озаботилось» проблемой роста инвалидизации российских граждан, когда с 1995 года по 2005 год численность инвалидов увеличилась в два раза. Проблема была решена кардинально – изъятием полномочий медико-социальной экспертизы (МСЭ) у субъектов РФ и отнесением с 1 января 2005 года МСЭ к числу федеральных полномочий.

Хочется заметить, что в соответствии законом МСЭ проводится в целях определения потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма (ч. 1 ст. 66 федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ») [3]. Иначе говоря, задача МСЭ определить потребности пациента и в соответствии с ними назначить меры социальной защиты, наибольший набор которых предназначен инвалидам. Порядок и условия признания лица инвалидом в РФ утверждены постановлением Правительства РФ № 95 [4]. На 1 января 2015 г. средний размер пенсии по инвалидности составлял 10 824,5 рублей.

Однако федеральные учреждения МСЭ, похоже, не столько определяли потребности больных, сколько занимались планомерным сокращением численности инвалидов, отказывая больным не только в установлении или продлении инвалидности, но соответственно и в праве на льготы и бесплатное лекарственное обеспечение. Неэтичное отношение к инвалидам, занижение группы инвалидности или отказ в ее установлении, например, детям с инсулинозависимым диабетом, спровоцировали «шквал» жалоб от пациентов. Адвокат А.В. Саверский отмечал, что в 2015 году жалобы на предвзятое и равнодушное отношение экспертов МСЭ и на некорректное установление инвалидности занимали в «Лиге пациентов» первое место [5]. По данным управления Пре-

зидента РФ по работе с обращениями граждан и организаций за 2015 год президенту РФ поступило около 130 тыс. жалоб граждан на работу органов МСЭ, в том числе на установление групп инвалидности.

Так, «Лига пациентов» направила письмо в комиссию по социальной политике Общественной палаты РФ о том, что нынешняя работа системы МСЭ «приводит к массовому нарушению прав граждан, недоступности льготных лекарств и средств реабилитации, ухудшению здоровья детей и взрослых, преждевременным, предотвратимым смертям». Вопрос о проведении проверки по обращениям инвалидов был поставлен непосредственно перед Советом при правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере.

Нельзя не отметить, тот факт, что неэтичность и грубость экспертов реально имели место быть, так как в СМИ вышло большое количество статей с разъяснениями министра Министерства труда и социальной защиты РФ Топилина М.А. и его заместителей, о неприемлемости неэтичного отношения к инвалидам. Также министр заявлял, что в основе работы бюро МСЭ должен быть индивидуальный подход к человеку, что планируется сервис сделать более клиентоориентированным, а также проводить психологические и этические тренинги с экспертами [6]. Помимо этого министерство обещало провести мониторинг в отношении 2015 года, в первую очередь в отношении детей, у которых в течение 2015 года группа инвалидности была либо снята, либо не установлена при повторном освидетельствовании.

Критики самого приказа «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» [7] так и не последовало. Правда, министром было заявлено, что при издании нового приказа [8] будут учтены все предложения от руководителей главных бюро МСЭ по совершенствованию новых классификаций и критериев при установлении инвалидности [9].

Сегодня для определения групп инвалидности стала учитываться Международная классификация функционирования (МКФ), а не Международная классификация болезней (МКБ).

Предполагалось, что это позволит более точно установить степени ограничения и соответственно группу инвалидности, а также станет возможным разделение групп по видам патологий, когда рядом с группой будет стоять в буквенном выражении тип заболевания: патологии зрения, слуха, психические заболевания и так далее. Степени инвалидности определены в процентах, официально определены четыре степени устойчивых нарушений функций жизнедеятельности организма:

- ✓ Первая степень – это незначительные нарушения, определяемые в процентном отношении как 10-30%;
- ✓ Вторая степень – стойкие умеренные нарушения (в процентном отношении 40-60);
- ✓ Третья степень – выраженные нарушения (в процентном отношении 70-80);
- ✓ Четвертая степень – стойкие значительно выраженные нарушения (в процентном отношении это 90-100 %).

Согласно правилам если у заявителя обнаружен ряд стойких нарушений деятельности организма, то выбирается самое выраженное нарушение и дополнительно определяется степень влияния других нарушений на основное из них. Это делается для того, чтобы «поставить» процент, который возможно увеличить не более чем на 10 %. Для назначения третьей группы необходимо иметь два и более ограничений жизнедеятельности первой степени (частичная утрата в самообслуживании или в обучении или в трудовой деятельности и др.), а не одно, как было ранее. Сегодня подобные трудности испытывают инвалиды и в других странах, только им можно предоставить доказательства того, что болезнь повлияла на их качество жизни или что их уровень жизни существенно снизился, тогда вне зависимости присвоения инвалидности им полагаются определенный перечень и лекарственных средств, и льгот, и налоговых вычетов. Однако системой индивидуальной реабилитации пациенты, правозащитники, исследователи и волонтеры большинства стран, также как и в РФ, не довольны [10].

Получается, что, приводя в соответствие с международным законодательством освидетельствование инвалидов, РФ также как и европейские страны остались с недоработками в сфере реабилитации и назначения социальных льгот. Анализ сайтов глав-

ных бюро МСЭ на предмет открытости и доступности информации для граждан, наличия «горячей линии» и т.п. абсолютно не решает именно эту недоработанную проблему в сфере в медико-социальной защиты граждан. Также эту проблему не решит институт независимой медико-социальной экспертизы, решения которых в спорных случаях будут приниматься во внимание судом, поскольку, по словам заместителя министра Минтруда и соцзащиты РФ Г.Г. Лекарева, услуга эта будет платаная. Однако вопросы этичного отношения к пациентам данные меры Минтруда и соцзащиты РФ однозначно решат.

Список литературы:

1. Конституции Российской Федерации // URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 25.04.2016)
2. Минтруд против передачи органов медико-социальной экспертизы регионам / Информационное агентство России ТАСС // URL: <http://tass.ru/obschestvo/3193115> (дата обращения: 01.01.2016)
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 26.04.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 30.04.2016)
4. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 (ред. от 06.08.2015) «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016) // [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://base.consultant.ru> (дата обращения 14.03.2016)
5. Лига защитников пациентов // URL: <http://ligap.ru/> (дата обращения: 25.04.2016)
6. Смертин П. Минтруд планирует за два года кардинально улучшить работу медико-социальной экспертизы / Информационное агентство России ТАСС // URL: <http://tass.ru/obschestvo/2715322> (дата обращения: 01.01.2016)
7. Приказ Минтруда России от 29.09.2014 № 664н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.11.2014 N 34792) (утратил силу)
8. Приказ Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.01.2016 № 40650) // URL: <http://base.consultant.ru/> (дата обращения: 24.04.2016)

9. Прокофьев В. Топилин поручил помнить об этике при проведении экспертизы на инвалидность / Информационное агентство России ТАСС // URL: <http://tass.ru/obschestvo/3199303>
10. Hermann Finck, Reinhard W. Holl, Oliver Ebert. Die soziale Dimension des Diabetes mellitus. // Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes, 2015. S. 139-150.

Об авторе:

Фарбер Елена Владиславовна – юрист, ассистент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, г. Москва, e-mail: flame-738@mail.ru

Farber Elena V. – lawyer, assistant Professor of the medical law department at Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow.

© Фарбер Е.В., 2016

УДК 614.253.83

Фарбер Е.В., Алешина А.А.

ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ НЕОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ

В статье дается этическая и правовая оценка такому преступлению как неоказание помощи больному, а также рассматривается его состав и наступающие за данное преступление наказания.

Ключевые слова: неоказание помощи больному, этика, деонтология, вред здоровью, причинение смерти.

Farber Elena, Aleshina Alina

ETHICAL AND LEGAL ASPECTS OF NOT ASSISTANCE TO THE PATIENT

The article provides ethical and legal assessment of the crime as failure to assist a patient, as well as its composition and punishment coming over the crime.

Keywords: failure to render aid to the patient, ethics, deontology, damage to health, causing death.

В сфере медицинской деятельности, как это не печально, но происходили и происходят преступления. Для студентов первого курса, становится некоей неожиданностью имеющаяся в Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ) статья 124 «Неоказание помощи больному» [1]. Студенты недоумевают, как врач, который принес клятву Гиппократу, может не оказать помощь человеку, которому эта помощь необходима? К тому же, если подобная статья закреплена УК РФ, значит, это преступление совершается пусть не часто, но регулярно.

С точки зрения медицинской этики и деонтологии неоказание помощи больному абсолютно недопустимо, поэтому авторы полностью разделяют мнение профессора Ю.Д. Сергеева о том, что «каждое профессиональное преступление (особенно, неоказание или ненадлежащее оказание помощи больному) должно оцениваться медицинской общественностью как чрезвычайное происшествие» [2].

Статья 124 УК РФ «Неоказание помощи больному» находится в главе 16 УК РФ «Преступления против жизни и здоровья». Рассматриваемые преступления посягают на личность, представляющую собой не только чисто биологическое человеческое су-

щество, но и являющуюся создателем и носителем социальных ценностей, субъектом трудовой деятельности, общения и познания. Конституция РФ не проводит различия между понятиями «личность» и «человек», соответственно и УК РФ воспроизводит их как идентичные.

Видовым объектом этих преступлений выступает жизнь и здоровье человека. Находясь в главе преступлений против жизни и здоровья, ст. 124, по сути, объединяет в себе и преступление против здоровья, и преступление против жизни. Непосредственным объектом в ч. 1 ст. 124 УК РФ является здоровье, в ч. 2 ст. 124 УК РФ непосредственным объектом преступления может быть здоровье или (и) жизнь.

На законодательном уровне момент смерти человека определен как момент смерти его мозга или момент его биологической смерти (необратимой гибели человека). Смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех его функций, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких, устанавливаемом консилиумом врачей медицинской организации. В состав консилиума врачей должны быть включены анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы по специальности не менее чем пять лет [3].

Под вредом здоровью понимается нарушение анатомической целостности и физической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психических факторов внешней среды [4].

Объективная сторона преступления характеризуется деянием в форме бездействия (неоказание помощи больному), особой обстановкой совершения преступления (отсутствие уважительных причин неоказания помощи), последствием (причинение средней тяжести вреда здоровью больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, либо смерть больного) и причинной связью между общественно опасным деянием и общественно опасным последствием.

Под уважительными причинами, препятствующими оказанию помощи больному, принято считать непреодолимую силу (землетрясения, наводнения, обвалы, эпидемии и прочие стихийные бедствия, обстоятельства форс-мажора), крайнюю необ-

ходимость (занятость лечением другого, не менее тяжелого больного), болезнь самого врача, отсутствие транспортного средства для выезда к отдаленному месту происшествия, физическое или психическое принуждение. Не могут считаться уважительными такие причины как вызов в ночное или нерабочее время, нахождение на отдыхе и т.п. Установление уважительных причин производится в каждом конкретном случае.

Здесь необходимо отметить, что преступление признается оконченным с момента причинения средней тяжести либо тяжкого вреда здоровью больного либо его смерти. Т.е. согласно УК РФ не только сам факт неоказания помощи больному, но и наступление последствий в виде легкого вреда здоровью не влечет за собой уголовной ответственности.

Как квалифицирующее обстоятельство тяжесть причиненного вреда здоровью влияет на размер назначаемого наказания. Так, неоказание помощи больному, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до четырех месяцев. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, наказывается принудительными работами на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового либо лишением свободы на срок до четырех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Тяжесть причиненного вреда здоровью определяется согласно Медицинским критериям определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека [5]. В соответствии с Медицинскими критериями есть определенные признаки тяжкого вреда (конкретно названные в законе последствия; вред здоровью, опасный для жизни; значительная стойкая утрата общей трудоспособности (свыше 1/3); полная утрата профессиональной тру-

доспособности), вреда здоровью средней тяжести (вред здоровью, не опасный для жизни; длительное расстройство здоровья свыше 21 дня; вред, не повлекший последствий, указанных в ст. 111 УК РФ; незначительная стойкая утрата общей трудоспособности (менее 1/3)).

Субъект преступления специальный – лицо, достигшее возраста 16 лет, обязанное оказывать помощь в соответствии законом, договором или специальным правилом и имеющее возможность это сделать.

В первую очередь это работники системы здравоохранения (врачи, фельдшеры, медицинские сестры, акушерки, провизоры, фармацевты и др.).

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическим учреждением независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или специальному правилу. При угрозе жизни гражданина медицинские работники имеют право использовать бесплатно любой имеющийся вид транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение [6].

К субъектам преступления также можно отнести руководителей туристических групп, сиделок, людей, специально выделенных для оказания медицинской помощи во время туристических поездок, зимовок и т.д.

Субъективная сторона преступления характеризуется неосторожной формой вины по отношению к причинению средней тяжести вреда здоровью. Причем неосторожная форма вины в виде небрежности встречается довольно редко, поскольку медицинские работники, как правило, предвидят, к каким последствиям может привести неоказание помощи больному.

Авторы настоящей статьи считают, что неоказание помощи больному медицинским работником, не повлекшее средней тяжести или тяжкого вреда здоровью либо смерти, должно осу-

ждаться медицинским сообществом и наказываться, пускай, не как уголовное преступление, но как циничное нарушение биомедицинской этики, деонтологии и клятвы врача. Авторы также считают возможным предусмотреть за данное правонарушение гражданско-правовую или административную ответственность.

Список литературы:

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 30.03.2016) // URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 21.04.2016)
2. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебный комплекс: в 3 т. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2008.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 26.04.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 30.04.2016)
4. Постановление Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» // URL: <http://base.garant.ru/12155259/> (дата обращения: 28.04.2016)
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» // URL: <http://base.garant.ru/12162210/> (дата обращения: 1.05.2016)
6. Борзенков Г.Н. Квалификация преступлений против жизни и здоровья. М., 2005.

Об авторах:

Фарбер Елена Владиславовна – юрист, ассистент кафедры медицинского права Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, г. Москва, e-mail: flame-738@mail.ru

Алешина Алина Александровна – студентка 29 группы первого курса лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, г. Москва, e-mail: aaa2167@mail.ru

Farber Elena V. – lawyer, assistant Professor of the medical law department at Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow.

Aleshina Alina A. – a first-year student group 29 of the medical faculty of the Sechenov First Moscow state medical University, Moscow

УДК 614.253.83

Фокин М. М., Райтер М. Б., Желтков Д. А.

**КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ
В СВЯЗИ С ПРЕТЕНЗИЯМИ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ, ПРОВЕДЕННЫХ В ГУЗ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ
«БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» В 2011-2015 г.г.**

В статье проанализированы судебно-медицинские экспертные исследования в связи с дефектами оказания медицинской помощи, проведенные в Государственном учреждении здравоохранения Тульской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» в 2011-2015 годах. Актуальность настоящей темы продиктована как ростом общего числа подобных исследований, так и изменением структуры обращаемости в связи с дефектами оказания медицинской помощи. Авторы проанализировали количественные и качественные показатели, такие как: общее число экспертных исследований в связи с дефектами оказания медицинской помощи, их распределение по территориальному признаку, по видам процесса, по медицинским специальностям. Также проанализированы исходы гражданских процессов, сопровождавшихся проведением экспертных исследований в связи с дефектами оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, дефекты оказания медицинской помощи, гражданский процесс.

Michail M. Fokin, Marina B. Rayter, Denis A. Geltkov

**THE COMPLEX ANALYSIS OF THE FORENSIC MEDICAL
EXAMINATIONS DUE TO THE CLAIMS TO DELIVERY
OF HEALTH CARE WHICH ARE CARRIED OUT
IN PUBLIC HEALTHCARE INSTITUTION OF TULA REGION
«BUREAU OF THE FORENSIC MEDICAL EXAMINATION»**

In article are analysed medicolegal expert research in connection with defects of delivery of health care, carried out in State Healthcare Institution of Tula region «Bureau of a forensic medical examination» in 2011-2015. Relevance of the real subject is dictated both by growth of total number of similar researches, and change of structure of negotiability in connection with defects of delivery of health care. Authors have analysed quantitative and quality indicators, such as: total number of expert researches in connection with defects of delivery of health care, their distribution on territorial to a sign, by types of process, on medical specialties. The result of the civil processes which were followed by carrying out expert researches in connection with defects of delivery of health care is also analysed.

Keywords: forensic medical examination, defects of delivery of health care, civil process.

В последнее десятилетие как теоретическими исследователями, так и практикующими экспертами отмечается закономерный рост числа обращений в правоохранительные органы и суды в связи с дефектами оказания медицинской помощи. Вопрос обоснованности обращений остается открытым. Зачастую они носят характер «потребительского экстремизма», когда подобное обращение преследует цель возмещения затрат на лечение, упущенной выгоды и прочих косвенных потерь за счет лечебного учреждения. В ряде случаев первоначальной целью ставится получение выгоды любым способом, вне зависимости от качества оказанных медицинских услуг. Росту обращений в связи с дефектами оказания медицинской помощи также способствует изменение законодательства (принятие в 1996 г. нового Уголовного кодекса, в 2000 г. нового Гражданского кодекса; принятие ряда Федеральных законов, регламентирующих медицинскую деятельность), рост правосознания пациентов юристов, значительный общественный резонанс дел о правонарушениях медицинского персонала.

Одновременно с этим на протяжении истории новой России с 1993 г. (с момента принятия «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан») непрерывно идет процесс реформирования системы здравоохранения. Волнообразная реформация обновляет процесс оказания медицинской помощи, придавая ему разнообразные современные формы, такие как медицинское страхование, возмездное оказание медицинской помощи на основе гражданско-правового договора и другие. Одновременно с этим не стоит на месте развитие медицинской науки, появляются новые методы диагностики и лечения, зачастую инвазивные, связанные с прямым вмешательством в деятельность организма человека. Совокупность этих процессов на текущем этапе (становления) современной системы отечественного здравоохранения влечет за собой многократное увеличение как потенциальных, так и реальных случаев причинения вреда жизни и здоровью пациентов при оказании медицинской помощи.

В связи с большой практической значимостью вышеперечисленных аспектов авторами спланировано и проведено исследование, целью которого явился комплексный анализ судебно-меди-

цинских экспертиз, проведенных в рамках материалов проверок, гражданских и уголовных дел по дефектам оказания медицинской помощи.

Из архива ГУЗ Тульской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» производилась сплошная выборка экспертных исследований (заключений эксперта и актов судебно-медицинского исследования) по дефектам оказания медицинской помощи, проведенных в отделе сложных экспертиз в 2011-2015 годах. Также выполнялась выборка судебных актов – решений судов первой инстанции по гражданским делам в связи с дефектами оказания медицинской помощи, которые были получены из открытых источников – с официальных сайтов судебных органов Тульской области.

Выборка включила 121 экспертное исследование и 29 судебных актов (решений) по гражданским делам, кроме которых в ходе исследования было также проанализировано движение соответствующих дел по второй инстанции.

В ходе исследования были получены следующие данные. Всего за рассматриваемый период в отделе сложных экспертиз было проведено 901 экспертное исследование. По вопросам, связанным с дефектами оказания медицинской помощи, выполнено 121 исследование (13,4% от общего числа), из них 108 первичных исследований и 13 дополнительных. При этом выявлена следующая тенденция: отмечается рост как абсолютного числа экспертных исследований дефектов оказания медицинской помощи, так и их отношения к общему числу исследований в отделе сложных экспертиз Бюро.

Максимальный процент (с одновременным резким увеличением числа «врачебных» экспертиз практически вдвое к среднему показателю) отмечен в 2015 году.

Также установлено, что за рассматриваемый период было принято к производству, но в дальнейшем возвращено без исполнения 3 экспертных исследования, из них – единственное экспертное исследование в арбитражном процессе по профилю детская ортопедия (спор об использовании запатентованной методики лечения изменений при детском церебральном параличе).

Распределение экспертных исследований по территориальной принадлежности было произведено как в соотношении районов области с областным центром, так и по районам областного центра.

Максимальное количество исследований по территориальной принадлежности ожидаемо отмечено в Муниципальном образовании город Тула и Ленинский район; в то же время в районах области обратило на себя внимание преобладание дефектов оказания медицинской помощи в Щекинском районе – третьим по величине населения (после Новомосковского) и территориально граничащим с областным центром, общий объем анализируемых исследований составил здесь более 40% по отношению к соответствующему количеству в районах областного центра.

Таким образом, распределение дефектов оказания медицинской помощи по частоте в целом соответствует распределению населения с максимальными значениями в городе Тула и Ленинском районе, Щекинском районе и Новомосковском районе, которые (Новомосковский – совместно с Узловским, Кимовским и Донским районами) составляют три основные социальные и промышленные агломерации области.

При этом в Пролетарском районе, в котором отмечено максимальное число обращений в связи с дефектами оказания медицинской помощи, сконцентрировано большое число крупных лечебно-профилактических учреждений (областная больница, детская областная больница, областной онкологический диспансер, областной кожно-венерологический диспансер, областной перинатальный центр, три городские больницы, городская детская инфекционная больница).

При сравнении количества исследований, проведенных в связи с дефектами оказания медицинской помощи по различным медицинским специальностям, установлено, что наибольшее количество претензий имеет место в кардиологии (20 случаев), общей хирургии (15), травматологии и ортопедии (12) и акушерстве и гинекологии (11). Во вторую группу вошли стоматология (8), пульмонология (7), онкология и детские инфекции (по 6), а также анестезиология и реанимация с неврологией (по 5). По всем

прочим специальностям, соответственно – от 1 до 4 обращений в анализируемом периоде.

Общее число учтенных случаев обращения по различным специальностям отличается в большую сторону по сравнению с количеством экспертных исследований. Это обусловлено тем фактом, что значительное число экспертных исследований проводится по дефектам в нескольких, в том числе не смежных медицинских специальностях.

Таким образом, в анализируемом периоде усматривается рост абсолютного числа экспертных исследований по дефектам оказания медицинской помощи. При этом наибольший прирост отмечен среди экспертных исследований по материалам проверок, и, во вторую очередь – в рамках гражданских дел. Число уголовных «врачебных» дел относительно стабильно. Это свидетельствует о том, что увеличение материалов проверок практически не отражается на количестве возбужденных уголовных дел, сопровождаясь, однако, ростом числа дел гражданских. Это, по нашему мнению, подтверждает высказанный изначально тезис о «потребительском экстремизме» пациентов.

При анализе исходов гражданских дел в связи с дефектами оказания медицинской помощи установлено следующее. Из всего массива рассматриваемых в период 2011-2015 годы исков, в рамках производства по которым проводились судебно-медицинские экспертизы в связи с дефектами оказания медицинской помощи (28), были частично удовлетворены четыре (~14,3%) – два по профилю травматология-ортопедия и по одному – по профилям кардиология и стоматология. Один иск (~3,6%) был оставлен без рассмотрения, еще по одному (~3,6%) производство было прекращено, и один иск (~3,6%) на момент проведения исследования находился в процессе рассмотрения по существу (решение по делу не принято). Прочие иски (21) не удовлетворены в связи с не доказанностью основания (75%). Из числа не удовлетворенных исков было обжаловано 2 (~7,2% от общего числа и ~9,9% от числа отказов), в обоих случаях апелляционные инстанции оставили в силе ранее вынесенные решения.

Таким образом, нами сформировано комплексное представ-

ление о структуре экспертных исследований по дефектам оказания медицинской помощи в Тульской области.

В результате анализа полученных данных, сделаны следующие выводы:

- ✓ В анализируемом периоде (2011-2015 г.г.) отмечается рост обращений по дефектам оказания медицинской помощи, в основном в рамках материалов проверок, пропорционально которым растет число гражданских исков; количество уголовных дел при этом относительно стабильно.
- ✓ Максимальное количество обращений отмечается соответственно городским агломерациям и зависит, в том числе, от количества и уровня лечебных учреждений – при большом числе ЛПУ и их многопрофильности количество обращений в соответствующем районе увеличивается.
- ✓ В Тульской области преобладают претензии к качеству оказания медицинских услуг по хирургическим специальностям профилей общая хирургия, травматология и ортопедия, акушерство и гинекология, и терапевтической специальности профиля кардиология.
- ✓ В подавляющем большинстве случаев судом в процессе производства по гражданским искам принимается решение об отказе в удовлетворении исковых требований в связи с недоказанностью оснований исков. Обжалование решений в суде второй инстанции ведет к оставлению решений в силе. В случае принятия решений в пользу истца исковые требования удовлетворяются частично.

С учетом характера (сплошная) и объема выборки, а также продолжительности анализируемого временного периода, следует полагать настоящее исследование репрезентативным. Тем не менее, с учетом роста числа обращений в связи с дефектами оказания медицинской помощи, следует продолжать исследования данного вопроса – в первую очередь, в сравнительном аспекте с ситуацией в других субъектах РФ (с целью выявления региональной специфики).

УДК 617.52-089.844-007.76+343.296

Халявка Е.Д., Бобровская О.Н.

ПОРЯДОК ВОЗМЕЩЕНИЯ УБЫТКОВ ПРИ НЕПОПРАВИМОМ ОБЕЗОБРАЖИВАНИИ ЛИЦА В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОДТЯЖКЕ ЛИЦА

Врачебные ошибки пластических хирургов – причина непоправимого обезображивания лица. Пациент вправе потребовать компенсации ущерба, но медицинские учреждения отказывают в выплате средств, не признавая допущенных ошибок. Ситуация может быть иной: недовольный результатом проведенной услуги пациент симулирует обезображивание лица и обращается в суд за возмещением убытков. Безусловно, данная тема актуальна и требует тщательного рассмотрения.

Ключевые слова: ошибка, экспертиза, вред здоровью, компенсация.

Khalyavka E.D., Bobrovskaya O.N.

THE PROCEDURE FOR COMPENSATION OF LOSSES UPON THE IRREPARABLE DISFIGUREMENT OF THE FACE DURING THE SURGERY OF FACE LIFTING

Medical errors of plastic surgeons can cause irreparable disfigurement of the face. The patient has the right to demand compensation, but medical institutions refuse to pay, without acknowledging mistakes they have made. The situation, when the patient pretends as if he has irreparable disfigurement of the face can also happen. Certainly, this topic is relevant and requires careful consideration.

Keywords: mistake, expertise, health damage, compensation.

Установление признаков обезображивания лица проводится на основе судебно-медицинской экспертизы, исходя из общепринятых представлений о нормальном облике человека.

Судебно-медицинские эксперты трактуют непоправимое обезображивание лица, как тяжкое телесное повреждение, которое является непоправимым (то есть не подлежащим коррекции с течением времени или с помощью обычных методов лечения без хирургического вмешательства и проведения косметической операции), придающий лицу обезображенный, уродливый и отталкивающий вид [1].

Экспертизы проводятся комиссиями экспертов, которые являются врачами – специалистами в области пластической хирургии, имеющих значительный опыт экспертной работы, высокий

уровень профессиональной подготовки в данном вопросе [2]. Кроме того, эксперты предупреждаются об уголовной ответственности по ст. 307 УК РФ за дачу заведомо ложного заключения, ввиду чего, у суда нет оснований не доверять заключению экспертов.

Врач, причинивший вред здоровью средней тяжести и тяжкий вред будет привлечен к уголовной ответственности. В соответствии со ст. 118 УК РФ причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности влечет взимание штрафа/ ограничение свободы сроком до 4 лет/лишение права занимать некоторые должности и лишение свободы до года [3].

Кроме того, пострадавший имеет право подать гражданский иск в суд с просьбой компенсировать ущерб, причиненный пластическим хирургом

В силу ст. 1068 ГК РФ юридическое лицо возмещает вред, причиненный его работником при исполнении должностных обязанностей.

В соответствии со ст. 151 ГК РФ, если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания), суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации морального вреда. За причинение вреда здоровью гражданина, суд требует возмещения вреда в соответствии со ст. 1085 ГК РФ [4].

При разрешении споров, связанных с возмещением вреда здоровью причиненных гражданам и юридическим лицам нарушением их прав, необходимо иметь в виду, что в состав реального ущерба входят не только фактически понесенные соответствующим лицом расходы, но и расходы, которые это лицо должно будет произвести для восстановления нарушенного права (пункт 2 статьи 15 ГК). Необходимость таких расходов и их предполагаемый размер должны быть подтверждены обоснованным расчетом, доказательствами, в качестве которых могут быть представлены смета (калькуляция) затрат на устранение недостатков товаров, работ, услуг;

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 лица, которому причинен вред.

Для иллюстрации приведем примеры судебной практики, рассматривающие подобные случаи. При этом их коренным отличием, друг от друга является тот факт, что в одном случае, суд рассматривает дело в пользу потерпевшей после хирургического вмешательства стороны, а в другом потерпевшей стороной признается сама клиника пластической хирургии.

В первом случае пострадавший пациент, Агальцова Т.Л. 6 марта 2012 года обратилась в Октябрьский районный суд г. Новороссийска Краснодарского края с исковым заявлением к МБУ «Городская больница №1» о возмещении материального ущерба и компенсации морального вреда.

Истице была проведена подтяжка лица и фейс-лифтинг. Стоимость операции составила 130 000 рублей, данная сумма, по словам пострадавшей, была передана хирургу на руки, документов, подтверждающих факт передачи, не имеется.

В ходе восстановительного процесса после операции Агальцова Т.Л. поняла, что пластическая операция проведена некачественно и желаемый результат не достигнут, поэтому обратилась за консультацией в Краевой медицинский центр. Многочисленными осмотрами были выявлены:

1. на висках отсутствие волос (выраженные залысины, на правом виске над скуловой дугой углубление тканей и избыток тканей в области височной мышцы той же стороны;
2. слева – паралич I ветви лицевого нерва с опущением брови, парез II-III ветвей лицевого нерва с явлениями синкинезии;
3. глазные щели сужены, смыкание глаз не полное;
4. на животе – пупок в виде щели. Отмечаются: вертикальный рубец до лобка, лобок приподнят кверху. Горизонтальные рубцы идут вдоль паховых складок, и переходят на верхние отделы ягодиц – длина рубцов с каждой стороны 35-36 см. По результатам осмотра было рекомендовано оперативное лечение.

Для устранения дефектов пластической операции ей были выполнены многочисленные операции, устраняющие последствия хирургической ошибки.

Материальный ущерб, причиненный в результате некачественно проведенной пластической операции, состоит из расходов по проведению самой пластической операции, операций по исправлению дефектов этой операции, расходов на лекарственные препараты, обследований, сдачи анализов, проезда до места проведения операций и обратно,

Каких-либо объективных судебно-медицинских данных, свидетельствующих о том, что неблагоприятные последствия могли быть вызваны ненадлежащим уходом со стороны Агальцовой Т.Л. и невыполнением рекомендаций не было установлено.

В письменных возражениях ответчик указала, что исковые требования не признает, считает, что между истицей и лечащим врачом сложились гражданско-правовые отношения, соответственно требования должны быть предъявлены к нему. При этом горбольница не имела лицензии на проведение пластических операций и поручения хирургу на их проведение не давала. Проведение операции в рабочее время и в помещении горбольницы не свидетельствует об ответственности юридического лица за личные действия работников, не отнесенных к числу их обязанностей, и не обусловленных трудовым договором. Денежные средства не вносились в кассу больницы.

Рассмотрев дело по существу, суд счел, что утверждения ответчика о том, что между врачом-хирургом и Агальцовой Т.Л. сложились гражданско-правовые отношения по оказанию медицинских услуг, являются несостоятельными, обе пластические операции были проведены врачом в условиях стационара, с привлечением медицинского персонала, с использованием помещения, оборудования, лекарственных средств горбольницы, выписка была подписана заведующим отделением.

Таким образом, иск был удовлетворен, при этом суд снизил размеры моральной компенсации вреда до 70 тысяч рублей, а материальный ущерб был возмещен частично (из-за отсутствия документов, подтверждающих факт передачи средств за проводимую операцию) [5].

Во втором случае защита суда требовалась медицинскому учреждению, в ходе экспертизы был обнаружен пациент-симулянт. Дело № 33-18/2015 было рассмотрено в Омском областном суде 14 января 2015 года.

Пациентка, недовольная результатом операции, пыталась доказать признаки непоправимого обезображивания.

Однако рассмотрев дело по существу, суд пришел к выводу, что недостижение по результатам эстетической медицинской процедуры ожидаемого пациентом положительного эффекта не может свидетельствовать о ненадлежащем качестве медицинской услуги.

До проведения хирургических манипуляций, истец была ознакомлена со всей необходимой информацией об оказываемых медицинских услугах и последствиями послеоперационного периода.

Хирургическое вмешательство было проведено по инициативе самого истца, без соответствующих медицинских показаний. Более того, ожидаемый истцом эффект заранее предопределен быть не мог, поскольку фактический результат использованных методов косметологии зависит от конкретной клинической ситуации, примененных технологий, особенностей организма истцы. Кроме того, с видом процедур, объемами их предоставления, методикой их проведения истец была ознакомлена.

Из заключения судебно-медицинской экспертизы следует, что предпринятая операция была выполнена согласно существующим стандартам, разрезы проведены в типичных местах, клинических признаков грубых нарушений техники операции не выявлено.

При освидетельствовании истицы экспертной комиссией также отмечалось следующее:

1. При просьбе закрыть один глаз – команду выполнить не может, при этом гримасничает.
2. Во время разговора произвольно напрягает мышцы верхней губы справа. При просьбе улыбнуться левой или правой стороной вращает головой, двигает челюстью и напрягается, просьбы не выполняет.

3. При отвлечении от команд во время разговора лицо симметрично.
4. Нижние веки прикрывают нижний лимб роговицы на 1 мм, при этом правая бровь приподнята на 4 мм. При снижении самоконтроля бровь занимает симметричное положение, логофтальм исчезает, веки смыкаются полностью.
5. При просьбе изобразить отдельные движения мимическими мышцами отчетливо выявляется асимметрия, при выполнении тех же движений в отсутствии контроля со стороны пациентки движения симметричны.

При проведении исследования в распоряжение экспертов были предоставлены настоящее гражданское дело, медицинские карты З.Н., изучены протокол операции, послеоперационного течения и обследования пациентки.

На основе данных, предоставленных экспертами, суд принял решение отказать в выплате гражданке З.Н. денежной компенсации [6].

На основании всего сказанного выше мы можем говорить о следующем:

1. Непоправимое обезображивание лица устраняется только косметическим способом. Это тяжелое телесное повреждение уродует лицо, причиняет нравственные и физические страдания.
2. В ходе проведения судебно-медицинской экспертизы устанавливается, что повреждение неизгладимо или выявляется пациент-симулянт.
3. Существуют примеры, где защита суда требуется клинике.
4. Все функции и задачи врача-хирурга строго регламентированы.
5. При возмещении убытков судом учитываются фактически понесенные расходы и расходы, произведенные в процессе восстановления права, степень физических и нравственных страданий.

Таким образом, проблеме взыскания вреда при непоправимом обезображивании лица стоит уделить особое внимание, необходимо учитывать все нормативно-правовые акты, относящиеся к судебному разбирательству, привлекать высококвалифицированных сотрудников.

Список литературы:

1. <http://www.ronl.ru/referaty/gosudarstvo-pravo/294093/>
2. http://www.forens-med.ru/zakon/doc/rcsme/4_12_138.html
3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 01.05.2016) // Собрание законодательства РФ, 17.06.1996. № 25. Ст. 2954.
4. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 № 14-ФЗ (ред. от 29.06.2015) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2015) // Собрание законодательства РФ, 29.01.1996. № 5. Ст. 410.
5. Решение Октябрьского районного суда г. Новороссийска Краснодарского края по иску Агальцовой Т.Л. к МУБ Городская больница №1 о возмещении материального ущерба и взыскании морального вреда от 6 марта 2012 года.
6. Решение Омского областного суда от 14 января 2015 года по делу 33-8/2015 (33-8500/2014).

Об авторах:

Халявка Елена Дмитриевна – студентка 1 курса лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, г. Москва.

Бобровская Ольга Николаевна – к.ю.н., доцент, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, г. Москва, e-mail: uracadem@yandex.ru

Khalyavka Elena Dmitrievna – student of the medical faculty of the Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow.

Bobrovskaya Olga Nikolayevna – associate professor, PhD, Docent of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow.

© Халявка Е.Д., Бобровская О.Н., 2016

УДК 347.157.1+347.9+616-053.71

Хамитова Г.М.

ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ ЗАЩИТЫ ПРАВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА

Статья посвящена анализу различных способов судебной защиты несовершеннолетних пациентов: конституционного, в порядке гражданского, административного и уголовного судопроизводства.

Ключевые слова: несовершеннолетний пациент; медицинская помощь; конституционное судопроизводство; гражданское судопроизводство; административное судопроизводство; уголовное судопроизводство; органы опеки и попечительства.

Khamitova G.M.

PROBLEMS OF JUDICIAL PROTECTION OF THE RIGHTS OF THE MINOR PATIENT

The article is devoted to analysis of various methods of judicial protection of minor patients: the constitutional, civil, administrative and criminal proceedings.

Keywords: minor patient; medical aid; constitutional proceedings; civil proceedings; administrative proceedings; criminal proceedings; bodies of guardianship and guardianship.

Судебная защита прав граждан, в том числе пациентов, гарантируется каждому ч. 1 ст. 46 Конституции РФ. Данная конституционная норма сформулирована в соответствии с международными договорами, в том числе со ст. 6 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод от 4 ноября 1950 г. [1].

Несовершеннолетний пациент, реализуя конституционное право на судебную защиту, вправе воспользоваться несколькими способами. К способам судебной защиты прав и свобод следует отнести защиту в порядке конституционного, гражданского, административного и уголовного судопроизводства (ч. 2 ст. 118 Конституции РФ).

Конституционный Суд РФ, полномочия которого установлены Конституцией (ст. 125, ч. 3 ст. 100, ч. 1 ст. 104), Федеральным конституционным законом «О Конституционном Суде Российской Федерации» (ч. 3 ст. 128), занимает особое место в судебном механизме защиты прав всех пациентов.

Однако, вопрос эффективности применения защиты прав пациентов в порядке конституционного судопроизводства достаточно специфичен, поскольку само производство дел в Конституционном Суде РФ имеет ряд весьма примечательных особенностей.

В отличие от других судов Конституционный Суд РФ не рассматривает жалобы на неправильное применение закона, приводящее к ущемлению прав граждан, не разрешает гражданско-правовые споры и не рассматривает уголовные дела.

В настоящее время субъекты достаточно активно пользуются правом обращения за защитой своих прав в сфере охраны здоровья в Конституционный Суд РФ.

Так, например, в 2013 г. Кабинет Министров Республики Татарстан обратился с запросом в Конституционный Суд РФ о признании не соответствующими Конституции РФ положений Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а точнее п. 10 ч. 1 ст. 16, ч. 9 ст. 83. Конституционный Суд РФ, отказав в принятии к рассмотрению этого запроса в виду того, что оспариваемые законоположения не содержат неопределенности с точки зрения их соответствия Конституции РФ, в Определении Конституционного Суда РФ от 3 июля 2013 г. №1054-О [2] указал: «...случае недостаточности собственных средств для покрытия расходов на обеспечение лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности, субъекты Российской Федерации вправе рассчитывать на оказание им Российской Федерацией в той или иной форме финансовой помощи целевого характера». Тем самым, подтвердил право гражданки А.Ф. Давлетшиной на обеспечение лекарственным препаратом экулизумаб (солирис) для лечения заболевания, относящегося к числу редких (орфанных) заболеваний, субъектом РФ, а при недостаточности его средств – право рассчитывать на оказание лекарственной помощи Российской Федерацией в той или иной форме финансовой помощи целевого характера.

Другим действенным механизмом защиты прав несовершеннолетних пациентов в Российской Федерации является осуществление гражданского, административного и уголовного судопроизводства (ч. 2 ст. 118 Конституции РФ). Осуществление правосудия является исключительной функцией судебной власти, что закреплено в ст. 118 Конституции РФ.

Несовершеннолетние пациенты вправе самостоятельно или через своих законных представителей в судебном порядке требовать:

- ✓ компенсации морального вреда, причиненного необоснованным уклонением от оказания медицинской помощи несовершеннолетнему ребенку;
- ✓ взыскания в свою пользу расходов на лечение при причинении вреда здоровью ребенка в период прохождения лечения в медицинской организации;
- ✓ надлежащего оказания медицинских услуг в условиях амбулаторного или стационарного лечения;
- ✓ осуществления медицинского сопровождения ребенка, и др.

Хотя, как справедливо отмечается в правовой литературе, в частности Н.Н. Седовым и А.В. Кузнецовым, путем обращения к судебной защите невозможно отменить или отвергнуть все посяательства на жизнь и здоровье [3]. Тем не менее именно суд, как орган правосудия сможет установить истину, обеспечить возмещение причиненного вреда. Кроме того, обращение к судебной защите может быть вызвано не только стремлением защитить нарушенное право, но и оскорблением чувства справедливости, особой потребностью в справедливом разрешении дела [4].

За неочередное или ненадлежащее оказание медицинской помощи несовершеннолетнему лицу медицинские организации могут быть привлечены к административной, гражданско-правовой ответственности, а медицинские работники медицинских организаций – к уголовной, административной, дисциплинарной ответственности. Несовершеннолетние пациенты, в отношении которых выявлены нарушения прав пациентов, вправе не только в административном, но и в судебном порядке, требовать привлечения к ответственности виновных субъектов, и возмещения причиненного вреда.

Гражданская ответственность врачей и лечебных учреждений по возмещению ущерба, причиненного ими здоровью и жизни несовершеннолетних граждан, возникает, если доказаны:

- ✓ наличие причиненного ущерба;
- ✓ факт противоправных действий медицинских работников или медицинских учреждений;
- ✓ связь между совершенными противоправными действиями и причиненным ущербом (действия или бездействие должны быть оценены судом как причина ущерба, иногда это бывает сложно оценить);
- ✓ вина медицинских работников (умысел нанести вред или неосторожность) [5].

В суд за защитой прав несовершеннолетних пациентов вправе обратиться, как мы уже указывали, родители, органы опеки и попечительства, а также прокурор.

Права, свободы и законные интересы несовершеннолетних в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет, а также граждан, ограниченных в дееспособности, защищают в суде их законные представители – родители, усыновители или опекуны (ст. 37 Гражданского процессуального кодекса РФ).

Прокурор в порядке, установленном ст. 45 Гражданского процессуального кодекса РФ, вправе обратиться в суд с заявлением в защиту прав, свобод и законных интересов гражданина, если ребенок или его законные представители не могут сами обратиться в суд. Независимо от того, могут ли ребенок или его законные представители самостоятельно обратиться в суд, прокурор вправе обратиться в суд с заявлением, основанием которого является обращение к нему граждан о защите нарушенных или оспариваемых социальных прав, свобод и законных интересов в сфере защиты детства, охраны здоровья, включая медицинскую помощь [6].

Это значит, что прокурор вправе по своей инициативе обратиться за защитой прав пациента-ребенка, являющегося сиротой или оставленного без попечения родителей.

Согласно ст. 56 Гражданского процессуального кодекса РФ каждая сторона должна доказать те обстоятельства, на которые она ссылается как на основания своих требований и возражений,

если иное не предусмотрено федеральным законом. Однако на практике законные представители несовершеннолетнего пациента часто сталкиваются с проблемами доказывания вины медицинской организации, медицинских работников. Возможно это связано с бытующими мнениями, что «врачебная ошибка» или «медицинская ошибка» – это область не юридической, а биоэтической ответственности, а вопросами врачебных ошибок должны заниматься, прежде всего, специалисты-врачи самой высокой квалификации [7].

По мнению А.Ю. Буттаева, доказать вину медицинской организации в некачественном оказании медицинской помощи дело очень сложное, практически невозможное. В особенности затруднительна ситуация, когда врач предпринял неверные действия (бездействовал), поскольку не располагал необходимыми знаниями для правильных действий [8].

Кострова Н.М. и Е.С. Ващенко фактически придерживаются той же точки зрения. Как пишут исследователи, опыт судебной защиты пациентов показывает, что судом в качестве доказательств по делу достаточно легко признаются нормативные акты – постановления, приказы, инструкции, методические указания и рекомендации, письма Правительства Российской Федерации, Минздрава России и других ведомств. Однако стороне пациента не всегда легко удается убедить суд приобщить к материалам дела ряд иных письменных доказательств, а именно – описаний реальной медицинской деятельности.

С целью совершенствования механизмов оказания медицинской помощи несовершеннолетним, предоставления детям платных медицинских услуг медицинскими организациями полагаем своевременным разработку и принятие на уровне Правительства РФ Правил оказания медицинской помощи и предоставления платных медицинских услуг детям.

В связи с этим полагаем, что возможным законодательно закрепить систему ведения медицинской документации в электронном виде и полного доступа к ней пациентов в возрасте 14-18 лет, родителей и иных законных представителей несовершеннолетних, органов опеки и попечительства общественных организаций по заявлению несовершеннолетнего пациента.

В завершение отметим, что право на судебную защиту предполагает наличие конкретных гарантий, которые позволяли бы несовершеннолетнему пациенту реализовать его в полном объеме и обеспечить эффективное восстановление посредством правосудия, отвечающего требованиям справедливости.

Однако несмотря на то, что среди внутрисударственных средств защиты прав ведущую роль играют органы судебной власти, права пациентов-детей в силу закрытости системы здравоохранения и ограниченности оперативного получения информации о состоянии здоровья пациента не всегда представляется возможным восстановить и защитить в судебном порядке. С этой целью представляются актуальными разработка и принятие на уровне Правительства РФ Правил оказания медицинской помощи и предоставления платных медицинских услуг детям.

Список литературы:

1. Конвенция о защите прав человека и основных свобод (заключена в г. Риме 4 ноября 1950 г.) // Бюллетень международных договоров. 1998. № 7.
2. Определение Конституционного Суда РФ от 02 июля 2013 г. № 1054-О «Об отказе в принятии к рассмотрению запросов Кабинета Министров Республики Татарстан и Вахитовского районного суда города Казани о проверке конституционности пункта 10 части 1 статьи 16 и части 9 статьи 83 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Вестник Конституционного Суда РФ. 2014. № 2.
3. Седова Н.Н., Кузнецов А.В. Права пациентов в России – кто их защищает? // Социальное и пенсионное право. 2008. № 2. С. 25.
4. Кострова Н.М., Ващенко Е.С. Судебная защита прав пациентов // Юридический вестник ДГУ. 2012. № 3. С.91.
5. Кострова Н.М., Ващенко Е.С. Судебная защита прав пациентов // Юридический вестник ДГУ. 2012. № 3. С. 92.
6. Кострова Н.М., Ващенко Е.С. Судебная защита прав пациентов // Юридический вестник ДГУ. 2012. № 3. С.93.
7. Чехомова О.В. О проблемах формирования административной ответственности за нарушения прав пациента // Юрист-Правоведъ. 2010. № 3. С. 121.
8. Буттаев А.Ю. Права граждан в сфере медико-социальных услуг: практическое пособие. Махачкала, 2007. С. 134.

Об авторе:

Хамитова Гульнара Мулламуровна – ассистент кафедры биомедицинской этики, медицинского права и истории медицины Казанского государственного медицинского университета, г.Казань, e-mail: gulnarakgmu@mail.ru

Khamitova Gulnara Mullanurovna – assistant of the department of biomedical ethics, medical law and the history of medicine, Kazan state medical University, Kazan.

© Хамитова Г.М., 2016

УДК 614.255.14

Царева Е.А., Десятниченко К.Н.

ПРОБЛЕМАТИКА ПОЛУЧЕНИЯ РОДСТВЕННИКАМИ УМЕРШЕГО ПАЦИЕНТА ДОКУМЕНТОВ, СОДЕРЖАЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

Статья посвящена анализу существующих правовых механизмов получения родственниками умершего пациента медицинских документов, содержащих врачебную тайну, с учетом имеющейся судебной практики.

Ключевые слова: получение родственниками умершего пациента документов, содержащих врачебную тайну; письменное согласие; судебная практика.

Tsareva E.A., Desyatnichenko K.N.

PROBLEMS OBTAINING PATIENT RELATIVES DIE OF DOCUMENTS CONTAINING MEDICAL SECRECY

This article analyzes the existing legal mechanisms for obtaining the relatives of the deceased patient documents containing medical confidentiality, taking into account the relevant practice.

Keywords: relatives of the deceased patient receiving documents containing medical confidentiality; written agreement; arbitrage practice.

Не смотря на исчерпывающую формулировку части 2 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в настоящее время всё чаще появляется проблема истребования родственниками умерших у медицинских учреждений информации и документации, содержащей врачебную тайну.

Особенно остро «встаёт» данный вопрос при получении родственниками умершего страховой выплаты по случаю смерти.

Страховые организации, опираясь на часть 3 статьи 13 вышеназванного закона, в которой указано, что с письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях, получают указанное согласие.

При этом согласие пациента, данное медицинскому учреждению, которое должно храниться в медицинской карте пациента, о разглашении сведений составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти, в медицинском учреждении, в котором пациенту оказывалась медицинская помощь, отсутствует.

Страховая организация после смерти пациента направляет запросы о предоставлении информации содержащей сведения, составляющие врачебную тайну, в медицинское учреждение, прикладывая согласие пациента, дающее право только страховой компании разглашать сведения, составляющие врачебную тайну, зная, что медицинское учреждение не имеет законных оснований по предоставлению запрашиваемых сведений.

В силу правовой безграмотности некоторых медицинских учреждений страховым организациям нередко удается получить медицинские документы, содержащие врачебную тайну, благодаря подобным запросам с приложением письменного согласия пациента.

Следует помнить, что медицинскому учреждению, выдавшему документы, содержащие врачебную тайну, по подобному запросу может грозить административная, а должностным лицам административная и уголовная ответственность за разглашение сведений, составляющих врачебную тайну. В случае возможных судебных исков учреждение может понести серьезные финансовые убытки, если будет доказано, что указанные документы были предоставлены в отсутствие законных оснований.

В большинстве случаев на такой запрос страховые организации получают обоснованный отказ и с «чистой совестью» перекладывают бремя получения указанных документов на негодующих родственников умершего пациента.

Ситуация усугубляется также тем, что даже если пациент оставил при жизни доверенность своим родственникам на право получения сведений и (или) медицинской документации, то в соответствии с пунктом 5 части 1 статьи 188 Гражданского кодекса РФ она прекращает свое действие после его смерти.

Рассматривая данный аспект со стороны морали, ввиду отсутствия в действующем законодательстве оснований для удовлетворения вышеуказанных требований, суды в своих решениях зачастую приходят к странному выводу.

Как интересный пример можно привести решение суда города Тихорецк от 20 июня 2014 года (по делу 2-661/2014). В указанном решении суд пришел к выводам, что правоспособность гражданина прекращается с его смертью (часть 2 статьи 17 Гражданского кодекса Российской Федерации), после чего возникают наследственные правоотношения, связанные с переходом имущественных прав и обязанностей в порядке универсального правопреемства от наследодателя к наследникам. Смерть – это юридический факт, изменяющий правовой статус обладателя права на врачебную тайну.

Медицинская документация после смерти пациента продолжает оставаться носителем информации, собранной в установленном законом порядке при оказании медицинской помощи. Правоотношения по данному вопросу регулируются Федеральным законом от 27.07.06 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и защите информации» (далее – Закон № 149-ФЗ). Медицинское учреждение, храня медицинскую документацию, выступает в роли обладателя информации.

Статьей 6 Закона № 149-ФЗ установлено, что обладатель информации, если иное не предусмотрено федеральными законами, вправе: разрешать или ограничивать доступ к информации, определять порядок и условия такого доступа; использовать информацию, в т. ч. распространять ее по своему усмотрению; передавать информацию другим лицам по договору или на ином, установленном законом основании; осуществлять иные действия с информацией или разрешать осуществление таких действий.

Далее суд сделал вывод, что правореализация ограничивается наличием обязанностей и в настоящее время отсутствуют федеральные законы, ограничивающие доступ к сведениям, содержащим врачебную тайну умершего. При этом истец, будучи наследником, имеет право на использование сведений медицинского характера на тех же условиях и в том же объеме, что и наследодатель.

Документальное подтверждение родственных (семейных) отношений при истребовании копии медицинской документации умершего пациента влечет безусловную обязанность меди-

цинского учреждения ее выдать, причем в силу пункта 2 части 8 статьи 8 Закона № 149-ФЗ данная медицинская документация должна быть предоставлена бесплатно.

Таким образом, со смертью пациента информация о врачебной тайне, имеющей ранее ограниченный доступ, трансформируется в безусловную возможность получения такой информации родственниками умершего. Предоставление такой информации не является нарушением врачебной тайны ввиду отсутствия субъекта правоотношений, с ней связанных, и не влечет применения к медицинскому учреждению мер юридической ответственности.

Данная позиция суда являет собой пример довольно изолированной трактовки законодательства в пользу родственников умершего пациента.

Однако, в большинстве случаев, судам все-таки приходилось отказывать родственникам умершего пациента в их требованиях.

Итог в данном вопросе был подведен определением Конституционного Суда Российской Федерации от 9 июня 2015 года № 1275-О/2015, который рассмотрел вопрос о возможности родственников получить сведения, составляющие врачебную тайну, содержащихся в медицинских документах умершего и пришел к следующим выводам:

✓ Предусмотренный законодательством об охране здоровья особый порядок предоставления сведений, содержащих врачебную тайну, исключающий возможность ее получения по требованию третьих лиц и защищающий тем самым право каждого на тайну частной жизни (статья 24, часть 1, Конституции Российской Федерации), не препятствует участникам как уголовного, так и гражданского судопроизводства в соответствии с конституционным принципом состязательности и равноправия сторон реализовать свое право на защиту всеми способами, незапрещенными законом, в том числе путем заявления ходатайств об истребовании этой информации органами дознания и следствия, прокурором или судом, а отказ в удовлетворении таких ходатайств – не препятствует участникам уголовного и гражданского судопроизводства в дальнейшем повторно заявлять их в стадии судебного разбирательства, настаивать на проверке вышестоящими судебными инстанциями законности и обоснованности

решений, принятых как по этим ходатайствам, так и в целом по результатам рассмотрения дела.

✓ В случае, когда сведения о причине смерти и диагнозе заболевания пациента (заключение о причине смерти и диагнозе заболевания, выдаваемое родственникам в соответствии с частью 5 статьи 67 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ) доступны заинтересованному лицу в силу закона, сохранение в тайне от него информации о предпринятых мерах медицинского вмешательства, в частности о диагностике, лечении, назначенных медицинских препаратах, не может во всех случаях быть оправдано необходимостью защиты врачебной тайны, особенно с учетом мотивов и целей обращения за такими сведениями. В подобных ситуациях суд при осуществлении подготовки гражданского дела к разбирательству, правоохранительные органы – при решении вопроса о возбуждении уголовного дела, а прокурор – при проведении проверки в порядке надзора за соблюдением прав и свобод человека и гражданина могут на основе принципов соразмерности и справедливости принять решение о необходимости ознакомить заинтересованное лицо со сведениями, относящимися к истории болезни умершего пациента, в той мере, в какой это необходимо для эффективной защиты прав заявителя и прав умершего лица.

Так же Конституционный суд в вышеуказанном определении указал, что федеральный законодатель не лишен возможности в порядке совершенствования нормативно-правового регулирования в данной сфере предусмотреть конкретные правовые механизмы доступа к сведениям, составляющим врачебную тайну умершего лица, с учетом конституционных требований и сформулированных на их основании правовых позиций Конституционного Суда Российской Федерации с соблюдением разумного баланса прав и интересов всех субъектов соответствующих правоотношений. Однако, подобных механизмов на сегодняшний день так и не разработано.

На основании вышеизложенного, можно сделать вывод, что в настоящий момент необходима разработка и утверждение конкретных правовых механизмов доступа к сведениям, составляющим врачебную тайну умершего лица для исключения подобных исков со стороны родственников умершего пациента.

В роли такого правового механизма может выступить изменение федеральным законодателем порядка предоставления доступа к сведениям, составляющим врачебную тайну, например, закрепление за медицинским учреждением права выдавать документы содержащие врачебную тайну тем же лицам, на которых было оформлено согласие пациента при жизни, или введение исключения касательно действия нотариальной доверенности умершего человека в части получения документов содержащих врачебную тайну.

Список литературы:

1. *Гражданский кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 30.11.1994 № 51-ФЗ.*
2. *Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*
3. *Федеральный закон от 27.07.06 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и защите информации».*
4. *Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 9 июня 2015 года № 1275-О/2015.*
5. *Решение суда города Тихорецк от 20 июня 2014 года (по делу 2-661/2014).*

Об авторах:

Царева Елена Анатольевна – начальник юридического отдела Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», г. Самара, e-mail: e.tsareva@mail.ru

Десятниченко Кирилл Николаевич – ведущий юрисконсульт юридического отдела Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», г. Самара, e-mail: kirill_jod@mail.ru

Tsareva Elena Anatolievna – Head of the Legal Department of the State budget of health institutions «Samara Regional Clinical Oncology Dispensary», Samara.

Desyatnichenko Kirill Nikolaevich – Leading Lawyer of the legal department of the State budget of health institutions «Samara Regional Clinical Oncology Dispensary», Samara.

УДК [340+616-082](410)

Цыганова О.А., Никонов А.М.

СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, НЕСПОСОБНЫМ ВЫРАЗИТЬ СВОЮ ВОЛЮ, В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ ВЕЛИКОБРИТАНИИ

В статье представлен анализ законодательства Великобритании, регламентирующего получение и надлежащее оформление согласия на медицинское вмешательство лиц, не способных выразить свою волю.

Ключевые слова: добровольное информированное согласие; отказ от медицинского вмешательства; недееспособные пациенты; лица, не способные выразить свою волю.

Tsyganova Olga, Nikonov Anton

CONSENT TO MEDICAL INTERVENTION OF PERSONS UNABLE TO EXPRESS THEIR WILL IN LEGISLATION OF THE GREAT BRITAIN

The article deals with the analysis of the Great Britain legislation that regulates receiving and proper registration of consent to medical intervention of persons unable to express their will.

Keywords: voluntary informed consent; refusal of medical intervention; disabled patients; persons unable to express their will.

Проблема надлежащего оформления согласия на медицинскую помощь лицам, неспособным выразить свою волю, является сложной и не однозначной в законодательстве любой страны. При каких состояниях можно говорить об отсутствии у пациента способности самостоятельно принять решение в отношении медицинского вмешательства? Кто вправе принимать за пациента решения, касающиеся его лечения? Как поступать в случае с недееспособными гражданами? В данной статье нами проанализировано законодательство Великобритании относительно этих и других вопросов, возникающих при оказании медицинской помощи лицам, не способным выразить свою волю.

Неспособность выразить свою волю может наступить вследствие:

- ✓ паралича или травмы мозга;
- ✓ психических расстройств;
- ✓ деменции;

- ✓ неспособности к обучению;
- ✓ спутанности сознания, сонливости или потери сознания из-за болезни или лечения от неё;
- ✓ злоупотребления психоактивными веществами [1, с. 7].

Главным законом, регулирующим отношения к этим лицам в Англии и Уэльсе, является Закон о психической правоспособности (Mental Capacity Act) от 2005 года (далее – МСА). Типы решений, которые регулируются посредством МСА варьируются от самых элементарных (какую одежду надеть или что съесть) и до достаточно серьёзных (где жить, где и какую получать медицинскую помощь и как распоряжаться финансами и собственностью). Несмотря на это, существует ряд действий, на которые никто не может дать согласия от лица кого-либо. К таким действиям относятся женитьба или замужество, развод, усыновление и голосование [1, с. 8].

Ключевым моментом МСА является существование пяти основных принципов, которые должны всегда соблюдаться при работе с лицами, неспособными выразить свою волю:

1. Любой взрослый человек имеет право принимать решения самостоятельно и должно считаться, что он в состоянии это сделать, пока не доказано обратное.
2. Должна оказываться максимальная помощь людям в принятии самостоятельного решения до тех пор, пока не будет доказано, что они не могут принимать решения. Если даже установлено, что лицо неспособно выразить свою волю, следует вовлекать его в принятие решения настолько, насколько это возможно.
3. Люди имеют право принимать решения, которые другие могут посчитать необдуманными или поспешными. У каждого есть свои собственные убеждения, ценности и предпочтения, которые могут не совпадать с таковыми у других людей.
4. Что бы ни было сделано от имени лица, неспособного выразить свою волю, должно быть сделано в его лучших интересах.
5. Любое решение, принимаемое за лицо, неспособное выразить свою волю, должно в наименьшей степени ограничивать его права и свободы [1, с. 13].

Согласно требованиям МСА, если существует причина, по которой можно полагать, что пациент не может выразить свою волю, прежде всего, необходимо убедиться в следующем:

- ✓ Всё ли было сделано для того, чтобы помочь и поддержать пациента в принятии решения?
- ✓ Должно ли решение быть принято незамедлительно?

Если нет, то возможно ли подождать, пока пациент не сможет выразить согласие? Например, он не может принять решения из-за употребления медикаментов [1, с.16].

МСА даёт ясно понять, что оценка неспособности выразить свою волю у пациента, должна быть специфична в отношении каждого конкретного решения, то есть:

- ✓ оценка должна проводиться только в отношении конкретного решения в конкретное время, а не определённого круга решений;
- ✓ если кто-либо не может дать согласие на сложные решения, это не означает, что он не может давать согласие на простые решения;
- ✓ нельзя принимать решение о том, что лицо не способно выразить свою волю, в одиночку, основываясь на его возрасте, происхождении, состоянии или поведении [1, с. 18].

Чтобы определить неспособность пациента выразить свою волю, сначала надо убедиться, есть ли у него нарушение работы мозга или помутнение рассудка (при этом не имеет значения, является ли это состояние для пациента временным или постоянным).

Пациент будет считаться не способным принять решение, если после всей полученной надлежащей помощи и поддержки в принятии решения, он не может сделать следующих действий:

- ✓ понять информацию, относящуюся к принятию решения, включающую в себя осознание возможных последствий при согласии или отказе от лечения;
- ✓ запомнить эту информацию;
- ✓ использовать эту информацию в процессе принятия решения;
- ✓ сообщить о своём решении (посредством речи, языка жестов или другими способами) [1, с. 19].

Если пациент признан неспособным выразить свою волю, то любое действие или решение, сделанное от лица пациента, должно быть в его лучших интересах. При этом человеком, который должен принимать решения от лица пациента по вопросам оказания медицинской помощи (в отношении других вопросов ответственными будут другие лица), должен быть доктор или медицинская сестра.

МСА даёт перечень ключевых факторов, на которых необходимо основываться при определении лучших интересов больного:

- ✓ важно не делать предположений о лучших интересах больного, основываясь лишь на его возрасте, происхождении, состоянии или на каком-либо аспекте его поведения;
- ✓ принимающее решение лицо должно принимать во внимание все релевантные обстоятельства касаясь рассматриваемого вопроса;
- ✓ принимающее решение лицо должно учитывать вероятность восстановления способности выразить свою волю у пациента в ближайшем будущем и определить есть ли возможность подождать, пока данное решение не примет сам пациент;
- ✓ ответственное лицо должно максимально возможно вовлекать пациента в принятие решения;
- ✓ если вопрос касается предоставления или лишения поддерживающего жизнь лечения, то принимающее решение лицо ни в коем случае не должно руководствоваться желанием привести пациента к смерти;
- ✓ принимающее решение лицо должно принимать во внимание настоящие и прошлые желания и чувства пациента, а также убеждения и ценности (например, моральные, религиозные или культурные), которые вероятно могли бы повлиять на принятие решения;
- ✓ принимающее решение лицо должно считаться с мнением остальных о лучших интересах пациента, в особенности с теми, кого пациент называл лицом, к которому можно обратиться в случае консультации, лицами, осуществляемыми уход, близкими родственниками или друзьями, доверенными лицами, назначенные пациентом, или представителем, назначенным судом (Court of Protection) [1, с. 21-22].

Отдельно решается вопрос в отношении душевнобольных пациентов. Главным законом, регулирующим права этих пациентов, является Закон о психическом здоровье (Mental Health Act) от 1983 года (далее – МНА) [2]. В соответствии с МНА пациент может быть помещен в больницу против его желания, если у него есть психическое расстройство при определенных условиях. Этот закон даёт уполномоченному работнику в области психического здоровья право на подачу заявки на помещение такого пациента в лечебное учреждение, если он посчитает это необходимым и это обеспечит пациенту надлежащее лечение и уход. Уполномоченными работниками, согласно закону, могут являться медицинская сестра, социальный работник, врач или психолог, которые были наделены местными властями полномочиями реализовывать некоторые аспекты МНА. Прежде всего, уполномоченное лицо должно провести с пациентом беседу и удостовериться в том, что помещение в лечебное учреждение является наиболее оптимальным вариантом решения проблемы. Правом на подачу заявления на помещение в лечебное учреждение душевнобольного также обладает его родственник.

Таким образом, несмотря на детальную регламентацию ситуаций и состояний, позволяющих отнести пациента к категории лиц, не способных выразить свою волю в отношении медицинского вмешательства, основные субъекты принятия решений в британском и российском законодательстве едины: ими являются медицинские работники. Mental Capacity Act не предусматривает таких субъектов принятия решения как ответственное или доверенное лицо, опекун или близкий родственник, что отличает британское законодательство от законодательства других англоязычных стран.

Список литературы:

1. *The Mental Capacity Implementation Programme, Making decisions. A guide for people who work in health and social care/ Office of the Public Guardian 2009. С. 7 / URL: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents> (дата обращения 29.04.2016)*
2. *Department of Health, Mental Health Act 1983: Code of Practice/TSO (The Stationary Office) http://www.mentalhealthcare.org.uk/mental_health_act (дата обращения 29.04.2016).*

Об авторах:

Цыганова Ольга Альбертовна – д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск, e-mail: olgatsyganova13@gmail.com

Никонов Антон Михайлович – студент 2 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск, e-mail: boc@gmail.com

Tsyganova Olga A. – Professor, Department of Public Health, Healthcare and Social Work, State Budget Educational Institution of Higher Vocational Education «Northern State Medical University» of Ministry of Health of the Russian Federation, Arkhangelsk.

Nikonov Anton M. – II course student, General Medicine Faculty, State Budget Educational Institution of Higher Vocational Education «Northern State Medical University» of Ministry of Health of the Russian Federation, Arkhangelsk.

© Цыганова О.А., Никонов А.М., 2016

УДК [340+616-082](71)

Цыганова О.А., Ягнитева Л.А., Третьякова Я.А.

РЕГЛАМЕНТАЦИЯ СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ЛИЦ, НЕ СПОСОБНЫХ ВЫРАЗИТЬ СВОЮ ВОЛЮ, В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ КАНАДЫ

В статье представлен анализ законодательства Канады, регламентирующего согласие на медицинское вмешательство лиц, не способных выразить свою волю. Рассмотрены проблемы, возникающие при получении согласия у детей, недееспособных пациентов и лиц, не способных выразить свою волю в связи с тяжестью состояния с учетом судебной практики Канады.

Ключевые слова: добровольное информированное согласие; отказ от медицинского вмешательства; недееспособные пациенты; лица, не способные выразить свою волю.

Tsyganova Olga, Yagniteva Lada, Tretyakova Yana

REGULATION OF CONSENT TO MEDICAL INTERVENTION OF PERSONS UNABLE TO EXPRESS THEIR WILL IN LEGISLATION OF CANADA

The article deals with the analysis of Canada legislation regulating consent to medical intervention of persons unable to express their will. Problems appeared in receiving consent from children of disabled patients and persons unable to express their will due to severity of their condition and taking into account judicial practice of Canada Have been considered.

Keywords: voluntary informed consent; refusal of medical intervention; disabled patients; persons unable to express their will.

С появлением института добровольного информированного согласия пациента медицинские работники столкнулись с необходимостью детальной регламентации данной процедуры. Особенно сложными для практической реализации являются случаи получения согласия на медицинское вмешательство при оказании медицинской помощи детям, недееспособным и лицам, не способным выразить свою волю из-за тяжести состояния. Нормативная регламентация права на получение информации о состоянии здоровья существенно различается в разных странах. Нами предпринята попытка изучить нормативную регламентацию оказания медицинской помощи такой категории лиц в законодательстве Канады.

Канада – страна с англо-саксонской правовой системой, состоящая из десяти провинций и трех территорий. Общего закона, регламентирующего права пациентов в этой стране нет. Вместе с тем, существуют законы провинций, регламентирующие отдельные права граждан при получении медицинской помощи, такие как Закон о согласии на медицинское обслуживание Онтарио (Health Care Consent Act, 1996) (далее НССА) [5], Закон о психическом здоровье (Mental Health Act) [7], Закон о персонах, находящихся на иждивении (Substitute Decisions Act) [9].

Согласно НССА, пациент имеет право дать согласие на медицинское вмешательство или отказаться от него, если он способен выразить свою волю, а также понять и оценить последствия своего решения. Так, закон гласит: гражданин способен дать согласие на лечение или медицинский уход в случае, если он способен понять информацию, которая имеет отношение к принятию решения о лечении, госпитализации или медицинском уходе, а также в состоянии оценить обоснованно предсказуемые последствия своего согласия или отказа [5].

Правоприменительная практика Канады предусматривает два вида добровольного информированного согласия: подразумеваемое согласие и согласие, явно выраженное пациентом в устной или письменной форме. Значительная часть работы врача осуществляется на основе согласия, которое подразумевается либо словами или поведением пациента, либо обстоятельствами, при которых проводится лечение. Например, если пациент записался на прием к врачу, то его согласие на осмотр подразумевается. При этом во избежание недоразумений требуется явное согласие (в письменной или устной форме) на осмотр молочных желез, половых органов, прямой кишки. Вместе с тем, в специальной литературе [6] врачей предупреждают о том, что подразумеваемое согласие в некоторых случаях может стать предметом разногласий и врач, ограничиваясь данным видом согласия должен быть уверен в действиях пациента. Выраженное согласие в устной или письменной форме обязательно должно быть получено в случаях, когда лечение может быть болезненным, при наличии риска причинения вреда здоровью или лишения (ограничения) функций организма.

Общеизвестно, что до вступления в определенный возраст (определяется законодательством каждой страны) ребенок не может самостоятельно принимать решения в отношении своего здоровья, поэтому за него это делают законные представители (родители, опекуны). Установление нижней границы возраста ребенка, при котором он способен принять самостоятельное решение в отношении медицинского вмешательства в законодательстве Канады значительно отличается от российских подходов. Так, в случаях с детьми, установленный законом возраст постепенно стал малозначимым и хронологический возраст заменило понятие зрелости. В частности, определяющим фактором способности дать согласие на медицинское вмешательство стала степень зрелости, в соответствии с которой физическое, умственное и эмоциональное развитие ребенка позволит в полном объеме оценить характер и последствия предлагаемого лечения, в том числе и отказ от такой процедуры. Так называемый прецедент «Gillick» был создан в 1985 году в британской Палате лордов, в результате чего было принято решение о том, что лица младше 16 лет не могут быть отстранены от принятия решения в отношении своего здоровья лишь из-за недостижения определенного возраста [3]. Однако, не смотря на это, определение человека как «зрелого несовершеннолетнего» (посредством установления способности к согласию) является сложной проблемой в Канаде. В частности, признание согласия «зрелого несовершеннолетнего» может быть обычным явлением в некоторых медицинских ситуациях (при проведении аборта, медицинской помощи при травме или переливании крови после аварии), и в то же время отказ от медицинской помощи будет тщательно рассмотрен и проанализирован (например, отказ от переливания крови после автокатастрофы на основе религиозных верований). В настоящее время эта проблема (хорошо соглашаться, но не хорошо отказываться) достаточно актуальна и в этих случаях способность «зрелого несовершеннолетнего» к согласию часто подвергается сомнению. Особенно это касается решения о продолжении или прекращении жизненно необходимого лечения. В тех провинциях, где установлен фиксированный возраст, он колеблется от 14 лет в Квебеке до 16 лет в Нью-Брансуике. Для лиц, младше этого возраста на получение или отказ от медицинского вмешательства требуется согласие родителя или опекуна.

Каков механизм действий медицинских работников в случае, если пациент не способен выразить свою волю? Кто принимает решение в таком случае? Одним из возможных способов является предварительные указания пациента, которые еще называют «завещанием живого». Именно они будут определять объем медицинских вмешательств в отношении пациента, который оформил предварительные указания заранее, а в момент получения медицинской помощи не может выразить свою волю. Также предварительными указаниями может быть назначено доверенное лицо (лица), которое будет принимать решение о медицинском вмешательстве в интересах пациента. Если лечащий врач сомневается, что выбранное лицо действует в интересах пациента, решение принимает суд.

Если предварительные указания отсутствуют, то субъект, принимающий решение в отношении пациента, не способного выразить свою волю, различен в разных провинциях Канады. Это может быть суд или лицо, назначенное судом [1, 2]. Также это может быть семья или друзья пациента, особенно в ситуации необходимости оказания экстренной медицинской помощи. Ближе всего к российскому подходу находится законодательство штата Альберта [4], согласно которого при невозможности пациентом выразить свою волю и необходимости оказания экстренной медицинской помощи решение принимается после совместной консультации не менее двух врачей.

В отношении недееспособных лиц старше возраста психической зрелости, законодательство Канады схоже с российским. В обоих случаях недееспособное лицо может самостоятельно принимать решение о медицинском вмешательстве, если оно способно выразить свою волю. К категории «способный выразить свою волю» относится лицо, понимающее (после объяснений врача) смысл предлагаемого лечения, его последствия, риски и возможность отказаться от него. При этом «способный выразить свою волю» пациент может рассуждать и выражать свой выбор [3].

Оценка способности пациента выразить свою волю является задачей медицинских работников и зависит от их знаний и навыков. В некоторых регионах Канады (провинция Онтарио) законом о согласии на медицинское обслуживание [5] предусмотрено создание Совета из квалифицированных специалистов, в который

могут обратиться медицинские работники или пациенты при возникновении разногласий. В состав данного Совета входят психологи, юристы, медицинские работники. В других провинциях в спорных случаях прибегают к судебному разрешению разногласий.

Более детальные проблемы реализации права пациента, не способного выразить свою волю, на получение информации о своем здоровье, решаются в Канаде путем формирования судебной практики, которая впоследствии становится частью нормативно-правовой базы. Так, широкий резонанс получило судебное решение Верховного Суда Канады по иску Starson против Swayze [10].

Пациент защищал в суде свое право на отказ от медикаментозного лечения по поводу психического заболевания. По мнению лечащего врача, пациент не был способен понять вредные последствия отказа от своего лечения и оценить его риски и выгоды. Пациент признал, что у него есть проблемы с психическим здоровьем, но отказался принимать свое состояние как болезнь и принимать длительный курс специальной терапии. Суд решил, что пациент имел возможность и способность определять свое собственное лечение. По мнению суда, пациент, который принял проявления болезни, хотя и не окончательный диагноз, может отказаться от лечения, даже если этот отказ отрицательно повлияет на его состояние здоровья. Для принятия решения пациент должен быть способен понять информацию о лечении и оценить риски и выгоды. При этом пациент не обязан взвесить все преимущества должным образом и рационально.

Таким образом, не смотря на сложность данного вопроса и отсутствие единого нормативно-правового акта, действующего на территории всей Канады, можно выделить основные особенности принятия решения о проведении медицинской помощи людям, не способным выразить свою волю:

1. В отношении оказания медицинской помощи детям: степень психологической зрелости и, как следствие, готовность дать согласие/отказ на медицинское вмешательство, устанавливается специалистами или применяется законодательство провинции, где оказывается медицинская помощь. Во втором случае возраст, с которого ребенок может сам принять решение, устанавливается в диапазоне от 14 до 16 лет.

2. Если пациент заранее не назначил доверенное лицо, которое будет принимать за него решения в случае его неспособности выразить свою волю, то врач действует в согласии с семьей и в наилучших интересах больного. При наличии разногласий между позицией родственников и медицинских работников спор разрешается в судебном порядке.

Список литературы

1. *Access to Information Act*, R.S.C. 1985, c. A-1, (1985) /URL: <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/A-1/> (дата обращения: 22.04.2016).
2. *Care Consent Act*, S.Y. 2003, c. 21, Sch. B, (2003) /URL: <http://www.canlii.org/en/yk/laws/stat/sy-2003-c-21-sch-b/latest/sy-2003-c-21-sch-b.html> (дата обращения: 22.04.2016).
3. Dave Unger BA, MSc (Bioethics), MD, CCFP(C), FCFP, *The Canadian Bioethics Companion. Chapter 2: Caring for Patients* /URL: www.canadianbioethicscompanion.ca/the-canadian-bioethics-companion/chapter-2-the-doctor-patient-relationship/#_ENREF_3_22 (дата обращения: 22.04.2016).
4. *Dependent Adults Act*, R.S.A. 2000, c. D-11, (2000). /URL: <http://releve.canlii.org/en/ab/laws/stat/rsa-2000-c-d-11/latest/rsa-2000-c-d-11.html> (дата обращения: 22.04.2016).
5. *Health Care Consent Act*, 1996, SO 1996, c.2, Sched. A / URL: <https://www.ontario.ca/laws/statute/96h02> (дата обращения 22.04.2016).
6. Kenneth G. Evans, B.Sc., B.Ed., LLB, *Consent: A guide for Canadian physicians*, /URL: www.cmpa-acpm.ca/web/guest/-/consent-a-guide-for-canadian-physicians#capacity (дата обращения 22.04.2016).
7. *Mental Health Act*, RSO 1990, c. M.7/ URL: <https://www.ontario.ca/laws/statute/90m07> (дата обращения 22.04.2016).
8. *Privacy Act* (R.S.C., 1985, c. P-21) <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/P-21/> (дата обращения: 22.04.2016).
9. *Substitute Decisions Act*, 1992, SO 1992, c. 30/ URL: <https://www.ontario.ca/laws/statute/92s30> (дата обращения 22.04.2016).
10. *Starson V. Swayze*, 2003/ SCC 32 at paras 65-67 / URL: <http://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/2064/index.do> (дата обращения 22.04.2016).

Об авторах:

Цыганова Ольга Альбертовна – профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, e-mail: olgatsyganova13@gmail.com

Ягнитева Лада Алексеевна – студентка 2 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, e-mail: ladusyayagniteva@mail.ru

Третьякова Яна Александровна – студентка 2 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, e-mail: janatretjakova@mail.ru

Tsyganova Olga A. – Professor, Department of Public Health, Healthcare and Social Work, State Budget Educational Institution of Higher Vocational Education «Northern State Medical University» of Ministry of Health of the Russian Federation., Arkhangelsk.

Yagniteva Lada A. – II course student, General Medicine Faculty, State Budget Educational Institution of Higher Vocational Education «Northern State Medical University» of Ministry of Health of the Russian Federation, Arkhangelsk.

Tretyakova Yana A. – II course student, General Medicine Faculty, State Budget Educational Institution of Higher Vocational Education «Northern State Medical University» of Ministry of Health of the Russian Federation, Arkhangelsk.

© Цыганова О.А., Ягнитева Л.А., Третьякова Я.А., 2016

УДК [725.1:614.21(470.57)]:34

Шаяхметова А.Р.

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН КАК СУБЪЕКТ ПРАВА

Статья посвящена правовому положению НМП «Национальная медицинская палата Республики Башкортостан», его роли в становлении профессиональных медицинских сообществ в системе здравоохранения и реализации полномочий, делегированных ст. 76 «Об основах охраны здоровья граждан».

Ключевые слова: некоммерческое партнерство; профессиональное медицинское сообщество; аттестация; аккредитация.

Shayakhmetova A.R.

THE NATIONAL MEDICAL CHAMBER OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN AS THE SUBJECT OF LAW

The article is devoted to the legal status of non-profit partnership «The National Medical Chamber of the Republic of Bashkortostan», his role in the establishment of professional medical societies in the health system and the implementation of delegated powers of article 76 «On fundamentals of protection of citizens 'health».

Keywords: non-profit partnership; professional medical community; evaluation; accreditation.

Охрана здоровья – одно из приоритетных направлений социальной политики Российского государства. В рамках сложившейся структуры системы здравоохранения необходимо создание единого механизма правового регулирования, направленного на реализацию конституционных прав граждан на охрану здоровья и качественную медицинскую помощь. Одним из главных элементов системы здравоохранения является механизм взаимодействия и паритетного участия органов государственной власти, субъектов медицинской деятельности, а также профессиональных некоммерческих организаций, создаваемых медицинскими и фармацевтическими работниками.

С целью объединения всего профессионального медицинского сообщества Республики Башкортостан на принципах саморегулирования для совершенствования системы охраны здоровья граждан в 2010 году было создано Некоммерческое партнерство

«Национальная Медицинская Палата Республики Башкортостан» (далее Партнерство).

В соответствии с положениями Устава Партнерство объединяет как медицинских работников – физических лиц, так и юридических лиц (некоммерческие медицинские организации, общественные медицинские объединения, коммерческие медицинские организации), осуществляющих профессиональную деятельность в области медицины и здравоохранения.

Статья 76 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее – Основы) закрепляет право медицинских и фармацевтических работников, на создание на добровольной основе профессиональных некоммерческих организаций, которые могут формироваться в соответствии со следующими критериями:

1. принадлежности к медицинским работникам или фармацевтическим работникам (пример: Ассоциации и союзы медицинских работников);
2. принадлежности к профессии (пример: Ассоциации врачей, медицинских сестер (фельдшеров), провизоров, фармацевтов);
- 3) принадлежности к одной врачебной специальности (пример: Ассоциации хирургов, стоматологов, педиатров и др.) [1].

Право на осуществление ряда функций в сфере охраны здоровья имеют медицинские профессиональные некоммерческие организации, основанные на личном членстве врачей и объединяющие не менее 25 процентов от общей численности врачей на территории субъекта Российской Федерации.

Такой организацией, созданной в соответствии с требованиями действующего законодательства, является Партнерство (союз медицинских работников), в состав которого входит 20 профессиональных сообществ и 15 медицинских организаций государственной и частной форм собственности, общее количество членов которого составляет 8423 врача. По данным Госкомстата по состоянию на 31.12.2014г. численность врачей в Республике Башкортостан составила 17383 человек [2]. Кроме того, Партнерство соответствует критериям, утвержденным постановлением Правительства РФ от 10.09.2012 № 907 [3].

В рамках действующего законодательства, Партнерство вправе принимать участие по следующим направлениям:

1. Разработка норм и правил в сфере охраны здоровья и вопросов, связанных с их нарушением; разработка порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи; разработка и утверждение клинических рекомендаций (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Партнерство постоянно принимает активное участие в обсуждении проектов профессиональных стандартов, порядков оказания медицинской помощи и протоколов лечения с привлечением профессионального медицинского сообщества Республики Башкортостан. Предложения, изложенные в ходе обсуждений, направляются в Национальную медицинскую палату РФ.

Кроме того, Партнерство принимает участие в круглых столах, организуемых Национальной медицинской палатой РФ по обсуждению проектов нормативно-правовых актов с участием органов государственной власти.

Считаем, что в целях консолидации участников системы здравоохранения и плодотворного сотрудничества органов государственной власти и общественных организаций, необходимо включение членов профессиональных медицинских сообществ в Комитеты организации здравоохранения, участвующие в разработке проектов нормативной документации.

В рамках совершенствования нормативной базы для решения вопросов здравоохранения необходимо усилить взаимодействие органов законодательной и исполнительной власти с общественными организациями, привлекать представителей профессиональных медицинских организаций для обсуждения проектов нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения, чье профессиональное мнение в принципе необходимо для дальнейшего «вживления» законодательных проектов в жизнь.

Необходимо формировать протоколы лечения в тесной взаимосвязи с практическими врачами соответствующего профиля, работающими в медицинских организациях (в медицинских ассоциациях) в субъектах РФ. Данное взаимодействие может быть обеспечено путем создания рабочих групп по формированию проектов протоколов лечения в профессиональных некоммерче-

ских организациях, сформированных в соответствии с критерием принадлежности к одной врачебной специальности [4].

Представляется, что в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи и развития механизмов управления профессиональной медицинской деятельностью в регионах, необходим учет мнения региональных отделений при формировании кандидатур главных внештатных специалистов органа исполнительной власти субъекта, осуществляющего в пределах своей компетенции государственную политику в сфере здравоохранения. Кандидатуры должны представляться профессиональными некоммерческими организациями после обсуждения и согласования кандидатов профессиональным медицинским сообществом.

2. Партнёрство также вправе принимать участие в процессе заключения соглашений по тарифам на медицинские услуги в системе ОМС и в деятельности ФОМС; разработка территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

По мнению членов медицинского сообщества, медицинские профессиональные некоммерческие организации, должны в рамках своих полномочий, определенных законом, активно участвовать в формировании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в формировании договорных отношений в системе ОМС [4].

Партнерство на основании Соглашения о сотрудничестве осуществляет тесное взаимодействие с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан в рамках реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Башкортостан.

Кроме того, Партнерство осуществляет взаимодействие и со страховыми медицинскими организациями (СМО), медицинскими учреждениями, осуществляющими деятельность в рамках Территориальной программы ОМС, застрахованными гражданами; проводит совместную работу со СМО по обеспечению прав граждан в сфере ОМС, а также информированию граждан о порядке обеспечения и защиты их прав в соответ-

ствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

3. Аттестация медицинских и фармацевтических работников для получения ими квалификационных категорий и в проведении аккредитации специалистов; формирование аккредитационных комиссий и проведение аккредитации специалистов РФ.

В настоящее время идет становление данного направления как по России в целом, так и в рамках субъектов Федерации. По мнению большинства представителей медицинского сообщества, аттестация и аккредитация должны проходить с активным участием профессиональных сообществ.

Так, в рамках активизации работы по переходу к постоянному послевузовскому образованию проектом приказа Министерства здравоохранения

РФ «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» предусмотрено, что в состав аккредитационной комиссии на паритетных началах включаются представители профессиональных некоммерческих организаций наряду с органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья и образовательными и научными организациями. Председатель аккредитационной комиссии назначается из числа представителей профессиональных некоммерческих организаций, указанных в части 3 статьи 76 Федерального закона № 323-ФЗ [5].

Таким образом, государством сделан большой шаг на законодательном уровне в сторону профессиональных медицинских сообществ, путем признания их полноценными участниками системы здравоохранения в сфере аттестации и аккредитации медицинских работников.

4. Разработка программ подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников.

Партнерством создан Комитет по непрерывному последипломному образованию, целью которого является образовательная деятельность в области дополнительного медицинского образования, повышения квалификации, профессиональной переподготовки в различных областях управленческого менеджмента в здравоохранении, так и применительно к различным врачебным специальностям путем непрерывного обучения управленцев

здравоохранения и врачей-клиницистов; внедрение программ дистанционного последиplomного образования и непрерывного обучения управленческих кадров для рынка медицинских услуг.

В целях повышения квалификации медработников и внедрения непрерывного медицинского образования Партнерством создан Институт непрерывного профессионального последиplomного медицинского образования.

Институт проводит циклы образовательных мероприятий по актуальным проблемам медицинской деятельности. Обучение проводится очно – заочно (с частичным отрывом от работы) с применением дистанционных образовательных технологий. По окончании обучения выдается документ установленного образца.

Кроме того, Партнерство реализуется Институт наставничества – оказание помощи медицинским работникам, впервые принятым или назначенным в порядке должностного роста в их профессиональном становлении, приобретении профессиональных навыков выполнения служебных обязанностей, адаптации в коллективе, а также воспитании дисциплины.

Также, хотелось бы отметить, что в целях защиты интересов своих членов при Партнерстве создан Правовой комитет, имеющий в своей структуре Третейский суд как механизм оперативно-го и квалифицированного разрешения споров, возникающих как в сфере медицины (лечение), так и в сфере здравоохранения (ОЗ, хозяйство, кадры и т.п.); Центр медиации – цель которого, досудебное урегулирование конфликтов между врачом и пациентом; Центр независимой экспертизы качества – проведение независимой и негосударственной медицинской экспертизы на досудебном уровне или по решению суда при возникновении страхового случая. Возможность проведения независимого, всестороннего, комплексного исследования любого клинического случая с привлечением высококвалифицированных специалистов.

Таким образом, Национальная медицинская палата Республики Башкортостан призвана объединить усилия профессионального медицинского сообщества региона в целях решения наиболее актуальных вопросов медицинской отрасли для обеспечения и защиты прав граждан и юридических лиц в сфере здравоохранения на доступную и качественную медицинскую помощь.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 26.04.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2011. № 48. Ст. 6724.
2. Численность врачей всех специальностей (физических лиц) на конец 2014 года, Республика Башкортостан. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. Центральная база статистических данных. URL: <http://www.gks.ru/dbscripts/cbsd/DBInet.cgi>. (дата обращения: 05.05.2016).
3. Постановление Правительства РФ от 10.09.2012 № 907 «Об утверждении критериев, при соответствии которым медицинским профессиональным некоммерческим организациям может быть передано осуществление отдельных функций в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2012. № 38. Ст. 5119.
4. Александрова О.Ю., Савзян Г.Г., Нерсисян М.Ю. Возможности защиты врача со стороны профессиональных некоммерческих организаций медицинских работников при оказании медицинской помощи за пределами стандарта медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2013. № 9-10. С. 20-27.
5. Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов». Федеральный портал проектов нормативных правовых актов. URL: <http://regulation.gov.ru/projects#npr=41378>. (дата обращения: 05.05.2016).

Об авторе:

Шаяхметова Алина Римовна – помощник президента по правовым вопросам Некоммерческого партнерства «Национальная медицинская палата Республики Башкортостан»; доцент кафедры предпринимательского и финансового права Башкирской академии государственной службы и управления при Главе Республики Башкортостан, кандидат юридических наук, г. Уфа, e-mail: alinashr@yandex.ru

Shayakhmetova Alina Rimovna – assistant to the President for legal affairs of the Nonprofit partnership «The National Medical Chamber of the Republic of Bashkortostan», associate professor at the department of business and financial law Bashkir Academy of Public Administration and Management under the Head of the Republic of Bashkortostan, candidate of juridical sciences, Ufa.

УДК 616-082:614.253.83

Щербаков В.А.

ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАНЕСЕНИЯ УЩЕРБА ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ

Статья посвящена этическим и правовым проблемам нанесения ущерба здоровью пациента при медицинском вмешательстве.

Ключевые слова: этические проблемы, правовые проблемы, нанесение ущерба здоровью пациента, медицинское вмешательство.

Shcherbakov V.A.

ETHICAL AND LEGAL PROBLEMS OF DAMAGE TO HEALTHY PATIENTS MEDICAL INTERVENTION

The article is devoted to the ethical and legal problems of patient's health damage during the process of medical care provision.

Keywords: ethical problems; legal problems; patient's health damage; medical care.

Основными задачами отечественной системы здравоохранения на современном этапе её развития являются обеспечение качества и безопасности медицинской помощи, поэтому особое внимание уделяется проблемам нанесения ущерба здоровью пациента при медицинском вмешательстве – как этическим, так и правовым.

Одной из важных составляющих в процессе оказания медицинской помощи является предупреждение возможного развития ятрогенных заболеваний. Понятие «ятрогении» объединяет разнообразие неблагоприятных для пациентов медицинских воздействий на пациента (ухудшение состояния здоровья, инвалидность, смерть). Они могут привести к медицинским и экономическим последствиям: длительной утрате здоровья и инвалидизации; увеличению показателей заболеваемости, летальности и смертности; увеличению стоимости лечения и ухода; снижению трудоспособности и трудовым потерям; затратам на социальное обеспечение. Немаловажны также и социальные последствия ятрогений: снижение авторитета медицины, недоверие врачам; обращение к альтернативным источникам лечения, а также возрастание количества жалоб и исков от пациентов в различные инстанции на действия медицинских работников [3, с. 4].

Каждый пациент, который обращается за помощью в медицинское учреждение, испытывает противоречивые чувства. Существует мнение, что больные глубоко верят в силу медицины, доверяют квалификации врача, его знаниям и опыту, и признают высокий уровень его ответственности. В то же время, у них может возникнуть вызванное личным опытом или общением с другими больными, знакомыми, родственниками чувство неуверенности в том, что после оказания медицинской помощи наступит избавление от болезни или улучшение состояния, а врачи в полной мере проявят свои профессиональные и нравственные качества.

Медицинские работники несут ответственность, в том числе и моральную, которая имеет большое значение в профессии медицинского работника. Невозможность охвата государственным регулированием значительных сфер медицинской деятельности обуславливает высокую значимость кодексов профессиональной этики. Нарушение норм медицинской этики приводит, как правило, к возникновению моральной ответственности, которая может выражаться в личных переживаниях медицинского работника, связанных с совершением им неподобающего поступка, а также в осуждении его коллегами и обществом в целом. В некоторых случаях моральный проступок служит основанием для возникновения юридической ответственности, чаще всего – дисциплинарного взыскания [2, с. 57].

В зарубежных этических кодексах профессионального поведения медиков прописаны нормы, декларирующие необходимость признавать случаи нанесения ущерба здоровью пациента при оказании медицинской помощи. В «Этическом кодексе российского врача» (1994) обозначено, что профессиональная компетентность подразумевает, в том числе, способность признавать и исправлять собственные ошибки. Там же подчёркивается недопустимость причинения вреда пациенту (как намеренного, так и по небрежности) и безучастного отношения к действиям иных лиц, наносящих такой вред [10]. В «Этическом кодексе врача Республики Татарстан» (2013) проблема неблагоприятного исхода при оказании медицинской помощи не упоминается [9].

Правовые вопросы, возникающие вследствие нанесения ущерба здоровью пациента при медицинском вмешательстве, во многом об-

условлены неточной терминологией, использующейся в современной медицинской и юридической литературе. Понятия «врачебная (медицинская) ошибка», «дефект оказания медицинской помощи», «ятрогенная», «несчастный случай» интерпретируются неоднозначно, что не позволяет сформировать единый подход к их пониманию, и не способствует разработке эффективных мероприятий по снижению количества случаев нанесения ущерба здоровью пациента.

Отсутствие системного анализа проблемы нанесения ущерба здоровью пациента при медицинском вмешательстве не дает возможности чётко разграничить субъекты ответственности. В медицинской сфере (конкретно в ее правовых и этических нормах), а также в общественном сознании существует неопределённость в терминологии, определяющей понятие «нанесение ущерба здоровью пациента при медицинском вмешательстве». Имеются также определенные сложности при выявлении самих случаев нанесения ущерба здоровью пациента при медицинском вмешательстве, поскольку официальные статистические данные не публикуются, а медицинские работники редко сообщают о них коллегам и пациентам. С одной стороны, это связано с восприятием данных случаев окружающими как проявлений невежества, халатности и непрофессионализма, а с другой, с тем, что основным способом устранения дефектов в работе медицинских организаций вплоть до настоящего времени являются порицание и наказание медицинских работников. Таким образом, информация о нежелательных или неблагоприятных последствиях медицинской помощи становится «закрытой», недоступной для разработки мероприятий по укреплению ее безопасности [7, с. 20].

В рамках изучения этических и правовых проблем нанесения ущерба здоровью пациента при медицинском вмешательстве нами проведено анонимное анкетирование 400 врачей различных специальностей (участковые врачи, врачи общей практики, терапевты, хирурги и др.). Анализ результатов опроса выявил, что лишь 54,8% респондентов считают, что врач должен нести ответственность за врачебные ошибки. По их мнению, она должна быть дисциплинарной (25%), моральной (22%) или административной (20,8%). Однако подчёркиваем, что, исходя из определения врачебной ошибки как неправильного действия или бездей-

ствия медицинского работника при его добросовестном отношении к своим профессиональным обязанностям (т.е. без элементов халатности, небрежности и профессиональной неграмотности) [1, с. 17; 4, с. 13], ответственность может быть только моральной.

Ущерб здоровью пациента при медицинском вмешательстве может быть также причинен в результате ситуации, квалифицируемой как «неблагоприятный исход» или «несчастный случай», т.е. аномалии в клинической практике, когда медицинский работник делал всё *lege artis* («по всем правилам искусства», т.е. как положено, правильно) и никак не мог предвидеть, а тем более предотвратить такой ущерб. Несчастный случай не зависит от чьих-либо упущений и ошибок, может возникнуть вследствие особых трудностей [5, с. 18]. Поэтому мы поставили перед собой задачу выяснить сталкивались ли врачи с действиями, расцененными как несчастный случай в медицине. Половина опрошенных на поставленный нами вопрос дали отрицательный ответ. Мнения врачей о том, должны ли они нести ответственность за нанесение ущерба здоровью пациента вследствие неблагоприятного исхода или несчастного случая, распределились следующим образом: 41,2% – «не должны», 8,8% – «должны», 50% затруднились ответить. Такие результаты являются свидетельством того, что в своём большинстве врачи не знакомы с этим понятием.

Ятрогенные последствия могут возникнуть как при добросовестном, так и при недобросовестном отношении медицинского работника к своим профессиональным обязанностям, случаи которого, по данным анкетирования, отмечали в своей деятельности 12,7% врачей, со стороны коллег – 52,8%. Эти действия (или бездействия), в том числе, могут быть квалифицированы как профессиональные преступления, под которыми понимаются профессиональные или профессионально-должностные деяния, содержащие признаки какого-либо преступления, предусмотренного Уголовным кодексом (УК), представляющие общественную опасность [8, с. 226]. Результаты исследования показали, что только каждый третий врач (30%) признаёт уголовную ответственность за профессиональные преступления, что свидетельствует об их недостаточной информированности, так как само понятие преступления предполагает ответственность, предусмотренную УК.

С целью изучения этической стороны проблемы нанесения ущерба здоровью пациента при медицинском вмешательстве нами также были проанализированы жалобы населения в Министерство здравоохранения Республики Татарстан за период с 2005 по 2014 г. Общее количество жалоб составило 1638, из них на нарушения этики и деонтологии со стороны медицинских работников при оказании медицинской помощи – 108 (6,6% от общего количества жалоб). Действия медицинских работников, расцененные пациентами как этико-деонтологические нарушения (грубое и невежливое отношение врачей к пациентам, невнимательность медицинского персонала и др.) вызвали наибольшее нареkanie в 2014 г. с показателем в 9,6 случаев на 1000 населения (34% от общего количества жалоб за этот год), наименьшее число отмечено в 2007 г. – 0,5 (0,9%).

Этические и правовые аспекты оказания медицинской помощи в настоящее время приобретают особую актуальность. Нами установлено, что у большинства врачей отсутствует правильное понимание терминологии в области правовой оценки действий, при которых возникает нанесение ущерба здоровью пациента. Часто они затрудняются определить меру ответственности. Это ещё раз подтверждает важность формирования у врачей такой общепрофессиональной компетенции, как способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок. Растёт количество пациентов, обращающихся с жалобами на непрофессиональное поведение медицинских работников, допускающих нарушение этических принципов взаимоотношений «врач – пациент». Это нашло отражение в новом Федеральном государственном образовательном стандарте высшего образования (ФГОС ВО 3+, 2016), в частности, по специальности «Лечебное дело»: выпускник «должен обладать способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности» (ОПК-4) и «анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок» (ОПК-5) [6].

Список литературы:

1. Болотовский И.С. Врачебные ошибки. Лекция для врачей-слушателей // Ленинград, 1986. 32 с.

2. Козлова Т.В. Правовое обеспечение профессиональной деятельности: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 192 с.
3. Красильников А.П. Ятрогении и безопасность медицинской помощи // Медицинские новости, Минск. 1996. № 4. С. 3-10.
4. Леонтьев О.В. Нарушения норм уголовного права в медицине // СПб.: Спецлит, 2002. 63 с.
5. Попов А.П. Судебная медицина. Краткий терминологический и понятийный словарь // Волгоград, 2003. 28 с.
6. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации № 95 от 9.02.2016 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.01. Лечебное дело (уровень специалитета)». URL: <http://www.минобрнауки.рф/документы/8076> (дата обращения: 16.05.2016).
7. Фоменко А.Г. Медицинские ошибки: правовые, этические и организационно-методические аспекты проблемы // Минск: Медицинские новости. 2011. №11. С. 20-26.
8. Энциклопедический словарь медицинских терминов: в 3-х томах. / Гл. ред. Б. В. Покровский. М.: Советская энциклопедия. Т. 1. А. Йореса способ. 1982. 464 с.
9. Этический кодекс врача Республики Татарстан, 2013. Изд-во: ГАУ «РМ-БИЦ», 2013. 10 с.
10. Этический кодекс российского врача. 1994. URL: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/EthCodRF.htm> (дата обращения: 12.05.2016).

Об авторе:

Щербakov Владимир Александрович – аспирант кафедры биомедицинской этики, медицинского права и истории медицины Казанского государственного медицинского университета, Казань, e-mail: vladimir.shcherbakov@inbox.ru

Shcherbakov Vladimir Alexandrovich – postgraduate student of the department of biomedical ethics, medical law and history of medicine, Kazan state medical university, Kazan.



© Национальный институт медицинского права, 2016