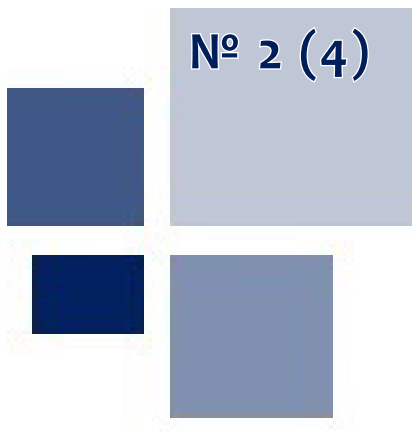




МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 2

№ 2 (4)



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

М42 Медицинское право: теория и практика. М.: Национальный институт
медицинского права, 2016. Том 2. № 2 (4). 377 с.

Редакционная коллегия:

Председатель

Сергеев Юрий Дмитриевич – Президент Национального института медицинского права, заведующий кафедрой медицинского права ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Почетный член Правления Всемирной ассоциации медицинского права (WAML), член-корреспондент РАН, Заслуженный юрист РФ, доктор медицинских наук, профессор

Члены коллегии

Ерофеев Сергей Владимирович – Начальник бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области, заведующий кафедрой судебной медицины и правоведения Ивановской государственной медицинской академии, Заслуженный работник здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, профессор

Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кандидат юридических наук, доцент, генеральный директор Национального института медицинского права

Каменская Наталья Андреевна – доцент кафедры медицинского права ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кандидат юридических наук, исполнительный директор Национального института медицинского права

Поспелова Светлана Игоревна – доцент кафедры медицинского права ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, член Правления Всемирной ассоциации медицинского права (WAML), кандидат юридических наук, 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 юрисконсультов юридических отделов медицинских организаций; судебно-медицинских экспертов; представителей органов управления здравоохранения; экспертов и специалистов страховых медицинских организаций; профессорско-преподавательского состава профильных кафедр научных и образовательных учреждений, а также для всех, кто интересуется проблемами медицинского права России. В данном номере издания представлены материалы V Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)», состоявшейся в г. Москве 24-25 ноября 2016 года.

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

© Национальный институт медицинского права, 2016

НОЯБРЬСКИЕ ЧТЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ V ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

ПРОБЛЕМЫ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (экспертно-правовые вопросы)

Москва,
24-25 ноября 2016 года

Москва
2016

Содержание

РАЗДЕЛ I. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЭКСПЕРТНОЙ И СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ДЕЛАМ О НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Сергеев Ю. Д.

НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ВАЖНЕЙШАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА 13

Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Эртель Л.А.

СООТВЕТСТВИЕ СУДЕБНОГО РЕШЕНИЯ ПО «МЕДИЦИНСКИМ» ДЕЛАМ
СУЩЕСТВУ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ..... 19

Бобровская О.Н.

ПРОБЛЕМЫ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА В СВЯЗИ
С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА 23

Бобровская О.Н., Зиганурова З.З

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ПРОФИЛЮ АКУШЕСТВО-ГИНЕКОЛОГИЯ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ 29

Бобровская О.Н., Овакимян А.К.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ
РЕАЛИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ КАК НЕОБХОДИМЫЙ
ЭЛЕМЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ КАЧЕСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 37

Вакуленко И.В., Джувалыков П.Г., Джувалыков Г.П.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ..... 44

Веселкина О.В.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЕФЕКТОВ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА:
ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ..... 49

Веселкина О.В.

ЭКСПЕРТНЫЕ ОШИБКИ ПРИ КВАЛИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИЧИНИВШИХ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ55

Горячева О.Г.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОГО СТАЦИОНАРА 61

Данилов А.В., Каташина Т.Б.

МОНИТОРИНГ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН КАК ВАЖНЕЙШЕЕ УСЛОВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС КОМИССИОННЫЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПО «ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ» В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ И г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ 69

Долгова О.Б., Соколова С.Л., Родина Н.В.

КОМИССИОННЫЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПО «ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ» В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ И г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ76

Доценко А.С.

ПРОБЕЛ В ПРАВОСОЗНАНИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ – НЕПОНИМАНИЕ ПРАВОВЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ СУДИМОСТИ 84

Елина Н.К.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО..... 91

Журилов Н.В., Пахомов П.В.

КОРПОРАТИВНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ..... 96

Калецкий Е.Г.,

ПРЕОДОЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ РОССИЙСКОГО ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НАРКОТИЧЕСКИМИ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИМИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ 103

Калецкий Е.Г., Онопченко Е.П., Пикуза М.Н.

ДОКУМЕНТАЛЬНОЕ ОФОРМЛЕНИЕ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ КАК НЕОБХОДИМОЕ ТРЕБОВАНИЕ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....108

Каменева К.Ю., Баринов Е.Х.

КАТЕГОРИЧНЫЕ И ВЕРОЯТНОСТНЫЕ ВЫВОДЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО «МЕДИЦИНСКИМ» СПОРАМ113

Каменская Н. А.

АНАЛИЗ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ПО ВОПРОСАМ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, УСТАНОВЛЕННЫХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММОЙ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ117

Каминская О.Н., Грачева Т.Ю.

КОНФЛИКТ НОРМ ПРАВА В ПОДЗАКОННЫХ АКТАХ: СТАНДАРТ ПРОТИВ САНПИНА 125

Каминская О.Н., Грачева Т.Ю.

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К САЙТАМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ 130

Каминская О.Н., Грачева Т.Ю.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДОКУМЕНТООБОРОТА ПРИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ.....136

Клевню 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..... 142

Козьма Н.Н., Куранов В.Г.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ГРАЖДаниНА, БОЛЬНОГО ЗАРАЗНОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЁЗА В МЕДИЦИНСКУЮ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ: ВОПРОСЫ, НЕ УРЕГУЛИРОВАННЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ149

Косухина О.И.

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ ВРАЧЕЙ-КАРДИОЛОГОВ 157

Куликов С.Н.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО МАТЕРИАЛАМ «МЕДИЦИНСКИХ ДЕЛ», ЦЕЛЕВАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: КЛЮЧЕВЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ И СПЕЦИФИКА161

Купрюшин А.С.

ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТА И СПЕЦИАЛИСТА ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ
ИСХОДЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ168

Лебедеко М.А.

К ВОПРОСУ О ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРАВОВОЙ ЗАЩИТЕ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ..... 175

Лузанова И.М.

КОММУНИКАТИВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ОКАЗАНИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....183

Мелихов С.Ю.

ПРОБЛЕМЫ ОПИСАНИЯ ПРИЧИННОЙ СВЯЗИ В ЯТРОГЕННЫХ
ПРЕСТУПЛЕНИЯХ В СУДЕБНОЙ ПРАКТИКЕ
ПО УГОЛОВНЫМ ДЕЛАМ190

Павлова Ю.В.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НОРМ, УСТАНАВЛИВАЮЩИХ
ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ БЕЗ ВИНЫ.....196

Предеина И.В.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ПАЦИЕНТАМ:
ТЕНДЕНЦИИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ 205

Предеина И.В., Листовская Е.М.

ПРАВОВОЕ И ЭТИЧЕСКОЕ СООТНОШЕНИЕ ПОНЯТИЙ
«МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» И «МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА»
ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА 214

Русакова И.В., Харитонов М.П.

РАЗРАБОТКА КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ:
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЫ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ..... 222

Спиридонов В.А., Анисимов А.А.

АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 230

Сухарева М.А.

ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ, КАК ОСНОВНОЙ ПАРАМЕТР
ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ ДЕФЕКТОМ ОКАЗАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НАРУШЕНИЕМ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ
ПРАВИЛ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ НА ПРИМЕРЕ КОМПЛЕКСНОЙ
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ МАССОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ235

Тимофеев И.В.

К ВОПРОСУ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОНЯТИЯ
«КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» 241

Тимофеева М.Ю., Тимофеев Ю.С.

ПРАВОВОЙ АСПЕКТ ОФОРМЛЕНИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО
СОГЛАСИЯ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ 248

РАЗДЕЛ II. РАБОТЫ СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ КРУЖКОВ

Битюцкая А.С.

ПРАВОВАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СУТОЧНЫХ ДЕЖУРСТВ
В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ 254

Дементьева А.А., Духин О.А.

ТАБАКОКУРЕНИЕ НА ТЕРРИТОРИИ ЛПУ: ЗА И ПРОТИВ..... 260

Дудина А.Н.

СЛУЖБА ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И ПРОБЛЕМЫ ЕЁ ФИНАНСИРОВАНИЯ..... 265

Евдокимов Е.М.

ОСТЕОПАТИЯ: НОВАЯ ВРАЧЕБНАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ.
ОБЗОР ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ АКТОВ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ
И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ ПРОЦЕССУ ПРЕДМЕТА..... 272

Забирова А.Х.

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ
К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ
РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ..... 280

Зимакова Е.И.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ
ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРЕДОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ 290

Кравченко А.Р., Булыгина А.В.

НАРУШЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ НА УРОВНЕ ПРИВИВОЧНОГО КАБИНЕТА И СВЯЗАННАЯ С ЭТИМ ПРОБЛЕМА ОТКАЗА РОДИТЕЛЕЙ ОТ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ	300
---	-----

Ласкова А.Н.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.....	309
---	-----

Лопатина В.А.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА И ИЗВЕСТНЫЕ ЛИЧНОСТИ.....	318
---	-----

Меретуков Д.А., Глуценко А.А.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ОРФАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПРИМЕРЕ АДРЕНОКОРТИКАЛЬНОГО РАКА	328
---	-----

Павлова А. А.

СТАНОВЛЕНИЕ ИНСТИТУТА РЕПРОДУКТИВНОГО ПРАВА В СИСТЕМЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРАВА	335
---	-----

Паневкина С.В.

МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ УСЫНОВЛЕНИЯ (УДОЧЕРЕНИЯ) ДЕТЕЙ ЛИЦАМИ С ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СТАТУСОМ	344
---	-----

Скальная А.А.

ЮРИДИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ АНТИДОПИНГОВОГО КОНТРОЛЯ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ.....	350
---	-----

Шарова М.В., Юсуфов М.И.

РАССМОТРЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ДЕЛ В ТРЕТЕЙСКИХ СУДАХ.....	360
--	-----

Шмакова А.А.,

ЗАЩИТА ПРАВ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	368
---	-----

РАЗДЕЛ I.

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЭКСПЕРТНОЙ И СУДЕБНОЙ
ПРАКТИКИ ПО ДЕЛАМ О НЕНАДЛЕЖАЩЕМ
ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Сергеев Ю. Д.

**НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ –
ВАЖНЕЙШАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА**

Рассмотрены научные и организационно-методические аспекты проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: *неоказание и ненадлежащее оказание медицинской помощи, правовая медицина, юридическая ответственность медицинских работников и медицинских организаций.*

Sergeev Yuri D.,

**INADEQUATE PROVISION OF MEDICAL ASSISTANCE – THE MOST
IMPORTANT SCIENTIFIC AND PRACTICAL PROBLEM FOR THE
EXPERTS IN THE FIELD OF MEDICAL LAW**

Considers the scientific and organizational – methodical aspects of the problem of inadequate medical assistance.

Keywords: *failure to provide and improper medical assistance, legal medicine, legal responsibility of medical workers and medical institutions.*

По данным Следственного комитета России из-за некачественного оказания медицинской помощи и врачебных ошибок за последние два года погибли более тысячи россиян. Так, в 2015 году потерпевшими от ятрогенных преступлений признаны 888 человек. Из них из-за врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи погибло 712 человек, в том числе 317 детей. Уже в текущем 2016 году (по состоянию на конец сентября) от ошибок врачей погибли 352 человек, 142 из них – дети. За этот период из-за ненадлежащего оказания медицинской помощи было возбуждено 419 уголовных дел.

Проблема «ненадлежащего врачевания» и неразрывно связанные с ней вопросы юридической ответственности медицинского персонала и медицинских организаций за профессиональные правонарушения (в первую очередь, неоказание и ненадлежащее оказание медицинской помощи) представляют собой одну из самых сложных проблем, которые медицинская практика поставила перед правом [1].

Действительно, проблема носит весьма многоплановый характер, включая клинические, организационные, экономические, деонтологические, экспертные, социологические и правовые аспекты. Оптимальное познание общественных отношений, складывающихся в сфере охраны здоровья, в силу их особой специфики и сложности немыслимо силами одной юриспруденции. Здесь уместен исключительно междисциплинарный (даже мультидисциплинарный) подход.

С позиции правовой науки многообразие вариантов медицинских происшествий требует также применения межотраслевого подхода, ибо целый ряд базовых вопросов может быть решен только объединенными силами цивилистов и криминалистов (специалистов по уголовному праву). Таким образом, становится очевидным, что высококачественные научные работы такого плана не могут не являться междисциплинарными и межотраслевыми по своему содержанию [3]. К сожалению, по непонятной причине такой вполне обоснованный подход не всегда находит понимание и не всегда приветствуется. Особенно это касается диссертационных исследований.

Автором данной публикации впервые в стране была успешно защищена докторская диссертация на стыке двух наук (медицины и права) под названием «Судебно-медицинская экспертиза по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников (медико-правовые аспекты проблемы)» [2]. В этой фундаментальной работе были изучены и подвергнуты комплексному клинико-экспертно – правовому анализу более тысячи уголовных дел по фактам неоказания и ненадлежащего оказания медицинской помощи (так называемых врачебных дел). В последующем под нашим научным руководством (консультированием) по данной проблеме были выполнены на высоком научном уровне четыре докторских диссертаций (еще одна находится в стадии окончательного завершения) и семь кандидатских диссертаций, в которых также успешно применялся междисциплинарный подход [4, 5, 6, 7]. При этом следует отметить, что практически все диссертанты обладали высшим медицинским и высшим юридическим образованием.

Рассматриваемая проблема, без сомнения, является сверхактуальной во все мире еще и по той причине, что «врачебные

ошибки» устойчиво входят в первую десятку списка наиболее частых причин смерти. Всем известны ошеломляющие данные, обнародованные несколько лет назад в США. По информации Британского национального агентства по безопасности пациентов в 2014 году в результате врачебных ошибок пострадали более полумиллиона человек, а в небольшой Финляндии по данным Национального комитета здравоохранения ежегодно погибают от ошибок врачей до 1700 пациентов.

Данное направление не случайно привлекает такое пристальное внимание специалистов. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, одной из наиболее значимых проблем для национальных систем здравоохранения, является причинение вреда жизни или здоровью пациентов в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи. А по меткому выражению Почетного президента Всемирной ассоциации медицинского права профессора Амнона Карми (A. Carmi) проблема «врачебных ошибок» уже давно превратилась в «молчаливую эпидемию».

Для нас особое значение имеет тот факт, что в Российской Федерации вообще не существует действенной системы, позволяющей провести соответствующий достоверный анализ. Хотя специалисты в области медицинского права понимают, что реальные цифры весьма значительны и печальны. Гражданское общество, средства массовой информации, да и правоохранительные органы все более нетерпимо относятся к подобным негативным явлениям. Нельзя забывать и о финансово-экономической стороне проблемы. Показательным является недавнее решение Санкт-Петербургского городского суда о рекордной компенсации за медицинскую ошибку. Суд постановил выплатить пострадавшей от ненадлежащих действий врачей («за неправильную тактику ведения родов и последующий вред здоровью») роженице Р. 15 миллионов рублей, включая компенсацию морального вреда. Весьма значительная сумма для любой медицинской организации. Вместе с тем, сегодня мы должны быть очень внимательны к тому, кто «защищает» права пациента. Есть коммерческие организации, определенная категория людей, для которых «врачебные ошибки» – это способ заработка. В некотором смысле им выгодно, чтобы таких случаев было больше.

Не вызывает сомнения, что высокий уровень неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи диктует неотлагательную необходимость постоянного комплексного, углубленного изучения причин ненадлежащего врачевания с целью повышения качества оказания лечебно-профилактической помощи и предупреждения возникновения конфликтов между пациентами и врачами (лечебным учреждением). Равно как и то, что каждый, без исключения случай ненадлежащего врачевания, неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи, обусловленного обстоятельствами субъективного характера, должен расцениваться медицинским сообществом как чрезвычайное событие – настоящее медицинское происшествие.

Кафедра медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и Национальный институт медицинского права в своей научной и учебно-организационной деятельности уделяет проблеме ненадлежащего врачевания постоянное пристальное внимание. На всех Всероссийских форумах (съездах, конференциях) данная тематика занимает одно из ведущих мест. Регулярно публикуются научные статьи, случаи из следственно-судебной и экспертной практики в сборниках научных работ, федеральном журнале «Медицинское право».

24-25 ноября 2016 года в Москве состоится очередная ежегодная всероссийская научно-практическая конференция (Ноябрьские чтения), посвященная проблемам ненадлежащего оказания медицинской помощи. Организатором конференции является Национальный институт медицинского права (НИМП). В ней традиционно участвуют ведущие специалисты в области медицинского права России. Этот научно – практический форум (который проводится уже в пятый раз), в настоящее время является наиболее масштабным и представительным проектом, привлекающим внимание государственных органов и медико-юридического сообщества к проблеме ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Уникальность данных научных форумов, способствующих развитию и фундаментальному становлению в Российской Федерации правовой медицины – медицины, которая безоговорочно соответствует действующим законам, принятым стандартам оказания медицинской помощи, юридическим и деонтологическим

требованиям, – состоит еще и в объединении специалистов из разных сфер, занимающихся проблемами медицинского права.

За последние годы при активном участии организаторов форума была сформирована площадка для поддержки научной, образовательной и практической деятельности, позволяющая объединить усилия различных представителей медицинского и юридического сообщества: руководителей медицинских организаций, практикующих врачей – клиницистов различных специальностей; руководителей и юрисконсультов юридических отделов медицинских организаций; сотрудников фармацевтических компаний и аптечных организаций; представителей органов управления здравоохранения, медицинской индустрии и промышленности; экспертов и специалистов страховых медицинских организаций и других заинтересованных лиц [8].

Важнейшие актуальные вопросы будут рассмотрены участниками Ноябрьских чтений, в первую очередь, с целью оптимизации системного подхода к решению проблем ненадлежащего врачевания, выявлению обстоятельств, способствующих возникновению подобных негативных явлений и, главное, выработке конкретных предложений, направленных на снижение количества неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи.

Список литературы:

1. *Сергеев Ю.Д. Медицинское право. Учебный комплекс в 3 т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 784 с.*
2. *Сергеев Ю.Д. Судебно-медицинская экспертиза по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников (медико-правовые аспекты проблемы). Автореф. дис. на соиск. докт. мед. наук. Москва, 1988. 49 с.*
3. *Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 312 с.*
4. *Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М., 2001. 288 с.*
5. *Сергеев Ю.Д., Канунникова Л.В. Правовая помощь медицинским учреждениям в субъекте Российской Федерации. Новосибирск, 2006. 108 с.*
6. *Сергеев Ю.Д., Бисюк Ю.В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно правовые аспекты). М., 2008. 399 с.*

7. Сергеев Ю.Д., Козлов С.В. Судебно медицинская экспертиза медицинского происшествия. Москва Белгород, 2012. 240 с.
8. Сергеев Ю.Д., Павлова Ю.В., Каменская Н.А. Проблема ненадлежащего врачевания в центре внимания профессионального сообщества. // Медицинское право. 2014. № 6. С. 9-13.

Об авторе:

Сергеев Юрий Дмитриевич – член-корреспондент РАН, Заслуженный юрист РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинского права ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Почетный член Правления WAM, e-mail: association@med-law.ru

Sergeev Yuri D. – corresponding member of RAS, Honoured lawyer of the Russia, doctor of medical Sciences, Professor, head of chair of medical law of the First Moscow state medical University I. M. Sechenov, Honorary Governor of the WAML

© Сергеев Ю.Д., 2016

Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Эртель Л.А.

СООТВЕТСТВИЕ СУДЕБНОГО РЕШЕНИЯ ПО «МЕДИЦИНСКИМ» ДЕЛАМ СУЩЕСТВУ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ

В статье отмечено, соответствие судебного решения по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг существу медицинской профессии состоит в нахождении согласия во мнениях носителей этой профессии.

Ключевые слова: Медицинская деятельность, судебно-медицинская экспертиза, медицинские споры, специалисты.

Barinov E.H., Romodanovsky P.O., Ertel L.A.

COMPLIANCE OF THE JUDGMENT ON «MEDICAL» AFFAIRS TO THE BEING OF THE MEDICAL PROFESSION

In this article it is noted, compliance of the judgment on cases of infliction of harm to health when rendering medical services to a being of a medical profession consists in finding of a consent in opinions of carriers of this profession.

Keywords: medical activity, forensic medical examination, medical spores, experts.

Судебной практикой, во-первых, не выработаны особые подходы к разрешению «медицинских» дел; во-вторых, ею не сформированы единообразные подходы к их разрешению; в-третьих, не сложилось различия правовой и экспертной оценки фактических обстоятельств по медицинским делам: алгоритм правовой оценки фактических обстоятельств по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинской помощи до настоящего времени отсутствует, и во многом судебные решения полагаются на результаты судебно-медицинской экспертизы, притом что ее нынешнее состояние так же далеко от совершенства. В результате медицинские дела рассматриваются в суде без отличий от других дел о причинении вреда здоровью, отсутствуют методологическое единство и критерии обоснованности правовой оценки фактических обстоятельств и доказательств по медицинским делам.

В свете изложенного современные процессуальные проблемы судебно-медицинской экспертизы сводятся к определению положения судебно-медицинского эксперта в процессе, установлению доказательности и достаточности экспертных выводов.

«Медицинские», то есть с участием субъектов медицинской деятельности, дела имеют ту особенность, что и сторона процесса, и судебно-медицинская экспертная комиссия обладает едиными познаниями в медицине, хотя бы и используемыми с неодинаковыми целями: первая – для обоснования своей процессуальной позиции, вторая – для нахождения истины по делу.

«Медицинские» споры характеризуются особенностями деликта. В силу товарно-нетоварной двойственности медицинской услуги, когда ее потребительская часть подчиняется юридическим установлениям, а профессиональная (медицинская помощь) – правилам медицины, и причинение вреда имеет различающуюся природу. В одном случае вред происходит из обслуживания немедицинской природы (ожог горячим напитком, ранение разбитым стеклом в окне палаты, удар электрическим током из-за дефектов розетки и пр.), в другом – из вредоносных дефектов оказания медицинской помощи, в третьем – из непредоставления информации о существе воздействия на здоровье. Это, соответственно, потребительский, ятрогенный и информационно-аконсенсуальный деликт [2, 3].

Понятно, что предмет и пределы судебно-медицинской экспертизы в первом и втором случаях будут существенно различаться, а в третьем будут отсутствовать сами основания для назначения судебно-медицинской экспертизы (разве только в отношении величины телесных повреждений в результате оказания медицинской помощи), поскольку спор – из несоответствия профессионального пособия воле правообладателя.

Квалифицирующим признаком во всех трех случаях является недостаток медицинской услуги. Понятно, это – не недостаток качества, то есть недостаток исполнения договорных обязательств. Это либо недостаток безопасности медицинских услуг, либо недостаток информации, предваряющей их оказание.

Правила медицинской профессии не являются писанными. Их носители – члены медицинского сообщества, равно те, кто осуществляет медицинскую деятельность (клиницисты), и те, кто ее оценивает (медицинские эксперты, лишь в процессуальном качестве – судебно-медицинские эксперты).

Соответственно, для целей правосудности судебное решение по такой категории дел должно находить компромисс между

мнением клиницистов и медицинских экспертов – в идеале оно должно совпадать [1].

Однако мнение медицинских экспертов и клиницистов может не совпадать. Может не совпадать мнение конкретных судебно-медицинских экспертов и конкретных специалистов в процессе. Может не совпадать мнение специалистов (клиницистов и медицинских экспертов) на той и / или другой стороне процесса с мнением судебно-медицинских экспертов. И в этом случае суд остается перед выбором: назначать дополнительную или повторную судебно-медицинскую экспертизу (если усомнится в ее выводах) либо искать согласие в показаниях специалистов.

Если мнения сторон и специалистов на обеих сторонах процесса сходны между собой, но не совпадают с выводами судебно-медицинской экспертизы, необходимость назначения повторной судебно-медицинской экспертизы очевидна.

Если мнения сторон и специалистов на обеих сторонах различны, а выводы судебно-медицинской экспертизы нейтральны или в равной мере совпадают и не совпадают с мнениями каждой из сторон, то есть основания полагать, что равновесие в подлежащем правовой оценке конфликте достигнуто. Подтверждение этому в случае необходимости может быть найдено в допросе дополнительных специалистов.

Если же мнения сторон и специалистов на обеих сторонах различны, и выводы судебно-медицинской экспертизы поддерживают мнение одной из них, то требуется допрос экспертов в суде с участием специалистов от каждой из сторон и / или назначение дополнительной судебно-медицинской экспертизы [1, 3].

Таким образом, соответствие судебного решения по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг существу медицинской профессии состоит в нахождении согласия во мнениях носителей этой профессии.

В целом, на пути формирования судебно-медицинской экспертизой алгоритма взвешенного участия в «медицинских» делах в гражданском процессе немало сложностей. Эти сложности преодолимы, если судебно-медицинская экспертиза будет следовать потребностям правовой процедуры с дифференциацией подходов в зависимости от различий правонарушений, в связи

с совершением которых она проводится. Судебно-медицинская экспертиза по делам такого рода должна явно сместиться с медицинского поля на правовое.

Список литературы:

1. *Баринов Е.Х., Родин О.В., Тихомиров А.В. Правовая общность и различия медицинской деятельности и судебно-медицинской экспертизы // Медицинская экспертиза и право. 2010. № 3. С. 5-7.*
2. *Баринов Е.Х., Родин О.В., Тихомиров А.В. Предметная область судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. 2010. № 3. С. 8-15.*
3. *Баринов Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам (монография). М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2013. 164 с.*

Об авторах:

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

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

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

Эртель Людмила Александровна – профессор кафедры криминалистики ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет» Минобразования России, доктор медицинских наук, профессор, Краснодар, e-mail: ela_1958@yandex.ru

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

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

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

Ertel Lyudmila Aleksandrovna – professor of department of criminalistics of Kuban State University of the Ministry of Education of Russia, the doctor of medical sciences, professor, Krasnodar

Бобровская О.Н.

ПРОБЛЕМЫ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА В СВЯЗИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

Настоящая тема освещает некоторые аспекты обращения за компенсацией морального вреда пострадавшей стороной в результате получения медицинской помощи ненадлежащего качества.

Ключевые слова: моральный вред, компенсация, ненадлежащее качество, медицинская помощь.

Bobrovskaya O.N.

PROBLEMS OF THE COMPENSATION OF MORAL DAMAGE IN CONNECTION WITH THE PROVISION OF MEDICAL CARE OF INADEQUATE QUALITY

The present subject matter covers some aspects of the compensation of moral damage to the injured party as a result of inadequate quality of medical care.

Keywords: moral damage compensation, inadequate quality, medical care.

В специальных научных исследованиях последних лет отмечается достаточный прирост исковых заявлений пациентов и их родственников по делам, связанным с компенсацией морального вреда, в сопровождении требований о возмещении материального ущерба, причиненного ненадлежащим оказанием медицинской помощи, либо в самостоятельном выражении.

Вред, причиненный жизни и здоровью граждан, может возмещаться интегрально лицом, причинившим вред, в виде материального и морального вреда [1].

При этом материальный ущерб может составлять не только наличный вред (реальный ущерб), который обременяет пострадавшую сторону, связанный с фактическими затратами, но также будущими тратами на восстановление здоровья, реабилитационными мероприятиями, переобучением в целях смягчения последствий такого вреда, а также всего недополученного, по факту развития заболевания, причиненного вреда, травмирования, в результате факта ненадлежащего оказания медицинской помощи. Моральный вред состоит в физических и нравственных страданиях пациента.

Основными претензиями со стороны пациентов являются факты ненадлежащего оказания медицинской помощи и деонтологические нарушения. Так Е.П. Шевчук отмечает, что поводом для жалоб становится грубость, прямое неуважение к пациенту, причинение ему боли и страданий, которых можно было избежать [2].

В исследовании, касающемся аспектов компенсации морального вреда по жалобам пациентов, отмечается, что более всего пациентов и их родственников задевает неэтичное поведение медицинского персонала и вариативы отказа в оказании медицинской помощи, независимо от организационно-правовой формы клиники и специальности врача [3].

При этом нередко медицинские работники нарушают прямое указание ст.2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [4], о порядке оформления информированного добровольного согласия на проведение медицинского вмешательства. Кроме того, 2 / 3 пациентов не уверены в сохранении персоналом врачебной тайны.

Вред, причиненный здоровью пациента медицинскими услугами ненадлежащего качества, выражается в полной или частичной утрате или повреждения здоровья пациента, а также неблагоприятном прогнозе его состояния после медицинского вмешательства. В соответствии со ст. 151 ГК РФ, вред выражается в физических и нравственных страданиях пациента, соотносимых с понятием морального вреда.

Право на компенсацию морального вреда здоровью вытекает также из ст. 15 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», в редакции Федерального закона от 3 июля 2016 г. № 265-ФЗ [5].

В соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителя» пациент обладает следующими правами:

- право на получение безопасной услуги (вытекающее из ст.7);
- право на достоверную и полную информацию об услуге и ее исполнителях (вытекающее из ст. 8,9,10);
- право на информацию об обстоятельствах, которые могут повлиять на качество оказываемой услуги (вытекающее из ст. 36);

- право на получение услуги надлежащего качества, лишенную недостатков исполнения (вытекающее из ст.29).

Представляется, что если иск о компенсации морального вреда подается как отдельное самостоятельное требование, то в соответствии со ст. 208 ГК РФ и п. 7 Постановления Пленума ВС РФ от 20.12.1994 г. № 10 «О некоторых вопросах применения законодательства по компенсации морального вреда» [6], на требования о защите личных неимущественных прав и других нематериальных благ, о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью, исковая давность не распространяется. При этом в случае сопровождения иска пациента о защите имущественных прав, требованием о компенсации морального вреда исковая давность будет привязана к имущественному иску. Кроме того, для взыскания морального вреда необходимо доказать либо вину причинителя вреда, либо наличие в составе медицинской услуги (вмешательства) признаки источника повышенной опасности (ст. 1100 ГК РФ).

Несмотря на тот факт, что компенсация морального вреда производится в денежной форме, основная цель защиты нарушенных прав пострадавшей стороны – в смягчении последствий физических и (или) нравственных страданий.

При этом размер такого возмещения, не имеющий законодательных ориентиров, определяется судом самостоятельно, представляя пострадавшей стороне лишь отметить желаемую сумму к возмещению.

В этой связи в литературе предлагалось использовать значение МРОТ или прожиточного минимума в регионе для определения минимального порога компенсации, либо возрастающих коэффициентов, в зависимости от степени тяжести вреда здоровью [7].

Представляется, что во всех случаях обращения пациентов по ненадлежащему оказанию медицинской помощи проводится судебно-медицинская экспертиза или экспертизы (контроля) качества медицинской помощи. К ненадлежащему оказанию медицинской помощи относятся случаи несоответствие оказанной медицинской помощи принятым стандартам и рекомендациям ВОЗ, при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретной медицинской организации.

С учетом объективного характера возникших убытков, но также безусловной комбинированностью подлежащих доказыванию фактов, причинной связи между совершенными медицинским персоналом действиями и наступившими последствиями, размер компенсации морального вреда крайне важен для пострадавшей стороны, особенно в случаях полного или частичного отказа суда от удовлетворения имущественного иска. Так, Л.В. Герасименко предлагает учитывать в определении суда характера и размера возмещения, именно отказные решения по имущественным искам, присоединяясь, одновременно к высказанной позиции Н. Козловой и М. Кратенко, согласно которой «если потерпевшему не удалось отстоять свое право на возмещение по иным основаниям, то он должен получить компенсацию за моральный вред [8].

Кроме того, представляется, что любое медицинское вмешательство может нести в себе риск нежелательных последствий. Это, равным образом, будет справедливым даже к самым простым и хорошо отработанным на практике актам медицинской помощи. Например, хирургическая операция по удалению вросшего ногтя на ноге сопровождается проведением проводниковой анестезии пальца по Лукашевичу-Оберсту [10]. Однако данная анестезия абсолютно противопоказана при наличии индивидуальной непереносимости препаратов обезболивающей группы, о которой может быть неизвестно ни врачу, ни пациенту.

Введение препарата, дающего побочный эффект может сопровождаться резким ухудшением показателей здоровья пациента, а также возможной его смертью. Непредсказуемость индивидуальной реакции организма на введенный препарат и тяжкие последствия исключают возможность обращения за компенсацией пострадавшего лица, поскольку разработанные в медицинской практике стандарты и рекомендованные методы лечения ориентированы на усредненные показатели нормы и нормальной (или типовой) реакции на протекание тех или иных процессов.

В описанном случае речь не идет о нарушениях стандартов медицинской помощи при ее оказании, а является одним из случаев возникшего медицинского риска, событием, которого все участники хотели избежать, и никто не смог предотвратить.

В этой связи в литературе высказывалась идея, согласно которой от врача не имеет смысла требовать «гарантии успешного результата лечения, а лишь обязательство надлежащего метода, согласно которому врач обязуется сделать все возможное для лучшего лечения больного» [9].

Список литературы:

1. Ворopaев А.В., Шуко В.А., Исаев Ю. С., Новоселов В.П. Защита личных неимущественных прав потребителей медицинских услуг по гражданскому законодательству // Сибирский медицинский журнал. 2006. № 9. том 67. С. 108-110
2. Шевчук Е.П. Моральный вред, причиненный некачественными медицинскими услугами // Сибирский юридический вестник. 2009. № 4. С. 28-33.
3. Филиппов Ю.Н., Абаева О.П., Филиппов А.Ю. Проблемы компенсации морального вреда, связанного с оказанием медицинской помощи // Медицинское право. 2014. № 1. С. 21-24.
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. 28.11.2011 г. № 48. Ст. 6724.
5. Закон РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» // Российская газета. 16.01.1996. № 8.
6. Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 1995. № 3.
7. Ерофеев С. В., Ерофеева А. С. Медицинские и юридические аспекты и проблемы возмещения морального вреда в связи с повреждением здоровья и причинением смерти // Гарант [Электронный ресурс]: справ.-правовая система, 2016.
8. Герасименко Л.В. Компенсация морального вреда как форма ответственности медицинской организации // Вестник Краснодарского университета МВД России. 2010. № 4 С. 19-22.
9. Козлова Н., Кратенко М. Ответственность страховой медицинской организации перед застрахованными (гражданами) по договорам обязательного и добровольного медицинского страхования // Право и экономика. 2005. № 12. С. 22-28.
10. Шуко В.А., Ворopaева И.В., Ворopaев А.В., Исаев Ю.С. Гражданско-правовая ответственность лечебно-профилактических учреждений и медицинских работников за некачественное предоставление платных медицинских услуг // Сибирский медицинский журнал. 2006. № 6. С. 104-106.

11. <http://narkozis.ru/mestnaya-anesteziya/provodnikovaya-anesteziya-poklukashevichu-oberstu-texnika-pokazaniya-protivopokazaniya-oslozhneniya.html>

Об авторе:

Бобровская Ольга Николаевна – доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, доцент, кандидат юридических наук, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, дом 2, стр. 2, 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

© Бобровская О.Н., 2016

Бобровская О.Н., Зиганурова З.З.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ АКУШЕРСТВО-ГИНЕКОЛОГИЯ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Статья рассматривает общие проблемы дефектов оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология и виды ответственности, установленные законодательством.

Ключевые слова: дефекты, медицинская помощь, виды ответственности, судебная экспертиза.

Bobrovskaya O.N., Ziganurova Z.Z.

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

The paper considers the General problem of defects of rendering of medical aid in the field of obstetrics and gynecology and the types of responsibility established by the legislation of the Russian Federation.

Keywords: defects, medical care, types of liability, forensics.

Развитие медицины в формирующихся социальных условиях позволяет утверждать, что одной из актуальных проблем современной системы здравоохранения является вопрос об объеме и качестве оказания медицинской помощи, а также ответственности медицинских работников при неблагоприятных исходах. Этой проблеме во всем мире сейчас придается большое значение.

В последнее время значительно участились случаи обращения в различные судебные инстанции пациентов, которым в той или иной степени была оказана ненадлежащая медицинская помощь. И одно из ведущих мест по количеству гражданских исков занимает акушерство и гинекология.

Рассмотрение гражданских исков в связи с дефектами оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология требует проведения различного рода экспертиз.

По данным Российского центра судебно-медицинской экспертизы (ФГУ РЦСМЭ РОСЗДРАВА), в последние годы акушеры-гинекологи располагаются на 2-ом месте в таблицах, анализирующих работу врачей в связи с профессиональными правонарушениями [5].

Чаще всего поводом для проведения судебного расследования были [5]:

- жалобы пострадавших или их родственников на ненадлежащее оказание медицинской помощи (63,0%),
- проверки, проводимые органами прокуратуры в связи со смертью родильниц или новорожденных в учреждениях здравоохранения (20,0%),
- результаты проведения служебных расследований (10,0%),
- ходатайства адвокатов или медицинских работников, недовольных предыдущим решением суда (7,0%).

По совокупным данным ВОЗ, установлено, что ежегодно в мире беременеют более 200 миллионов женщин. Чуть более у половины из них беременность заканчивается родами. 570-600 тыс. погибают от аборт, внематочной беременности, кровотечений, эклампсии, сепсиса. Еще 500 тыс. женщин становятся инвалидами вследствие травматизма в родах и послеродовых осложнений [4].

Таким образом, актуальность изучения проблемы неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи на основе судебно-медицинской экспертизы обострилась, а недостаток информации о ней испытывают и клиническая и экспертная теория, и практика, а также сфера медицинского страхования. Важна эта информация для прогнозирования того, какие виды юридической ответственности будут превалировать в медицине в ближайшие годы.

Одним из основных, нормативно-правовых, документов, утверждающих правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью, является постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. № 522, которое вступила в законную силу с 24 августа 2007 года [1].

В соответствии с данными Правилами под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей чело-

века в результате воздействия физических, химических, биологических и психических факторов внешней среды. Вред, причиненный здоровью человека, определяется в зависимости от степени его тяжести (тяжкий вред, средней тяжести вред и легкий вред) на основании квалифицирующих признаков и в соответствии с медицинскими критериями определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утверждаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации [1].

Одной из самых рискованных специальностей в медицине является акушерство и гинекология. Во многом это обусловлено явным отставанием нашей страны от прогресса в этой области, судя по официальным данным о материнской и младенческой смертности. Во многом это связано с халатностью или малограмотностью специалистов.

С целью совершенствования и стандартизации оказания медицинской помощи принят Приказ Министерства здравоохранения России от 01.11.2012 № 572н (ред. от 12.01.2016) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

С целью совершенствования и стандартизации экспертной работы по профилю акушерство-гинекология предлагается конкретная классификация дефектов качества медицинской помощи.

Классификация дефектов оказания медицинской помощи при оказании интенсивной терапии в акушерско-гинекологической практике [6]:

- Дефекты врачебных вмешательств в гинекологии;
- Дефекты врачебных вмешательств при прерывании беременности (например, нарушение правил проведения аборта);
- Дефекты врачебных вмешательств во время родов и родоразрешения (например, ранения плода, плаценты, пуповины; родовая травма у плода и новорожденного вследствие ненадлежащего акушерского пособия; применение противопоказанных при беременности лекарственных средств; неправильное отнесение беременной и роженицы к группе риска);

- Дефекты врачебных вмешательств в послеродовом периоде (расхождение швов и вызванное им вторичное кровотечение; инфицирование операционной раны после кесарева сечения);
- Дефекты врачебных вмешательств в урогинекологической практике;
- Общие дефекты оперативного лечения в акушерско-гинекологической и урогинекологической практике (например, оставление инородных тел в организме пациентки);
- Дефекты выполнения анестезии и проведения интенсивной терапии в акушерско-гинекологической практике (например, назначение и применение фармакологических препаратов, противопоказанных при беременности и отдельных патологических состояниях роженицы).

При этом необходимо отметить, что главная сложность «врачебных дел» состоит в определении причинно-следственной связи между действием медицинских работников и наступившим вредом. Дело в том, что причины неблагоприятных исходов в акушерстве и гинекологии могут быть различны, например:

1. Ненадлежащее оказание медицинской помощи, заключающиеся в невыполнении или не полном выполнении медицинскими работниками юридических, профессиональных и морально-этических норм (включая дефекты ведения медицинской документации);

2. Действие объективных факторов осложнения течения беременности и родов (особенности индивидуального биологического статуса беременной, наличие у нее сопутствующих заболеваний и наследственной патологии, оказывающие отягчающее влияние на протекание беременности и повышающие вероятность осложнений в родах);

3. Поведение самих пациенток, способствующее увеличению вероятности наступления осложнений (не соблюдение рекомендаций лечащего врача, самовольный уход роженицы из патологического отделения роддома);

4. Несчастные случаи – ситуации, при которых имеется объективная невозможность предусмотреть и предупредить возможные осложнения и последующее причинение вреда здоровью.

5. Отсутствие у медицинских работников объективной возможности оказать медицинскую помощь на должном технологическом уровне (принятие родов в условиях экстремальной, чрезвычайной ситуации – например, во время авиаперелета, в лесу и т.д.).

Важно отметить, что экспертную оценку неблагоприятных случаев в акушерско-гинекологической практике осложняет многоэтапность лечебно-диагностического процесса, участие в котором принимают несколько субъектов. В результате ненадлежащие действия одних субъектов могут привести к неблагоприятному исходу в целом. Например, не выявленная врачом женской консультации внутриутробная инфекция может стать причиной неблагоприятного исхода на этапе родильного дома. На практике это означает, что к гражданско-правовой ответственности следует привлекать не родильный дом, а женскую консультацию, либо обе медицинские организации.

Причинами неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике являются не только явные ошибки медицинского персонала, но и ненадлежащее ведение медицинской документации. Так отсутствие клинико-лабораторных данных ведет к отсрочке выявления возможных патологий, следовательно, исключает своевременность адекватного лечения. С другой стороны, встречающаяся малая информативность медицинской документации влечет создание иллюзии благополучия, как у самих пациенток, так и медицинских работников стационаров.

Медицинские работники в зависимости от различных ситуаций и выполняемых обязанностей могут привлекаться к различным видам ответственности, такие как: материальная, дисциплинарная, административная, гражданская и вплоть до уголовной.

К административной и дисциплинарной ответственности врача привлекают должностные лица, комиссии и лица, являющиеся их начальниками по службе (на работе) на основании должностных инструкций.

Материальные (гражданские) последствия для медицинских работников или частнопрактикующих врачей, как правило, наступают при причинении вреда здоровью или морально-го вреда.

Если при медицинском вмешательстве причинён как материальный ущерб, так и моральный вред, то он возмещается по принципам гражданско-правовой ответственности, которая постепенно выходит на одно из первых мест в конфликтах с законом медицинских учреждений, врачей и сестёр.

Это вид юридической ответственности, при которой к правонарушителю применяются меры воздействия, установленные законом или договором.

Эти меры включают:

- возмещение убытков;
- уплату неустойки, штрафа, пени;
- возмещение причинённого морального и иного вреда.

В УК РФ ряд статей напрямую затрагивают интересы пациентов и медицинских работников, среди которых ст. 109 «Причинение смерти по неосторожности», ст. 118 «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности», ст. 123 «Незаконное производство аборта», ст. 124 «Неоказание помощи больному», ст. 128 «Незаконное помещение в психиатрический стационар», ст. 233 «Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ», ст. 235 «Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью» [3].

УК РФ предусматривает специальные составы профессиональной неосторожности (причинение смерти по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ); причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 118 УК РФ) [3].

На фоне повышения уровня требований, предъявляемых пациентами к работе врачей акушеров-гинекологов, лишь треть пациенток удовлетворена качеством работы врачей.

Главной причиной неудовлетворенности качеством оказания врачебных услуг является низкая культура обслуживания пациентов, чем профессиональный уровень врачей акушеров-гинекологов.

Основным медицинским и юридическим документом, гарантирующим защиту врачу во всех вышестоящих инстанциях и в суде является правильно оформленная история болезни (тщательное ведение технологической медицинской документации, в том числе с акцентами на особенности диагностики, лечения и особенности отношений с больными; наличие зафиксированного письменного информированного добровольного согласия или отказа от вмешательства в медицинских документах, особенно у пациентов с высокой вероятностью предъявления претензий (у больных, имеющих множественные фоновые или сопутствующие заболевания); тщательная разработка и оформление договора на оказание платных медицинских услуг и информированный блок с описанием типичных и вероятных неблагоприятных исходов данного вида медицинской помощи).

Уровень правовой грамотности врачей акушеров-гинекологов на данный момент оставляет желать лучшего: только 40% из них знают нормативные документы, регламентирующие их профессиональную деятельность, причем только минимум врачей проходят курсы медико-правовой подготовки врачей.

Подобное положение используется рядом пациентов и их адвокатами, как прекрасная возможность зарабатывания денег на низкой правовой грамотности врачей и, следовательно, их правовой незащитности.

Исходя из выше описанного, можно сделать вывод о необходимости повысить уровень правовой грамотности у врачей в целом и у врачей акушеров-гинекологов, в частности. Это возможно увеличением длительности учебно-практических занятий в высших медицинских учебных заведениях и более углубленным изучением нормативно-правовых актов и документов из судебной практики.

Список литературы:

1. Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства РФ. 27.08.2007. № 35. Ст. 4308;
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю

- «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями и дополнениями) // Российская газета. 25.04.2013. № 90 / 1 (специальный выпуск);
3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 04.03.2013) // Собрание законодательства РФ. 17.06.1996. № 25. Ст. 2954;
 4. Терентьева Л.В., Пашиян Г.А. Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике // Проблемы экспертизы в медицине. 2003. № 11. Т. 3. С. 24;
 5. Гончаренко Д.В., Дмитриева О. А. Проблемы оказания акушерско-гинекологической помощи в судебно-медицинском аспекте // Успехи современного естествознания. 2007. № 6. С. 50-51;
 6. Ткаченко Л.В., Деларю А.В. Менеджмент качества медицинской помощи: классификация дефектов оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи // Медицинское право. 2007. № 4. С. 40-48.

Об авторах:

Бобровская Ольга Николаевна – доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, доцент, кандидат юридических наук, Москва, e-mail: uracadem@yandex.ru

Зиганурова Зилья Зайтуновна – студент третьего курса лечебного факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, e-mail: zilya9618@icloud.com

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, дом 2, стр. 2

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

Ziganurova Zilya Zaitunovna – the third-year student of the Medical Faculty, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Бобровская О.Н., Зиганурова З.З., 2016

Бобровская О.Н., Овакимян А.К.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ДИСТАНЦИОННОЙ РЕАЛИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ КАК НЕОБХОДИМЫЙ ЭЛЕМЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья посвящена анализу проблемного состояния реализации лекарственных средств через аптечную сеть с применением дистанционных технологий и новелл правового обеспечения ее функционирования.

Ключевые слова: законопроект, инициативы, качество медицинской помощи, интернет-аптека.

Bobrovskaya O.N., Ovakimyan A.K.

NEW ASPECTS OF LEGAL REGULATION OF REMOTE DISTRIBUTION OF MEDICINAL PRODUCTS AS A NECESSARY ELEMENT IN ENSURING ACCESS TO QUALITY HEALTH CARE

The article is devoted to analysis of the problematic status of selling and purchasing medicinal products in pharmacies using remote technologies and novelties of legal maintenance of its functioning.

Keywords: bill, initiative, quality of health care, the on-line pharmacy.

Каждый день множество людей обращаются за медицинской помощью разного рода, получая лечение, рекомендации и назначения по использованию и дозировке лекарственных препаратов. Для приобретения лекарственных форм по назначению врача пациенты посещают аптеку, что не всегда удобно, целесообразно и оправдано. Очереди, отсутствие ассортимента, удаленность аптек, высокие цены, возраст пациента, инвалидность, плохое самочувствие, одиночество лишь немногие факторы, среди тех, что многократно усложняют доступ к лекарственным препаратам. Нередко, именно эти обстоятельства влияют на качество и результат лечения, так как медицинские организации и аптеки работают в тесной связи и не одна из них не может существовать отдельно друг от друга. Налаженная и четкая работа аптек позволяет вовремя получить требуемое лечение, однако, высока вероятность, что не все зависит лишь от работы и поставок лекарственных средств. Нельзя сбрасывать со счетов и человеческий

фактор, когда больной не в состоянии дойти до аптеки самостоятельно, а помочь ему некому. В этом случае гарантия успешного лечения уменьшается в разы.

Для успешного достижения высокого качества оказания медицинской помощи нужно учитывать все факторы, включая квалификацию врачей, современное оборудование, новейшие технологии, а также качественные, эффективные лекарственные препараты, которые будут вовремя предоставлены больному. В первом случае государство выделяет финансирование на улучшение качества медицинской помощи и технологического оснащения больниц и поликлиник. Но в отношении аптек все остается достаточно сложно.

В российском законодательстве есть целый перечень нормативно-правовых актов, которые регулируют доставку лекарственных препаратов льготным группам граждан [1].

Вместе с тем, продажа лекарственных препаратов и медицинских средств через интернет-аптеки запрещена.

Так, Указом Президента России от 22 февраля 1992 г. № 179 «О видах продукции (работ, услуг) и отходов производства, свободная реализация которых запрещена», – лекарственные средства, за исключением лекарственных трав; лекарственное сырье, получаемое от северного оленеводства (панты и эндокринное сырье); яды, наркотические средства и психотропные вещества попали в перечень видов продукции, свободная реализация которых запрещена и требует получения лицензии на соответствующий вид деятельности [2].

Руководствуясь действующим законодательством, можно заключить, что в настоящее время дистанционная реализация лекарственных средств запрещена.

Это вытекает из п. 5 Постановления Правительства РФ от 27 сентября 2007 г. № 612 «Об утверждении Правил продажи товаров дистанционным способом» (с изменениями и дополнениями), который устанавливает запрет на продажу дистанционным способом товаров, свободная реализация которых запрещена или ограничена законодательством РФ [3].

Согласно п. 4 Постановления Правительства РФ от 19 января 1998 г. № 55 «Об утверждении Правил продажи отдельных видов товаров, перечня товаров длительного пользования, на которые

не распространяется требование покупателя о безвозмездном предоставлении ему на период ремонта или замены аналогичного товара, и перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих возврату или обмену на аналогичный товар других размера, формы, габарита, фасона, расцветки или комплектации», в ред. Постановление Правительства РФ от 22 июня 2016 г. № 568 [4], – «...при осуществлении розничной торговли в месте нахождения покупателя вне стационарных мест торговли: на дому, по месту работы и учебы, на транспорте, на улице и в иных местах не допускается продажа ... лекарственных препаратов, медицинских изделий...».

Кроме того, у такой формы функционирования аптек есть противники. Например, начальник управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы Тимофей Нижегородцев по итогам заседания экспертного совета по развитию конкуренции в социальной сфере и здравоохранении заключил: «Продажа лекарственных препаратов через интернет может полностью исказить рынок. Есть розничная и оптовая торговля, издержки разные, если мы начнем реализовывать лекарства через интернет, то мы подорвем экономику аптек», – сказал он [6].

Таким образом, продажа и приобретение лекарственных препаратов в дистанционной среде запрещена, неоднозначно принимается официальными службами, но очень востребована обществом.

Поэтому, весной 2015 года Президент РФ Владимир Путин поручил Правительству РФ совместно с Фондом развития интернет-инициатив и Институтом развития Интернета разработать предложения о мерах по поддержке предпринимателей, осуществляющих деятельность в области здравоохранения и фармацевтики [7]. Министерством здравоохранения подготовлен пакет поправок в федеральные законы «Об информации, информационных технологиях и защите информации», «Об обращении лекарственных средств» и в Кодекс РФ об административных правонарушениях. Предполагается, что поправки в вышеуказанные законы вступят в силу с 1 января 2017 года [10].

Эти нововведения позволят многим пациентам заказывать нужные им препараты в сети, своевременно получая необходимое лечение.

В первую очередь в законопроекте об Интернет-торговле предложили такие процедуры проверки рецептов, как очная (рецепт, который получил пациент лично проверяет фармацевт в аптеке или на дому), предварительная (проверка рецепта в электронном виде до совершения заказа) и дистанционная (проверка перед продажей лекарственных средств). Так же осуществлять продажу могут только аптечные организации, имеющие специальную лицензию и продажа ПКУ-препаратов запрещен.

Если доставка товаров будет осуществляться фармацевтическими специалистами, то можно избежать множество формальностей, с которыми придется столкнуться обычному курьеру. Так, в дистанционной проверке рецептов курьеру нужно будет сфотографировать или сканировать рецепт на смартфон и отправлять его в аптеку, где фармацевт проверит подлинность. Но на данный момент не везде есть доступ к интернету, тем самым продажа лекарственных средств может не осуществиться. Так же в целях безопасности необходимо создать программу онлайн-сканирования рецептов, чтобы в будущем не столкнуться с проблемой лекарственного страхования. Важно чтобы курьер смог обеспечить условия хранения лекарственных средств [8] и транспортировки, поэтому нужно обязательно их обучать.

На данный момент существует множество нелегальных интернет-аптек. Чаще всего лекарства через интернет покупают люди, которые проходят курсовое лечение. Они покупают в больших количествах сложные рецептурные препараты, стремясь сэкономить. Примерно 50-60% заказов осуществляться с помощью call-центров, но распространение ассортимента происходит в сети. Так же вносится предоплата перед оформлением заказа. Хотя модераторы и блокируют такие сайты, проблема с онлайн-торговлей не решена, с каждым годом таких сайтов становится больше. В 2014 году насчитывалось порядка 4000 сайтов, на данный момент их более 6000. Чтобы покончить с пиратским рынком лекарств в сети, которые продавали многие незарегистрированные фирмы, с 1 июня вступили в силу поправки в Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», позволяющие в досудебном порядке блокировать интернет-сайты, торгующие лекарствами [5].

Ежедневно по неофициальным данным в Москве совершается 15 тысяч заказов, в сравнении с розничной торговлей это составляет 1,5%.

На данный момент во многих странах уже развит сегмент электронной торговли лекарств. Многие государства для привлечения клиентов ориентируются не на лекарственные средства, а на парафармацевтику, так как сейчас производители предлагают огромное количество БАДов, которые сложно уместить в обычной аптеке.

Крупные сети уже имеют функциональные веб-сайты, в которых покупатели могут выбрать лекарственные препараты и получить их непосредственно в самой аптеке. Некоторые аптеки доставляют заказы покупателям на дом, рискуя возможными последствиями со стороны государственных органов.

По результатам анализа аудиторской компании АО «КПМГ», участники исследования признают важность сегмента электронной торговли. 44% крупных игроков усилили сегмент онлайн-продаж в 2016 году, 33% и 44% крупных и малых компаний соответственно планировали развиваться в этом направлении [9].

Плюсов в создании интернет-аптек множество. Для малоподвижных, болеющих граждан, этот способ покупки намного облегчит их жизнь. Так же станут доступны множество редких препаратов, которые сложно было найти в ряде аптек. Так же увеличится конкуренция между аптеками и, возможно, это приведет к снижению цен на лекарственные препараты и парафармацевтику. А для людей, проживающих в отдаленных регионах со сложным доступом к аптечной сети, онлайн-аптеки могут стать решением многих проблем. Так же легализация Интернет-торговли поможет контролировать качество лекарств, продаваемых в Сети.

Таким образом представляется, что легализация интернет-аптек поможет решить проблему обеспечения доступности и высокого качества медицинской помощи, через свободный, быстрый, надежный и гарантированный способ получения необходимых лекарственных препаратов, средств и техники для пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, инвалидов, беременных женщин, матерей с грудными детьми и детьми инвалидами, а так же лицам ухаживающим за тяжело больными пациентами. В

таком случае связь: постановка диагноза и необходимое лечение через формат получения лекарственных препаратов и медицинских средств помощи будет гарантировать успех достижения задач повышения качества оказания медицинской помощи.

Список литературы:

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2004 г. № 328 «Об утверждении Порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти от 14 февраля 2005 г. № 7
2. Указ Президента России от 22 февраля 1992 г. № 179 «О видах продукции (работ, услуг) и отходов производства, свободная реализация которых запрещена» // Российская газета. 16.03.1992. № 61.
3. Постановления Правительства РФ от 27 сентября 2007 г. № 612 «Об утверждении Правил продажи товаров дистанционным способом» (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства Российской Федерации. 08.10.2007. № 41. Ст. 4894.
4. Постановление Правительства РФ от 19 января 1998 г. № 55 «Об утверждении Правил продажи отдельных видов товаров, перечня товаров длительного пользования, на которые не распространяется требование покупателя о безвозмездном предоставлении ему на период ремонта или замены аналогичного товара, и перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих возврату или обмену на аналогичный товар других размера, формы, габарита, фасона, расцветки или комплектации», в ред. Постановление Правительства РФ от 22 июня 2016 г. № 568 // Собрание законодательства Российской Федерации. 26.01.1998. № 4. Ст. 482.
5. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // Собрание законодательства Российской Федерации. 19.04.2010. № 16. Ст. 1815
6. <http://www.ligazakon.ru/main/4416-torgovlya-lekarstvami-cherez-internet-fas-za-i-protiv.html>
7. http://www.katrenstyle.ru/articles/journal/news/aptechnyie_seti_predlozhili_svoy_variant_onlayn-torgovli_lekarstvami
8. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_57859 / Приказ Минздравсоцразвития России от 14.12.2005 № 785 (ред. от 22.04.2014) «О Порядке отпуска лекарственных средств» (Зарегистрировано в Минюсте России 16.01.2006 № 7353)

9. <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/08/ru-ru-analyses-pharmacy-2016.pdf>

10. <http://izvestia.ru/news/600444>

Об авторах:

Бобровская Ольга Николаевна – доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, доцент, кандидат юридических наук, Москва, e-mail: uracadem@yandex.ru

Овакимян Ани Кареновна – студент третьего курса лечебного факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, e-mail: anika97800@mail.ru

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, дом 2, стр. 2

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

Ovakimyan Ani Karenovna – the third-year student of the Medical Faculty, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Бобровская О.Н., Овакимян А.К., 2016

Вакуленко И.В., Джувалыakov П.Г., Джувалыakov Г.П.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В медицинской практике встречаются случаи, когда здоровье или жизнь пациента могут быть сохранены или не сохранены в зависимости от ряда субъективных и объективных факторов. Проблема квалификации врачебной ошибки чаще всего связывают именно с такими ситуациями.

Ключевые слова: врачебные ошибки, дефекты оказания медицинской помощи, судебно-медицинская экспертиза.

Vakulenko I.V., Dzhuvalyakov P.G., Dzhuvalyakov G.P.

TOPICAL ISSUES OF SAFETY OF DELIVERY OF HEALTH CARE

In medical practice cases when health or life of the patient can be kept meet or aren't kept depending on a number of subjective and objective factors. A problem of qualification of a medical error most often connect with such situations.

Keywords: medical malpractice, defective medical care, forensic examination.

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

В медицинской практике встречаются случаи, когда здоровье или жизнь пациента могут быть сохранены или не сохранены в зависимости от ряда субъективных и объективных факторов. Проблема квалификации врачебной ошибки чаще всего связывают именно с такими ситуациями. Выделяют субъективные и объективные причины неблагоприятного исхода в медицинской практике. К объективным причинам относятся наказуемые врачебные ошибки, совершенные вследствие неосторожности или недостаточности опыта, а так же знаний врача: при невнимательном обследовании, неадекватной оценке

клинических и лабораторных данных, небрежном выполнении операций и других лечебно-профилактических мероприятий, недостаточном уходе и наблюдении за пациентом. К субъективным причинам врачебной ошибки относятся: поспешное, поверхностное обследование больного, пренебрежение необычными симптомами, проведение неполного объема необходимых диагностических мероприятий, чрезмерная самоуверенность врача [1, 2, 3, 5].

Основными признаками, квалифицирующими медицинскую ошибку, являются: соблюдение медицинскими работниками предусмотренных законом и обычаями правил профессионального поведения; добросовестность поведения при осуществлении медицинской деятельности.

Граница между врачебной ошибкой, совершенной в результате «добросовестного заблуждения» и преступлением «по неосторожности», когда врач имел все основания объективно оценить ситуацию, очень тонкая. Одним из главных доказательств выступает заключение судебно-медицинской экспертизы по «врачебным делам» – оценка правильности сбора анамнеза, тактик диагностики и лечения пациентов, правильности ведения медицинской документации.

Проведенный анализ экспертиз по медицинским документам, выполненных сотрудниками отдела комплексных экспертиз ГБУЗ АО «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за период с 2011-2015 годы, касающихся профессиональных правонарушений медицинских работников и неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи, показал следующие результаты. В 2011 году, из 100 случаев: в 5 случаях выставленный диагноз не был подтвержден объективными данными динамического клинического наблюдения; в 4 случаях не были проведены достаточные диагностические мероприятия для установления диагноза заболевания; в 3 случаях не был своевременно установлен диагноз; в 1 случае при осмотре больного не был полно собран анамнез, не отмечена локализация повреждения, его морфологические особенности, не отмечена оказанная медицинская помощь; в 1 случае установлено причинение вреда здоровью пациента при медицинском вмешательстве. В 2012 году, из 110 экс-

пертиз: в 2 случаях выставленный диагноз не был подтвержден объективными данными динамического клинического наблюдения; в 3 случаях не были проведены все необходимые методы лабораторно – инструментального обследования, не выполнен план диспансерного наблюдения, не проведены консультации специалистами; в 2 случаях не был выставлен диагноз заболевания; в 1 случае отмечена тактическая ошибка ведения послеоперационного больного и применение несоответствующих тяжести состояния, доз препаратов. В 2013 году, из 78 экспертиз: в 3 случаях выставленный диагноз не был подтвержден объективными данными динамического клинического наблюдения; в 2 случаях не был выставлен диагноз и оказанная медицинская помощь не была адекватной и своевременной по отношению к характеру и тяжести заболеваний; в 2 случаях нарушения требований стандартов специализированно медицинской помощи; в 1 случае установлено причинение вреда здоровью пациента при медицинском вмешательстве. В 2014 году, проведено 49 экспертиз: в 3 случаях выставленный диагноз не был подтвержден объективными данными динамического клинического наблюдения; в 5 случаях был выставлен диагноз заболевания; в 2 случаях отмечен не полный объем проведения диагностических мероприятий, поздние сроки диагностики и лечения заболеваний; в 3 случаях установлено причинение вреда здоровью пациента при медицинском вмешательстве. В 2015 году, из 36 экспертиз: в 11 случаях выставленный диагноз не был подтвержден объективными данными динамического клинического наблюдения; в 2 случаях отмечен не полный объем проведения диагностических мероприятий; в 4 случаях установлено причинение вреда здоровью пациентов при медицинском вмешательстве.

Кроме того, при изучении и анализе медицинской документации для проведения экспертиз отмечаются следующие дефекты ведения медицинской документации: сокращения в записях, неразборчивость и их отсутствие в медицинских документах (субъективные и объективные данные, данные лабораторных и инструментальных методов исследования, протоколы операций и медицинских манипуляций, диагнозы); неполнота описания повреждений, патологических процессов и состояний [4].

Полученные данные позволяют выявить наиболее частые виды профессиональных ошибок врачей по результатам исследований медицинской документации и экспертных заключений, анализ которых может помочь в повышении качества медицинской помощи, оказываемой населению.

Список литературы:

1. Збруева, Ю.В. Качество оказания лечебно-диагностической помощи в лечебно-профилактических учреждениях на основании анализа комиссионных судебно-медицинских экспертиз по обвинению медицинских работников в профессиональных правонарушениях / Ю.В. Збруева // Астраханский медицинский журнал. 2011. Т. 6. № 1. С. 184-187.
2. Баринев Е.Х., Муздыбаев Б.М., Ромодановский П.О., Фролов Д.В., Черкалина Е.Н., Михеева Н.А. Роль медицинской документации при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по уголовным и гражданским делам, связанным с профессиональными ошибками и дефектами оказания медицинской помощи // Медицинская экспертиза и право. 2010. № 4. С.22-25.
3. Баринев Е.Х., Муздыбаев Б.М., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н. Исследование причин профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи новорожденным важная задача практического здравоохранения // Проблемы экспертизы в медицине. 2011. Т.11. № 1-2 (41-42). С.5-8.
4. Вакуленко И.В., Джувалыков П.Г., Джувалыков Г.П. Актуальные вопросы врачебных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи населению // Медицинская экспертиза и право. 2016. №2. С. 25-28.
5. Ромодановский П.О., Баринев Е.Х., Черкалина Е.Н., Татаринцев А.В. Значение изучения нежелательных исходов в медицинской практике // Медицинская помощь. 2009. № 3. С.9-10.

Об авторах:

Вакуленко Ирина Валерьевна – старший лаборант кафедры судебной медицины ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань, e-mail: irina-vakulenko@mail.ru

Джувалыков Павел Георгиевич – министр здравоохранения Астраханской области, заведующий кафедрой судебной медицины ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент, Астрахань, e-mail: fred197490@gmail.com

Джуваляков Георгий Павлович – профессор кафедры судебной медицины ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент, Астрахань

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, 414000, г. Астрахань, ул.Бакинская, 121

Баринов Евгений Христович – профессор кафедры судебной медицины и медицинского права, доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20/1, e-mail: ev.barinov@mail.ru

Vakulenko Irina Valeryevna – the senior laboratory assistant of department of forensic medicine FGBOU WAUGH «The Astrakhan state medical university» of the Russian Ministry of Health, Astrakhan

Dzhuvalyakov Pavel Georgiyevich – the Minister of Health of the Astrakhan region, the head of the department of forensic medicine FGBOU WAUGH «The Astrakhan state medical university» of the Russian Ministry of Health, the doctor of medical sciences, the associate professor, Astrakhan

Dzhuvalyakov Georgy Pavlovich – professor of department of forensic medicine FGBOU WAUGH «The Astrakhan state medical university» of the Russian Ministry of Health, the candidate of medical sciences, the associate professor, Astrakhan

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

© Вакуленко И.В., Джуваляков П.Г., Джуваляков Г.П., Баринов Е. Х., 2016

Веселкина О.В.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА: ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

В статье проанализированы нормативно-правовые документы, регламентирующие производство экспертизы дефектов медицинской помощи с начала двадцатого века до настоящего времени. Приведены аргументы в пользу и против некоторых норм права, которые в настоящее время утратили силу. Сделан вывод о необходимости разработки и принятия нормативно правового документа, регламентирующего производство экспертиз дефектов медицинской помощи для всех видов судебно-медицинских экспертных учреждений.

Ключевые слова: дефекты медицинской помощи, вред, причиненный здоровью человека, экспертные ошибки, профессиональные правонарушения медицинских работников, врачебное дело, врачебная ошибка.

Veselkina Olesya

FORENSIC MEDICAL EXPERTISE OF MEDICAL MALPRACTICE CASE FILES : PROBLEMS OF REGULATORY FRAMEWORK

In this article regulations concerning forensic medical examination in cases medical malpractice from beginning of twenty century till nowadays were analyzed. Presented pros and cons of rules of law which are no longer valid. Finally concluded about necessity of development and adoption of regulation concerning forensic medical examination in cases of medical malpractice.

Keywords: healthcare errors, bodily harm, forensic medical errors, professional errors of medical personnel, medical malpractice, medical error.

Тема дефектов оказания медицинской помощи и их квалификации в уголовном и гражданском в настоящее время является одной из самых обсуждаемых в медицинском сообществе. Возросший интерес к ней обусловлен не только широким освещением неблагоприятных исходов лечения больных в средствах массовой информации, но и подробным освещением хода судебных разбирательств конкретных врачей на профильных сайтах. В таких случаях медицинским сообществом публикуются и обсуждаются результаты проведенных судебно-медицинских экспертиз дефектов медицинской помощи, что к сожалению, вскрывает существенные проблемы в самой отрасли судебно-медицинской экспертизы.

В Московской области ежегодно проводится детальный анализ дефектов медицинской помощи с изданием «Мониторинга дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области: ежегодный доклад» [1, 2]. Авторами в анализе за 2015 года по сравнению с 2006 годом отмечен рост экспертиз ДМП и за 10 лет почти в 2,2 раза, из них по уголовным делам в 1,2 раза, по гражданским делам в 2,7 раза, по материалам доследственной проверки 3,8 раза. Помимо мониторинга дефектов медицинской помощи, как и каждое судебно-медицинское учреждение, ГБУЗ Московской области «Бюро СМЭ» сталкивается с называемым нами «синдромом первично множественных комиссионных экспертиз», когда в рамках расследования уголовных дел или материалов доследственной проверки комиссионные экспертизы назначаются многократно, в Бюро СМЭ разных регионов, РФЦСМЭ и частные экспертные учреждения, а основной к их назначению является не уголовно-процессуальный кодекс, а так называемое «желание одной из сторон», которой выступает либо пациент или его родственники, постоянно подающие жалобы в различные инстанции, либо само следствие желающее вывести в суд «резонансное дело». К сожалению, помимо указанного повода, последние несколько лет мы стали наблюдать, что запуск синдрома «первично множественных комиссионных экспертиз» происходит не только из-за выше обозначенной причины. Причиной его в ряде случаев, а в последнее время, все чаще – становятся сами судебно-медицинские эксперты.

Возросшее число экспертиз дефектов медицинской помощи потребовало от всех руководителей судебно-медицинских экспертных учреждений (далее СМЭУ) расширения штатов, набора в отделы сложных (комиссионных, комплексных) экспертиз новых сотрудников. В ряде государственных СМЭУ к этому вопросу подошли крайне ответственно, расширение штата производилось постепенно, а вновь прибывших экспертов обучали на рабочем месте опытные эксперты. К сожалению, в части государственных СМЭУ и особенно в негосударственных СМЭУ подобный подход использован не был. В условиях крайне слабого нормативно-правового регулирования подобного вида экспертиз, отрыв от накопленного опыта производства экспертиз дефектов

медицинских помощи, привел к обывательскому подходу как в вопросе установления причинно-следственных связей между дефектами медицинской помощи, так и в квалификации их с позиции вреда, причиненного здоровью пациента. С прискорбием можно констатировать, что указанная проблема коснулась в том числе и ряд ранее считавшихся ведущими СМЭУ. Проведение экспертизы в подобных экспертных учреждениях практически гарантирует установление прямой причинно-следственной связи и тяжкого вреда здоровью, причиненного здоровью пациента дефектами медицинской помощи. В худшем случае, если такая экспертиза оказывается единственной – дело быстро оказывается в суде, а врач-фигурант уголовного дела – на скамье подсудимых. В другом случае, если такая экспертиза не является первой комиссионной экспертизой, назначенной в ходе расследования уголовного дела, это влечет за собой назначение третьей, а за ней, как правило четвертой, а иногда и пятой-шестой, комиссионной экспертиз, то есть затягивает следствие почти до бесконечности.

Возросшее число уголовных дел, расследуемых подобным образом, заставляет авторов обратиться к проблеме нормативно-правового регулирования экспертизы дефектов оказания медицинской помощи и методического обеспечения подобной деятельности и обозначить указанную проблему как одну из наиболее острых в судебной медицине в настоящее время.

Стоит обратиться к истории нормативно-правового регулирования экспертизы дефектов медицинской помощи советского и раннего постсоветского периода, чтобы сформулировать пути выхода из сложившегося положения. Еще в 1928 году народные комиссариаты здравоохранения и юстиции (циркуляр №63 от 11 января 1928 года) предписали «экспертизу по делам о привлечении врачей по врачебным ошибкам производить краевым и областным судебно-медицинским экспертам в комиссии с участием врачей-специалистов по данному вопросу». В 1958 году главным судебно-медицинским экспертом СССР была подготовлена «Инструкция в работе судебно-медицинских экспертных комиссий Бюро судебно-медицинских экспертиз», которая предписывала проводить экспертизы дефектов медицинской помощи составом не менее трех судебно-медицинских экспертов, с участием специалистов соответствующих

медицинских дисциплин, имеющих большой научно-практический стаж работы. Инструкция содержала указания о порядке производства экспертиз и даже объему исследуемой документации. Понятие дефект медицинской помощи впервые появилось в «Правилах судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений» (приказ Минздрава СССР №1208 от 11.12.1978), где упоминалось, что наличие дефектов медицинской помощи не должно служить основанием для изменения квалификации тяжести телесных повреждений. Первое упоминание о том, что дефекты медицинской помощи могут быть квалифицированы как вред, причиненный здоровью, встречается лишь в приказе Минздрава РФ от 10 декабря 1996 г. № 407 «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз» с пунктах 19 и 20. В них дается четкое указание о проведении экспертиз дефектов медицинской помощи комиссионно с участием соответствующих специалистов. Там же четко разъясняется, что только дефект медицинской помощи может быть расценен как вред здоровью, а осложнения после правильных медицинских манипуляций не относятся к вреду здоровью. К сожалению, в ныне действующих нормативно-правовых документах указанные нормы права были переформулированы так, что фактически утрачены. Так в приказе от 12 мая 2010 г. № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях российской федерации» указано лишь о том, что к производству экспертиз по делам о привлечении к ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения могут привлекаться эксперты-врачи соответствующих специальностей, то есть норма приведена в рекомендательной форме и не обязательна к исполнению. В приказе Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 г. № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» отмечено, что «ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью». Нормы об обязательном комиссионном характере таких экспертиз приведенный приказ также не содержит.

Таким образом, следует признать, что нормативно-правовое регулирование производства экспертиз дефектов медицинской

помощи в настоящее время деградировало даже при сравнении с началом двадцатого века. А ведь как медицинская наука и практика сделали большой скачок в развития, так и правовое регулирование во многих сферах претерпело большие изменения.

К сожалению, приходится констатировать, что работа в этом направлении ведется в неверном русле. В 2015 году судебно-медицинское экспертное сообщество стало свидетелем попытки проведения через Минздрав России проекта «Порядка определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» без предварительного обсуждения с судебно-медицинским сообществом. Проект приказа содержал сомнительные определения вреда, причиненного здоровью, в которого были введены фактически полные формулировки статей уголовного кодекса, и соответственно юридические понятия «действие» и «бездействие». Также в проекте предписывалось квалифицировать подобные «действие» и «бездействие» как тяжкий вред здоровью, что противоречит элементарным нормам логики. Столь «революционные» изменения не вытекали ни из судебно-медицинской науки, ни их сложившейся экспертной практики, а по видимому, были направлены на «помощь» следственным органам в сложившейся в последние годы тенденции к увеличению числа уголовных дел против медицинских работников, переданных в суд. К счастью, указанный порядок не был утвержден. Вслед за ним, ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России были изданы методические рекомендации «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи». К сожалению, несмотря на столь многообещающее название издание представляет собой масштабное цитирование некоторых нормативно-правовых документов, регламентирующих производство экспертизы качества медицинской помощи, применение которых к судебно-медицинской экспертизе дефектом медицинской помощи является весьма diskutabelным. А кроме того, оно содержит ошибочное (соответствующее не принятому порядку) определение вреда, причиненного здоровью человека. Польза такого издания весьма сомнительна.

Все изложенное, позволяет авторам сделать следующий вывод: в настоящее время нужен нормативно-правовой документ, кото-

рый будет распространять свое действие на все формы СМЭУ: государственные, негосударственные, экспертные подразделения при следственных органах. Такой документ должен содержать порядок производства таких экспертиз и обязательно закреплять ставшие уже догмой истины: экспертиза дефектов оказания медицинской помощи должна производиться комиссионно, обязательно с привлечением врачей соответствующих клинических специальностей; прямая причинно-следственная связь и вред, причиненный здоровью пациента дефектами оказания медицинской помощи должны устанавливаться исходя из принципов логики. Разработка такого нормативно-правового документа должна быть тщательной, опираться на достигнутое в судебной медицине, сам документ должен быть подвергнут широкому обсуждению в судебно-медицинском и клиническом сообществе прежде чем его первый проект будет направлен в Минздрав России.

Список литературы:

1. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2015 году: ежегодный доклад / [Клевно В.А., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В.]; под ред. проф. В.А. Клевно М.: Ассоциация СМЭ, 2016. 124 с.
2. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2014 году: ежегодный доклад / [Клевно В.А., Веселкина О.В., Обухова Ю.Д.]; под ред. проф. В.А. Клевно М.: Ассоциация СМЭ, 2015. 98 с.
3. М.И. Авдеев. Судебная медицина. // Госюриздат, 1951. С. 417.

Об авторе:

Веселкина Олеся Валерьевна – заведующая отделом сложных экспертиз Государственного бюджетного учреждения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», врач судебно-медицинский эксперт первой квалификационной категории, 111401, г. Москва, ул. Владимирская, дом 33, к. 1, e-mail: veselkina@sudmedmo.ru

Veselkina Olesya Valer'evna – Head of department of complicated expertise of federal government funded healthcare institution of Moscow region «Bureau of Forensic Medical Expertise», forensic medical expert of first qualification category, Moscow region

Веселкина О.В.

ЭКСПЕРТНЫЕ ОШИБКИ ПРИ КВАЛИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИЧИНЯВШИХ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ

В статье проанализированы наиболее типичные экспертные ошибки, допускаемые при квалификации дефектов медицинской помощи по степени тяжести вреда, причиненного здоровью. Выявлено, что наиболее частыми ошибками являются ошибки логики, которые приводят к неверной трактовке медицинских критериев вреда, причиненного здоровью человека и как следствие, неверному применению пунктов группы 6.2 Медицинских критериев.

Ключевые слова: дефекты медицинской помощи, вред, причиненный здоровью человека, экспертные ошибки, профессиональные правонарушения медицинских работников, врачебное дело, врачебная ошибка.

Veselkina Olesya

FORENSIC MEDICAL ERRORS OF QUALIFICATION OF BODILY HARM IN CASES OF MEDICAL MALPRACTICE

In this article most frequent forensic medical errors of bodily harm qualification in cases of medical malpractice were analyzed. Investigation showed that most frequent errors were errors of logic, which leads to wrong application of group 6.2 of medical criteria of bodily harm.

Keywords: healthcare errors, bodily harm, forensic medical errors, professional errors of medical personnel, medical malpractice, medical error.

Рост количества экспертиз ДМП из года в год отмечается по всей Российской Федерации, Московская область не является исключением [1, 2]. Возросло и число повторных экспертиз дефектов медицинской помощи (далее ДМП). Одной из причин, обуславливающей назначение повторных экспертиз являются вопросы установления причинно-следственных связей и квалификации вреда, причиненного здоровью пациента ДМП. Вопросам экспертных ошибок на реальных примерах будет посвящена настоящая статья.

Пример 1. Во время родов имела место дистоция плечиков плода. Врачом акушером-гинекологом было произведено пособие по Цовьянову, после чего родился живой доношенный мальчик. Сразу же после рождения у ребенка был диагностирован перелом левой плечевой кости со смещением. Мать ребенка обратилась с заявлением в правоохранительные органы, считая, что врачом был причинен вред здоровью новорожденного.

Следственные органы назначили экспертизу в районное судебно-медицинское отделение, где врачом судебно-медицинским экспертом единолично перелом плеча был квалифицирован как тяжкий вред, причиненный здоровью ребенка в соответствии с п. 6.11.1 «Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», утвержденных приказом Минздравсоцразвития России №194н от 24.04.2008г. (далее – медицинских критериев). Врачи клинических специальностей к производству экспертизы не привлекались.

В ходе повторной экспертизы, к производству комиссионной экспертизы были привлечены врач акушер-гинеколог и врач неонатолог. При исследовании медицинских документов врачом акушером гинекологом ДМП выявлено не было – ведение родов было правильным, пособие по Цовьянову было применено по абсолютным показаниям, технически правильным. Врачом неонатологом было установлено наличие у ребенка остеопении, обусловившей образование перелома при минимальном по силе воздействии. Экспертная комиссия пришла к выводу, что образование перелома плеча было обусловлено не ДМП (то есть неправильным действием врача), а соответственно не может расцениваться как вред, причиненный здоровью человека.

Ошибка, допущенная районным судебно-медицинским экспертом, заключалась в том, что им был пропущен первый этап доказательства – установление наличия ДМП, напротив же квалификация вреда была произведена по последствию, не обращая внимания на причины образования перелома. После получения экспертизы, уголовное дело было прекращено за отсутствием состава преступления.

Пример 2. Ребенок 5 лет поступил в хирургическое отделение больницы через 6 часов после появления болей в животе, с субфебрильной температурой тела, после осмотра был госпитализирован, заподозрен острый аппендицит. Врач Д., наблюдавший больного по дежурству, недостаточно полно обследовал больного ребенка, выбрал тактику наблюдения, не выявил показаний для срочной операции. Врач Б., принявший ребенка утром, установил показания к срочной операции, произвел аппендектомию через традиционный разрез (почти через сутки после начала заболе-

вания). У ребенка имела место редко встречающаяся, атипично протекающая форма аппендицита – ретроцекально и частично ретроперитонеально расположенный флегмонозно-язвенный аппендицит. В дальнейшем развились осложнения – межпетлевые абсцессы, перитонит. Было выполнено 4 операции, однако смерть ребенка наступила от полиорганной недостаточности.

В ходе первой комиссионной экспертизы, члены экспертной комиссии пришли к выводу «что ухудшение состояния здоровья ребенка к этому периоду (к 10 часам утра следующего дня когда ребенок был прооперирован) было обусловлено несвоевременной диагностикой острой патологии брюшной полости с развитием гангренозного аппендицита и серозно-фибринозного местного перитонита». Эксперты посчитали, что «на данном этапе смерть ребенка была предотвратима при установлении врачом Д. правильного диагноза и своевременного проведения аппендэктомии. Таким образом, действиями врача-хирурга Д. на данном этапе ребенку был причинен средней тяжести вред здоровью по признаку длительного расстройства здоровья сроком свыше 21 дня». Относительно действий второго врача, эксперты отметили, что «врачи-хирурги Б. и М., не имеющие подготовки по детской хирургии, не должны были оперировать ребенка. Произведенный ими разрез Шпренгеля, дающий ограниченный доступ в брюшную полость, не давал возможности провести в достаточном объеме ревизию и санацию брюшной полости при атипичном (ретроцекально и частично ретроперитонеально) расположении червеобразного отростка... Таким образом, в результате действий хирургов Б. и М. (врач Б. несет ответственность как оперирующий хирург) у больного развилось опасное для жизни расстройство жизненных функций организма, которое не могло быть компенсировано самостоятельно и закончилось смертью. Действия оперирующего хирурга Б. причинили тяжкий вред здоровью ребенка, повлекший смерть».

Ошибка, допущенная экспертной комиссией, заключалась в том, что экспертами выводы сделаны с нарушением принципов логики. Прямая причинно-следственная связь установлена как между заболеванием и наступлением смерти, так и между ДМП и наступлением смерти, хотя одно суждение автоматически исключает другое. Неверным является и применение медицинских кри-

териев вреда здоровью: п. 6.2.7 (гнойно-септическое состояние) был применен неверно: перитонит развился не вследствие ДМП, а являлся осложнением имеющегося у ребенка заболевания. Квалификация же действий врача Д. произведена по признаку «предположительного» расстройства здоровья, что в судебной медицине недопустимо. Несмотря на то, что после приведенной экспертизы было проведено еще две комиссионных экспертизы в экспертных учреждениях другого региона судом была принята первая экспертиза и врач Б. был признан виновным, осужден на 2 года лишения свободы условно.

Пример 3. Мужчина 50 лет рано утром впервые почувствовал боль в области сердца, в связи с чем вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Прибывшим врачом был проведен осмотр, выполнена ЭКГ, больной был оставлен на месте. Через два часа больной умер. При судебно-медицинской экспертизе установлено, что причиной смерти явилась острая коронарная недостаточность.

Следствием была назначена комиссионная экспертиза, в выводах которой отражено наличие ДМП, не расценивающих как вред здоровью, указано отсутствие прямой причинно-следственной связи между ДМП и наступлением смерти.

В связи с жалобами жены умершего пациента, «резонансностью» дела, следствием была назначена повторная экспертиза. Экспертами сделан вывод, что «Допущенные ДМП (неполное обследование, неправильная диагностика, неправильная тактика лечения) находятся в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти С... Острый коронарный синдром у С., осложнившийся в условиях ДМП развитием острой сердечной недостаточности по типу отека легких являлся опасным для жизни, вызвал расстройство жизненно важных функций организма, которое не могло быть компенсировано самостоятельно и привело к смерти и по этому критерию квалифицируется как ТЯЖКИЙ ВРЕД здоровью (основание п. 6.2.4. Приказа от 24 апреля 2008г. 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»).

Ошибка, допущенная экспертной комиссией, заключалась в том, что экспертами выводы сделаны с нарушением принципов логики. Прямая причинно-следственная связь установлена между

условием и последствием. Соответственно неверной была квалификация вреда здоровью – развитие острой сердечной недостаточности было обусловлено не ДМП, а заболеванием. По логике экспертов, именно заболевание и причинило тяжкий вред здоровью пациента.

После получения повторной комиссионной экспертизы, следствием было предъявлено обвинение врачу СМП и осуществлена попытка передачи дела в суд. Только благодаря активной работе защитника, многочисленным жалобам в прокуратуру – защите удалось добиться назначения третьей комиссионной экспертизы, результаты которой были идентичны выводам первой экспертизы, что не удовлетворило следствие. Только после четвертой экспертизы с аналогичными выводами, следствием было прекращено уголовное дело и врач СМП был реабилитирован.

Выводы. При установлении вреда, причиненного здоровью пациента должны применяться те же принципы, которые используются в остальных видах экспертиз. Применение «индивидуального подхода» исключительно к экспертизе ДМП – недопустимо. Это закономерно приводит к множественности комиссионных экспертиз при расследовании дел, а следовательно, к искусственному затягиванию сроков их расследования и нарушению прав как граждан, так и врачей, подозреваемых в совершении преступления.

Применение критериев тяжкого вреда здоровью из группы п.п. 6.2 Медицинских критериев, самостоятельно, при отсутствии прямой причинно-следственной связи ДМП с наступившим последствием, подпадающим под такой пункт недопустимо. Экспертной комиссией должен быть установлен ДМП, при установлении вреда, причиненного здоровью – суть ДМП должна соответствовать определению вреда, причиненного здоровью человека, определенным законодателем. При этом причинно-следственная связь между ДМП и наступлением осложнения из группы признаков п.п. 6.2 Медицинских критериев не может носить случайный характер.

Наиболее часто к ошибкам при установлении вреда, причиненного здоровью человека приводят нарушение принципов логики, когда между одним событием (повреждением (заболеванием) и его закономерно развившимися осложнениями) устанавливается двойная связь: сначала прямая связь устанавливается при аргумен-

тации причины смерти, затем же такая же прямая связь устанавливается между ДМП и наступлением смерти.

Другой частой ошибкой является то, что экспертные комиссии опускают обязательные при производстве экспертизы ДМП – этапы, а именно: установление ДМП, а затем оценка его с позиции соответствия определению «вреда, причиненного здоровью человека». Любое неблагоприятное последствие для здоровья пациента не может расцениваться как вред, причиненный здоровью, пока судебно-медицинскими экспертами не доказано, что это последствие обусловлено неправильными действиями медицинского работника.

Экспертные ошибки приводят к ошибочным решениям следственных органов и судов, что нарушает права граждан. Наихудшими последствиями экспертных ошибок является осуждение невиновного врача.

Список литературы:

1. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2015 году: ежегодный доклад / [Клевно В.А., Веселкина О.В., Сидорович Ю.В.]; под ред. проф. В.А. Клевно М.: Ассоциация СМЭ, 2016. 124 с.
2. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2014 году: ежегодный доклад / [Клевно В.А., Веселкина О.В., Обухова Ю.Д.]; под ред. проф. В.А. Клевно М.: Ассоциация СМЭ, 2015. 98 с.

Об авторе:

Веселкина Олеся Валерьевна – заведующая отделом сложных экспертиз Государственного бюджетного учреждения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», врач судебно-медицинский эксперт первой квалификационной категории, 111401, г. Москва, ул. Владимирская, дом 33, к. 1, e-mail: veselkina@sudmedmo.ru

Veselkina Olesya Valer'evna – Head of department of complicated expertise of federal government funded healthcare institution of Moscow region «Bureau of Forensic Medical Expertise», forensic medical expert of first qualification category, Moscow region

Горячева О.Г.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОГО СТАЦИОНАРА

Статья посвящена анализу законодательства в сфере здравоохранения с целью выделения отдельных обязательных составляющих экспертизы временной нетрудоспособности в условиях пенитенциарного стационара.

Ключевые слова: листок нетрудоспособности; период временной нетрудоспособности.

Goryacheva O.G.

ASPECTS OF TEMPORARY DISABILITY EXAMINATION IN PRISON HOSPITAL

This article analyzes in health legislation in order to separate the individual components of the compulsory examination of temporary disability in a prison hospital.

Keywords: sick leave; the period of temporary disability.

Оказание медицинской помощи осужденным в стационарных условиях сопряжено с ежедневным динамичным ведением экспертной работы в рамках имеющегося правового поля и нормативных документов. Проведение экспертизы нетрудоспособности осужденных, трудоустроенных на предприятиях, локализованных в исправительных учреждениях (ИУ), на сегодняшний день проводится в правовом поле нескольких нормативных документов, которые имеют ряд противоречий друг с другом, но, тем не менее, являются действующими.

Целью настоящей работы является формирование правильно-го вектора проведения экспертизы временной нетрудоспособности осужденных с разбором спорных клинико-экспертных случаев.

На сегодняшний день в Российской Федерации ключевым законом организации медицинской помощи гражданам является Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», одобренный Светом Федерации 09.11.2011 года. Статья 59 Федерального закона раскрывает основные особенности проведения экспертизы временной нетрудоспособности (ЭВН). Ключевой фигурой в выдаче и оформлении листка нетрудоспособности (ЛН) является лечащий врач или фельд-

шер. При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе пациент направляется для прохождения медико-социальной экспертизы (МСЭ) в целях оценки ограничения жизнедеятельности, а в случае отказа прохождения освидетельствования листок нетрудоспособности закрывается. При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть продлен до 9 месяцев, в случае невыздоровления за этот период пациент направляется на МСЭ. Порядок проведения ЭВН устанавливается федеральным органом исполнительной власти, в роли которого выступает Министерство здравоохранения.

До 2011 года главным документом для выдачи ЛН осужденным был Приказ Минздрава РФ № 316, Минюста РФ №185, Фонда социального страхования №180 от 14.07.2003г. «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности осужденных к лишению свободы лиц, привлеченных к оплачиваемому труду, и выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность» (далее – Приказ №316 / 185 / 180). Появление в 2011 году Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 624н от 29.06.2011 «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности» (с изменениями от 24.01.2012) не отменило собой нормативную базу Приказа №316 / 185 / 180, но внесло в порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности ряд изменений. Денежные выплаты осужденным по ЛН регулируются Постановлением Правительства №727 от 15.01.2001 (в редакции от 25.03.2013) «О порядке обеспечения пособиями по обязательному государственному социальному страхованию осужденных к лишению свободы лиц, привлеченных к оплачиваемому труду».

Согласно Приказа № 624н, ЛН выдается при предъявлении документа, удостоверяющего личность, в день обращения, либо в день закрытия листка нетрудоспособности. В условиях пенитенциарного стационара лечащий врач не имеет возможности увидеть документы, удостоверяющие личность осужденного, регламентированные в Приказе №624н. Документами, удостоверяющими личность осужденного, находящегося на лечении в стационаре, является справка о трудоустройстве, подписанная канцелярией ИУ, где человек трудоустроен. Также этапом, одновременно с осужденным, в распоряжение ИУ, где находится больница, поступает

личное дело осужденного, которое содержит в себе его фотографию. Непосредственно подтвердить личность осужденного может личный состав исправительного учреждения, имеющий непосредственный доступ к личным делам. Лечащего врача с личным делом не знакомят. Исключение составляет лишь врач-психиатр.

Осужденные, в отличие от законопослушных граждан, не имеют права на оформление ЛН на предыдущее в течение последних двух лет место работы для получения максимально выгодных выплат.

При выписке из стационара, в отличие от законопослушных граждан, на руки ЛН осужденному не выдается, а передается уполномоченному сотруднику ИУ для дальнейшей передачи в бухгалтерию ИУ, где он трудоустроен (Приказ №316 / 185 / 180, п. 1.5.). После стационарного лечения ЛН выдается в день выписки за весь период стационарного лечения. Даже если период лечения очень длительный (например – по туберкулезу), он все равно будет одной строкой прописан в ЛН. Это также является отличием от государственной системы здравоохранения, где пациенту, длительное время находящемуся в стационаре, стараются ежемесячно закрывать ЛН кодом «N!» (продолжает болеть) и отдают на оплату. Считается, что осужденный всем обеспечен за счет государства. При продолжении временной нетрудоспособности ЛН может быть продлен до 10 дней – на период этапа до ИУ, где осужденный отбывает наказание, что не противоречит Приказу 624н. Однако ключевым моментом списания к труду осужденных является тот факт, что добровольно покинуть стационар при наступлении трудоспособности они не могут. Выписка проводится только в этапные дни при согласовании с отделом безопасности. Возможны ситуации ожидания этапа в стационаре в трудоспособном состоянии с закрытым к труду ЛН. При этом состояние осужденного позволяет теоретически, в случае возникновения служебной необходимости, привлекать его к хозяйственным делам ИУ.

Ключевой разницей экспертизы нетрудоспособности в пенитенциарной медицине является тот факт, что пациент может быть трудоспособным, находясь в стационаре и обследуясь по своему основному заболеванию. Поэтому всех врачей, первично осматривающих пациента в стационаре администрация больницы просит в истории болезни обязательно указывать состояние на момент по-

ступления в стационар – трудоспособный или нетрудоспособный. Трудоспособность также необходимо оценивать с учетом профессии осужденного. Например, хронический ларингит не является противопоказанием для работы швеей, но может мешать работе нарядчицей. В Приказе №316 / 185 / 180 указано, что ЛН не выдается за время проведения периодического медицинского осмотра осужденного, в том числе при нахождении в стационаре. Также ЛН не выдается симулянтам (п. 1.9.5 Приказа №316 / 185 / 180), не выдается нарушителям режима, установленного лечебным учреждением. Чтобы не выдать ЛН за нарушение режима, рекомендуем перед поступлением в стационар наряду с оформлением добровольного согласия на лечение подписывать согласие с правилами внутреннего распорядка с подробным указанием того, чего делать в стационаре нельзя.

Можно рассмотреть такой пример. Осужденная поступает в хирургическое отделение больницы для проведения планового грыжесечения. При этом жалоб она активно не предъявляет. На воле в таком случае пациентка начала бы обследование в поликлинике по месту жительства. Объем обследования перед плановой операцией установлен порядками и стандартами оказания медицинской помощи для всех видов лечебных учреждений. Но в системе пенитенциарной медицины нет возможности проведения амбулаторного обследования перед плановой операцией, так как оснащение медчастей при ИУ не обеспечивает выполнения всего обследования, указанного в порядках и стандартах. Пациенты этапом прибывают в больницу и там начинают предоперационное обследование. Возможно, что в случае обнаружения каких-либо противопоказаний для оперативного вмешательства, операция проведена не будет и пациент-осужденный этапом уедет в свою колонию. Но если противопоказания отсутствуют и пациенту проводится плановое оперативное вмешательство, то с этого дня у него начинается период временной нетрудоспособности. После снятия швов, формирования состоятельного рубца и отсутствия осложнений пациент становится трудоспособным и выписывается на этап. В этом случае сроки госпитализации будут не соответствовать срокам госпитализации, так как история болезни заведена раньше наступления временной нетрудоспособности. В данном

случае это не может быть нарушением, так как не противоречит пунктам Приказа №316 / 185 / 180. Для исключения недоразумений мы рекомендуем в строке «находился в стационаре» указывать сроки временной нетрудоспособности осужденного, а не весь период его пребывания в стационаре. При этом на первой странице истории болезни должны быть указаны периоды его обследования без ЛН, а также период временной нетрудоспособности.

При наступлении нетрудоспособности в период стационарного обследования, в день наступления нетрудоспособности рекомендовано провести заседание врачебной комиссии, чтобы обосновать дальнейшее лечение по листку нетрудоспособности, который будет оформлен при выписке из стационара. Каждые 15 дней в дальнейшем необходимо на заседании врачебной комиссии при необходимости продлять лечение по листку нетрудоспособности. При выписке единой строкой в ЛН указывается период временной нетрудоспособности в стационаре, ЛН оформляется на врачебной комиссии с записью протокола ВК, с указанием номера ЛН, сроков временной нетрудоспособности «с» и «по», количества дней нетрудоспособности, а также дальнейшей формулировки «к труду такого-то числа» или ЛН открыт, возможно с периодом дальнейшего этапа (не более 10 дней, рекомендуем указывать отдельной строкой).

Указанные Приказом №316 / 185 / 180 сроки выдачи ЛН врачом на срок до 10 дней и продления единолично до 30 дней не являются допустимыми в правовом поле Федерального закона №323-ФЗ и Приказа №624н, поэтому на практике, для определения максимальных сроков выдачи и продления ЛН рекомендуем пользоваться приказом №624н, как более свежей нормативной базой. Необходимо помнить, что при стационарном лечении врач не имеет права единолично выдавать ЛН, все оформление и продление ЛН осуществляется врачебной комиссией. Продление ЛН проводится в стационаре на заседании врачебной комиссии в соответствии с Приказом №624н – каждые 15 дней, а не каждые 30 дней в соответствии с Приказом №316 / 185\180, что также является экспертным разногласием этих двух нормативных документов.

При оформлении группы инвалидности первично или повторно, если осужденный трудоустроен с имеющимся букетом заболе-

ваний и на момент обследования признаков временной нетрудоспособности не демонстрирует, на период обследования в стационаре листок нетрудоспособности не выдается, так как это обследование в рамках порядков и стандартов носит плановый характер. Например, осужденная 35 лет, имеющая в анамнезе бронхиальную астму, смешанную форму, направленная в стационар для обследования перед первичным освидетельствованием в бюро МСЭ, в случае отсутствия признаков временной нетрудоспособности ЛН не получает. Обязательным условием является оформление добровольного информированного согласия перед госпитализацией в стационар. В нем желательно перед поступлением в стационар указать, что пациентка поступила на обследование без признаков временной нетрудоспособности. Данная запись не будет нарушением прав пациентки, но сможет легко объяснить ситуацию в случае направления претензий осужденной об отсутствии ЛН за период ее госпитализации. Необходимо отметить, что в последнее время участились жалобы осужденных на невыдачу ЛН за период госпитализации.

Аналогичные ситуации часто возникают при очередном плановом обследовании по хроническому заболеванию. В частности, больные с ВИЧ-инфекцией 4 стадии один-два раза в год обязательно проходят обследование в стационаре с целью сдачи лабораторных анализов, УЗИ-диагностики, консультации смежных специалистов, контроля лекарственных взаимодействий и коррекции схем антиретровирусной терапии. Если нет никаких сопутствующих заболеваний, приведших к временной нетрудоспособности, то по ВИЧ-инфекции, в случае планового обследования, ЛН не выдается. ВИЧ-инфекция является заболеванием, возникновение которого зачастую связано с самими пациентами (большинство ВИЧ-инфицированных в пенитенциарных учреждениях в прошлом – наркоманы со стажем). Пункт 1.9.5. Приказа №316 / 185 / 180 запрещает выдавать ЛН осужденным, умышленно причинившим вред своему здоровью. Похожая экспертная ситуация возникает при обследовании наркоманов с вирусными гепатитами.

Венерические заболевания, при их выявлении и лечении в местах лишения свободы, также не являются основанием для выдачи ЛН.

Случаи причинения себе вреда различной степени тяжести в условиях ИУ также не являются поводом для выдачи ЛН.

Отдельно необходимо разобрать пример закрытия ЛН в период продолжения временной нетрудоспособности осужденных. Согласно Приказа №316 / 185 / 180, в случае временной приостановки работы производства, ЛН не выдается. Если временная приостановка производства произошла в период временной нетрудоспособности осужденного, то ЛН ему не выдается. Но если работа производства возобновилась, а временная нетрудоспособность сохраняется, то ЛН при выписке выдается со дня возобновления производства.

В случае, если в период госпитализации осужденный нарушал режим, предписанный ему врачом (в том числе – курение для лиц с заболеваниями дыхательной системы) ЛН не оформляется по причине нарушения режима в соответствии с Приказом №316/185/180 на период после нарушения режима со дня нарушения. Для правомочности невыдачи ЛН за нарушение режима должен быть оформлен ознакомительный лист с правилами внутреннего распорядка, подписанный осужденным при поступлении в больницу.

В завершение хочется отметить один тонкий момент в оформлении листка нетрудоспособности. Согласно Федерального закона 323-ФЗ, листок нетрудоспособности оформляет лечащий врач (статья 59, п. 2). Про уточнение специальности лечащего врача речи не идет. Поэтому, во избежание разглашения медицинской тайны сотрудникам ФСИН лечащим врачом может быть и дежурный врач, а иногда его специальность может не соответствовать номенклатуре заболевания, рекомендую в строке «должность врача» указывать «леч врач» (лечащий врач). Разумеется, при оформлении ЛН на врачебной комиссии первой будет запись «Пред. ВК» (председатель врачебной комиссии).

Основные выводы:

1. Экспертиза временной нетрудоспособности в пенитенциарном стационаре имеет ряд отличий от ЭВН законопослушных граждан в системе здравоохранения.

2. Тесное взаимодействие с Фондом социального страхования по вопросам выдачи ЛН поможет избежать экспертных ошибок. Желательно составление согласительных писем с территориаль-

ными отделениями Фонда социального страхования с четким перечнем разногласий в нормативной базе по ЭВН и алгоритмами решения подобных клиничко-экспертных вопросов.

3. Одним из ключевых вопросов ЭВН осужденных является четкое определение периода временной нетрудоспособности, который может быть включен в период стационарного обследования.

Список литературы:

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21.11.2011 г.
2. Постановление Правительства Российской Федерации №727 от 15.10.2001 в редакции от 25.03.2013 «О порядке обеспечения пособиями по обязательному государственному социальному страхованию осужденных к лишению свободы лиц, привлеченных к оплачиваемому труду».
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ №316, Министерства юстиции РФ №185, Фонда социального страхования РФ №180 от 14.07.2003 г. «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности осужденных к лишению свободы лиц, привлеченных к оплачиваемому труду, и выдачи им документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность».
1. Приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №624н от 29.06.2011 (с изменениями от 24.01.2012) «Об утверждении порядка выдачи листов нетрудоспособности».
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №640, Министерства юстиции Российской Федерации №190 от 17.10.2005г. «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу».

Об авторе:

Горячева Ольга Георгиевна – заместитель начальника филиала «Больница №1» ФКУЗ МСЧ-59 ФСИН России, председатель врачебной комиссии, кандидат медицинских наук, 614067, г. Пермь, ул. Докучаева, 27, e-mail: o.goryacheva@mail.ru

Olga Georgievna Goryacheva – deputy chief of penitentiary hospital №1 Medical Unit №59 Federal Penitentiary Service, PhD, Perm

Данилов А.В., Каташина Т.Б.

МОНИТОРИНГ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН КАК ВАЖНЕЙШЕЕ УСЛОВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС

В данной статье делается вывод о том, что наряду с традиционными методами ретроспективной оценки качества медицинской помощи на территории Воронежской области, осуществляемыми ТФОМС ВО и СМО, оперативная оценка текущей ситуации, получаемая через вновь создаваемый институт страховых поверенных и контакт-центры на основе постоянного мониторинга, позволит существенно улучшить контроль за обеспечением надлежащего оказания медицинской помощи в системе ОМС.

Ключевые слова: надлежащее оказание медицинской помощи; ретроспективная и оперативная оценка; страховые поверенные; контакт-центры; мониторинг.

Alexander V. Danilov, Tatiana B. Katashina

PUBLIC APPEALS MONITORING AS AN ESSENTIAL CONDITION OF ENSURING PROPER MEDICAL CARE IN THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEM

This article concludes that along with conventional methods of reflective evaluation of the health care quality in the Voronezh region, applied by the Voronezh Regional Territorial Compulsory Health Insurance Fund and Health Insurance Companies, an operational evaluation of the current situation, obtained through the newly established insurance attorneys institution and contact centers through continuous monitoring, will significantly improve supervision over adequacy of the medical care delivering to the insured in the compulsory health insurance system.

Keywords: proper medical assistance; reflective and operational evaluation; insurance attorneys; contact centers; monitoring.

Одним из основных принципов осуществления обязательного медицинского страхования (ОМС) является создание условий для надлежащего качества медицинской помощи, оказываемой застрахованным гражданам.

Ведущая роль в реализации данного принципа отведена территориальным фондам ОМС.

При этом обеспечение условий для получения застрахованными гражданами бесплатной медицинской помощи надлежа-

щего качества в объеме «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год на территории Воронежской области» является безусловным приоритетом в работе Территориального фонда ОМС Воронежской области (ТФ ОМС ВО) [1].

В целях практической осуществления этого направления работы в ТФ ОМС ВО уже более 20 лет функционирует отдел защиты прав граждан в системе ОМС. Ведущими направлениями его работы являются анализ обращений и жалоб застрахованных, повышение правовой грамотности граждан путем их целенаправленного информирования о правах в системе ОМС, изучение условий оказания медицинской помощи с выездом в медицинские организации (МО), а также вопросов соблюдения персоналом медицинской этики и деонтологии.

Следует отметить, что количество жалоб и их содержание является одним из критериев, позволяющих ретроспективно оценить степень удовлетворённости граждан качеством и культурой оказания медицинской помощи. Анализ более 3 млн. обращений застрахованных, поступивших в ТФ ОМС ВО и страховые медицинские организации (СМО) региона за период с 2013 г. показал, что их структура практически не отличается от показателей по РФ в целом. При этом доля обоснованных обращений в среднем на 5% меньше. Большинство обращений (заявления застрахованных граждан) связано с выбором или заменой СМО, выдачей или переоформлением полиса ОМС (66%). За консультативной помощью (вопросы выбора МО и врача, лекарственного обеспечения при оказании медицинской помощи и др.) за три года обратились 892 809 человек, что составляет 34% в структуре всех обращений. В целом количество обращений на 100 000 застрахованных лиц по Воронежской области в анализируемом периоде составило 37 286, в то время как по РФ – 28 500. Доля жалоб в структуре обращений составила всего 0,03%. Из них обоснованными по результатам экспертных мероприятий были признаны 48,9%. Частота обоснованных жалоб в среднем за три года по Воронежской области составила 0,07 на 1000 застрахованных. В РФ этот показатель равен 0,3.

Анализ структуры обоснованных жалоб показал положительную динамику по ряду направлений. Так произошло сниже-

ние количества жалоб, связанных с взиманием денежных средств за медицинскую помощь по ОМС с 76,4% в 2013 году до 35,3% в 2015 году (в РФ жалобы по указанной причине в структуре обоснованных снизились с 19,6% до 13,1%) и жалоб на качество медицинской помощи (в среднем в 1,5 раза ниже, чем по РФ). Число жалоб, связанных с организацией работы медицинских организаций и отказом в медицинской помощи по программе ОМС в структуре жалоб в Воронежской области ниже, чем в России – в 1,5 и 2,3 раза соответственно. Обращения, связанные с выбором застрахованными гражданами медицинской организации, начиная с 2012 г., в Воронежской области не фиксировались, в то время как в РФ их удельный вес является максимальным в структуре обращений и составляет 32% по итогам 2015 года. Обоснованные жалобы граждан, связанные с обеспечением полисами ОМС, также отсутствуют в нашем регионе на протяжении последних пяти лет. При этом процент таких жалоб в РФ имеет тенденцию к снижению (с 34,1% по итогам 2014 года до 12,9% в 2015 году).

На фоне определенной положительной динамики в структуре обоснованных обращений (жалоб) застрахованных граждан Воронежской области отмечен рост показателя доли жалоб, связанных с лекарственным обеспечением при оказании медицинской помощи в системе ОМС с 9,3% в 2013 году до 31% в 2015 году. В РФ доля этих жалоб на порядок ниже. Жалобы, связанные с этикой и деонтологией медицинских работников на территории области были зарегистрированы последний раз в 2014 году. В структуре обоснованных они составили 2,5% – это всего 4 жалобы в масштабах области, население которой приближается к 2,5 млн. человек. Подобных жалоб не должно быть, т.к. они дискредитируют всю систему оказания медицинской помощи в сфере ОМС.

Как уже отмечалось выше, в своей деятельности ТФ ОМС ВО уделяет важное значение информационно-разъяснительной работе с населением. Так, только за последние полтора года ТФ ОМС ВО совместно со СМО, осуществляющими страховую деятельность на территории региона, выпущены и распространены различные информационные материалы общим тиражом более 2,0 млн. экз., проведено более 2 000 выступлений в трудовых коллективах, вновь оформлено и обновлено более 300 информационных

стендов в МО, организовано 18 выступлений на областном телевидении, опубликовано 68 статей в региональных и центральных СМИ. Все это положительно сказывается на уровне правовой грамотности населения и является важной мерой, предупреждающей конфликты при оказании медицинской помощи.

По результатам социологического опроса (было опрошено более 71 тыс. респондентов), проведенного сотрудниками ТФ ОМС ВО совместно со СМО в 2015 году, объемом, доступностью и качеством медицинской помощи полностью удовлетворены 24,7% респондентов; больше удовлетворены, чем не удовлетворены – 27,1%; удовлетворены не в полной мере – 28,9%; не удовлетворены – 6%; затруднились ответить 13,3 % респондентов.

За этими цифрами стоит огромная работа, которую осуществляют специалисты ТФ ОМС ВО и СМО в сфере защиты прав и законных интересов застрахованных граждан при получении ими медицинской помощи в системе ОМС.

Однако все эти меры позволяют оценить проблемы, связанные с оказанием надлежащей медицинской помощи лишь ретроспективно, что достаточно негативно сказывается на оперативности принятия решений при возникновении конкретных проблем у конкретных застрахованных при обращении за медицинской помощью в случае нарушения порядка и условий ее оказания.

Есть основания полагать, что с созданием и развертыванием с 1 июля 2016 г. работы института страховых поверенных, оперативность реагирования на случаи ненадлежащего оказания медицинской помощи должна улучшиться. В соответствии с приказом ФОМС от 11.05.2016г. № 88 «Об утверждении регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи» страховые поверенные осуществляют свою деятельность непосредственно в медицинских организациях [2]. В их обязанности входит:

- консультативная помощь застрахованным гражданам непосредственно в МО и ответы на их обращения;
- медицинское сопровождение, заключающееся в обеспечении своевременной госпитализации застрахованных граждан в профильные МО.

Министерством здравоохранения РФ, Федеральным фондом ОМС совместно с представителями СМО разработана «дорожная карта» по организации деятельности страховых поверенных в сфере ОМС, которая включает поэтапную реализацию мероприятий, в том числе создание с 1 июля 2016 г. в территориальных фондах ОМС во всех регионах России контакт-центров для осуществления консультативной помощи застрахованным. Через них ТФОМС и СМО предоставляют информацию о порядке получения гражданами полиса ОМС, выбранной застрахованным гражданином СМО, прикреплении к МО, наборе медицинских услуг, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В дальнейшем с 1 января 2017 г. планируется начало работы страховых представителей второго уровня, в обязанности которых будет входить организация информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, а также защита прав застрахованных в системе ОМС. А начиная с января 2018 г. информационное сопровождение застрахованных при организации оказания им медицинской помощи будет осуществляться в полном объеме при участии квалифицированных врачей – экспертов качества медицинской помощи.

Вся эта работа на территории Воронежской области уже осуществляется. На данный момент в регионе работают 168 подготовленных страховых поверенных, которые ведут работу на всех направлениях. О возможности пройти диспансерное обследование проинформировано более 110 тыс. жителей Воронежской области. Информирование осуществлялось при помощи СМС-рассылок и индивидуальных звонков. ТФ ОМС ВО осуществляет контроль за деятельностью страховых представителей, руководствуясь в своей работе ежемесячным планом-графиком их дежурств в МО [3].

С 1 июня 2016 г. на базе ТФ ОМС ВО также организована работа контакт-центра, в который застрахованным можно обратиться за информационно-правовой поддержкой по всем вопросам, касающимся получения ими медицинской помощи в системе ОМС. За 6 месяцев работы в контакт-центр ТФ ОМС ВО поступило почти 15 тыс. обращений. При помощи операторов кон-

такт-центра всем обратившимся гражданам удалось урегулировать свои вопросы. В ходе решения спорных ситуаций, возникающих при оказании медицинской помощи воронежцам, операторы контакт-центра взаимодействуют с уполномоченными должностными лицами МО, представителями СМО, Департаментом здравоохранения Воронежской области и территориальными фондами ОМС других субъектов РФ. Большое количество воронежцев было проинформировано операторами контакт-центра об их правах и обязанностях в системе ОМС, обязанностях МО в отношении пациентов, а также о деятельности страховых поверенных, призванных сопровождать застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи.

По нашему мнению, получаемая через страховых поверенных и контакт-центры и оперативно анализируемая информация, является важным условием принятия своевременных управленческих решений, направленных на обеспечение надлежащего качества медицинской помощи, что требует создания определенных статистических инструментов по ее учету с возможностью автоматизации для осуществления постоянного мониторинга текущей ситуации. Наряду с традиционными методами ретроспективной оценки удовлетворённости граждан качеством и культурой оказания медицинской помощи, осуществляемыми ТФ ОМС ВО и СМО, это позволит существенно улучшить контроль за обеспечением надлежащего качества медицинской помощи, оказываемой застрахованным в сфере ОМС. На территории Воронежской области такая работа уже начата.

Список литературы:

1. *Постановлением правительства Воронежской области от 25.12.2015 № 1036 (ред. От 30.08.2016) «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год на территории Воронежской области»*
2. *Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11.05.2016г. № 88 «Об утверждении регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи»*

3. *Данилов А.В. Мостик между пациентом и системой ОМС. М.: Медицинская газета, 19 августа 2016г. № 62*

Об авторах:

Данилов Александр Валентинович – директор ТФОМС Воронежской области, кандидат медицинских наук, доцент кафедры «Общественное здоровье, экономика и управление в здравоохранении» ИДПО Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, 394043, г. Воронеж, ул. Ленина, 1046, e-mail: vrn@omsvrn.ru

Каташина Татьяна Борисовна – начальник отдела защиты прав граждан и организации контроля объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС ТФОМС Воронежской области, кандидат медицинских наук, доцент кафедры «Общественное здоровье, экономика и управление в здравоохранении» ИДПО Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, 394043 г. Воронеж, ул. Ленина, 1046, e-mail: zpz-ktb@omsvrn.ru

Alexander V. Danilov – MD., PhD, Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Voronezh region, Assistant Professor of the Chair for Public Health, Economics and Management in Medical Care of the Institute of Advanced Professional Education of the N.N. Burdenko Voronezh State Medical University

Tatiana B. Katashina – MD., PhD, Head of the Department for the Protection of Rights of the Insured, Control of Scope and Quality of Medical Care Provided in the Mandatory Health Insurance System in the Voronezh region, Assistant Professor of the Chair for Public Health, Economics and Management in Medical Care of the Institute of Advanced Professional Education of the N.N. Burdenko Voronezh State Medical University

Долгова О.Б., Соколова С.Л., Родина Н.В.

**КОМИССИОННЫЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПО «ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ»
В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ И Г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ**

В статье приведен анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по оценке качества травматологической медицинской помощи за 2011-2015 гг., установлены нарушения порядков оказания медицинской помощи, определены особенности производства сложных комиссионных экспертиз в Свердловской области и в г. Екатеринбурге.

Ключевые слова: судебная медицина; травматология; «врачебные ошибки».

Dolgova O.B., Sokolova S.L., Rodina N.V.

**COMMISSION FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS OF TRAUMA
PROFILE ON «MEDICAL CASES» IN SVERDLOVSK REGION
AND EKATERINBURG**

The article presents the analysis of the forensic medical panel examinations concerning quality of medical trauma care for 2011-2015; violations of medical care procedures are stated; peculiarities of complicated panel examinations in the Sverdlovsk region and Yekaterinburg are defined.

Keywords: forensic medicine, traumatology, «medical mistakes».

Актуальность изучения неблагоприятных исходов в медицинской практике обусловлена необходимостью расширения знаний в этой области, объективизации полученных данных по случаям ненадлежащего оказания медицинской помощи с целью принятия управленческих решений для профилактики неблагоприятных исходов [1, 2, 3, 4]. Судебно-медицинские комиссионные экспертизы по вопросам, касающимся оценки лечебной деятельности врачей-травматологов, как правило, занимают небольшой процент в общем объеме работы экспертных комиссий. Так в Ленинградской области в 2012-2014 гг. их соотношение с общим объемом работы по «врачебным» экспертизам составило 4%, 7% и 6% соответственно [5]. При этом существенная часть работы экспертных комиссий связана с экспертизами по необоснованным жалобам на оказанную медицинскую помощь, что определяет интерес к проблеме анализа поводов назначения экспертиз при возбуждении уголовных дел, а также при проведении проверок

обстоятельств случившегося следственными органами и при судебных рассмотрениях гражданских дел. Анализ выводов сложных комиссионных экспертиз указанного профиля может позволить уменьшить количество экспертиз при условии совместной работы с врачами медицинских организаций по профилактике жалоб на оказываемую медицинскую помощь и совместной работы с органами следствия и суда с целью правильного понимания юристами сути медицинских вопросов.

Материалы и методы исследования. Материалом нашего исследования послужили данные учета количества и профильности комиссионных экспертиз по жалобам на качество оказанной медицинской помощи, в том числе, врачами – травматологами. С целью определения распространенности и видов дефектов медицинских манипуляций, в том числе установления их роли в течении заболевания (травмы), по поводу которых пациенты находились на лечении, проанализированы Заключение комиссионных судебно-медицинских экспертиз. Экспертизы по оценке оказанной медицинской помощи врачами-травматологами выполнены в отделе сложных комиссионных экспертиз бюро судебной медицинской экспертизы Свердловской области в период с 2011 по 2015 гг. по постановлению следователей Следственного управления и судов Свердловской области.

Результаты исследования. В отделе сложных комиссионных экспертиз за 2011-2015 гг. было проведено 2637 экспертиз, из них 949 – по оценке качества оказания медицинской помощи, при этом определена четкая тенденция увеличения «врачебных» экспертиз. За указанный период по вопросам оценки качества оказанной помощи врачами травматологами выполнено 39 экспертиз (табл. 1), что составляет в 4% от количества экспертиз по оценке медицинской помощи.

Таким образом, при росте количества экспертиз, связанных с оценкой качества оказания медицинской помощи, остается стабильной доля экспертиз по вопросам качества оказания медицинской помощи врачами-травматологами в структуре комиссионных экспертиз.

Для выполнения комиссионных экспертиз по вопросам оценки качества оказания медицинской помощи привлекаются вы-

сококвалифицированные специалисты ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ соответствующего профиля – профессора кафедр травматологии и ортопедии. Назначений специалистов судом и следствием не имелось.

Таблица 1.

Количество экспертиз по оценке качества оказания медицинской помощи в структуре комиссионных экспертиз

	2011	2012	2013	2014	2015
Общее количество сложных комиссионных экспертиз	554	549	511	498	525
Количество экспертиз по вопросам оценки оказанной медицинской помощи	166	186	191	196	210
Количество экспертиз по вопросам оценки травматологической помощи	7	7	9	10	6

Анализ экспертных документов показал, что за указанный период только два из всех расследуемых уголовных дел были возбуждены в отношении врачей больниц Свердловской области. Случаи касались оформления фиктивных листов временной нетрудоспособности при отсутствии указанных в листах нетрудоспособности переломов костей конечностей. Уголовные дела в других случаях были возбуждены в отношении обвиняемых гражданских лиц в совершении преступлений в отношении граждан, которым был причинен той или иной тяжести вред здоровью. Лишь в одном случае в медицинской организации – районной больнице – при лечении пострадавшего был экспертной комиссией установлен факт несвоевременного наложения шины при наличии перелома нижней челюсти, несмотря на правильно выбранный объем лечения пациента. Во всех остальных материалах, изученных экспертными комиссиями, объем лечения пострадавших определен как полный, медицинские манипуляции, в том числе трахеостомии, пункции и

катетеризации вен, гастростомии, подкожные инъекции, проведены по показаниям, технически правильно, в полном объеме. Это касалось возбуждения уголовных дел в 4 случаях получения повреждений пострадавшими при дорожно-транспортных происшествиях, в других случаях – получения механических повреждений при ударах частями тела человека или предметами, находящимися в руках человека. Среди всех поступивших материалов уголовных дел расследование только одного из них происходило в г. Екатеринбурге, другие расследовались в районах Свердловской области. За пятилетний период в ГБУЗ СО «БСМЭ» поступили материалы одного уголовного дела с постановлением, в котором имелись вопросы оценки качества травматологической помощи, из другого субъекта РФ – Тракторозаводского суда г. Челябинска. При этом экспертной комиссией были сделаны выводы о своевременной, правильно оказанной медицинской помощи в полном объеме.

Изучение Заключений экспертных комиссий при наличии материалов уголовных дел позволяет сделать вывод о том, что в подавляющем большинстве случаев поводом для назначения экспертиз в рамках уголовных дел явились ходатайства адвокатов с целью выявить дефекты медицинских вмешательств и переложить часть ответственности за причинение вреда здоровью человека на врача.

Анализ Заключений экспертных комиссий в рамках гражданских дел выявил отсутствие случаев причинения вреда здоровью пациентов в медицинской практике врачей-травматологов как в г. Екатеринбурге, так и в Свердловской области. Материалов гражданских дел из других регионов РФ за исследуемый период времени в ГБУЗ СО «БСМЭ» не поступало.

Среди представленных выводов экспертных комиссий в одной экспертизе имелось указание на недостаточно полный объем и технически неправильно выполненное оперативное вмешательство, после чего возникли осложнения, имеющие, по мнению экспертной комиссии, тем не менее, случайный характер, что позволило исключить вред здоровью, причиненный медицинским вмешательством.

В одном случае экспертная комиссия пришла к выводу о несвоевременном оказании медицинской помощи в виде оперативного вмешательства при вывихе верхней конечности, несмотря

на правильный и полный объем выполненной операции; таким образом, вывих в суставе конечности устранен не был.

В одном случае данных медицинских документов и осмотра пострадавшего оказалось недостаточно для установления (или исключения) причинно-следственной связи между наложением шины на нижнюю конечность и развитием нарушения кровообращения конечности, повлекшим за собой острый артериальный тромбоз и гангрену стопы.

Другие изученные материалы судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам позволили сделать вывод о том, что диагностика травм и их оперативное и консервативное лечение, в том числе тяжелой сочетанной травмы с развившейся травматической болезнью, во всех представленных случаях выполнялось своевременно и в полном объеме, в соответствии с современными требованиями медицинской науки и практики. Основным фактором, определяющим неблагоприятный исход самой травмы, явилось наличие у пострадавших хронически протекающих заболеваний – остеопороза, прогрессирующих артрозов, которые становились причиной неполной консолидации переломов, либо отсутствия сращения костей в местах переломов. Развитие осложнений оперативных вмешательств носило случайный характер.

Большая часть проверок по медицинским документам и назначения, соответственно, комиссионных сложных экспертиз, проводилась отделами дорожно-постовой службы МВД России по г. Екатеринбургу и Свердловской области по случаям совершенных дорожно-транспортных происшествий. В том числе выполнена ситуационная экспертиза с участием врача-травматолога после проведенного лечения пострадавшего для ответа на вопрос о возможности его нахождения за рулем автомобиля. Во всех указанных случаях экспертные комиссии пришли к выводам о своевременном, правильном и полном объеме оказанной медицинской помощи пострадавшим. В двух из представленных случаев перед членами экспертной комиссии стоял вопрос о причинной следственной связи лечения травмы и развития тромбоэмболии легочных артерий, ставшей непосредственной причиной неблагоприятных исходов. Представленные выводы определили полный объем мероприятий по профилактике тромбоэмболий.

В двух случаях, при отсутствии прямой причинной связи между лечением врачами – травматологами и неблагоприятным исходом, было выявлено нарушение порядков оказания медицинской помощи. В случае тяжелой черепно-мозговой травмы определен неполный объем оказанной медицинской помощи по лечению почечной недостаточности. У пострадавшей с переломами обеих большеберцовых костей выбор окончательной фиксации переломов был неправильным, помощь оказана не в полном объеме и несвоевременно, что явилось условием для развития осложнений травмы.

Особого внимания заслуживает оценка качества оказания медицинской помощи ребенку, у которого при наблюдении врачами на дому и в условиях стационара неожиданно был обнаружен патологический перелом бедренной кости, время образования которого установить возможным не представилось. Несмотря на отсутствие данных о прямой причинной связи между образованием перелома и медицинскими манипуляциями, важным представляется в настоящее время наблюдение за детьми с тяжелой хронической патологией и профилактика подобных осложнений заболеваний.

Проведенный анализ позволяет сделать следующие выводы:

1. При ежегодно возрастающем количестве судебно-медицинских экспертиз по оценке качества оказания медицинской помощи доля экспертиз по оказанию помощи врачами-травматологами остается стабильной.

2. Среди представленных в экспертизах не встретились случаи причинения врачами – травматологами вреда здоровью пациентов.

3. По результатам анализа материалов уголовных дел ни в одном случае не выявлено нарушение порядков и клинических протоколов оказания медицинской помощи врачами травматологического профиля.

3. Поводом для назначения экспертиз в рамках уголовных дел явились ходатайства адвокатов с целью выявить дефекты медицинских вмешательств и переложить часть ответственности за причинение вреда здоровью человека на врача.

4. Анализ материалов экспертиз по гражданским делам выявил единичные случаи несвоевременного, неполного и неправильного оказания травматологической помощи пациентам.

5. Нарушением медицинских технологий и методик проведения медицинских вмешательств выступили дефекты выполнения хирургической манипуляции.

6. Тесное взаимодействие судебно-медицинских экспертов и лечащих врачей с целью выявления проблем в диагностике и лечении больных является одним из факторов, способствующих улучшению качества оказания медицинской помощи.

Список литературы:

1. *Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н. Случай врачебной ошибки из-за позднего выявления послеоперационных осложнений // Проблемы экспертизы в медицине. 2015. № 3-4. С. 50-51.*
2. *Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Оценка профессиональных ошибок медицинских работников // Правовые вопросы в здравоохранении. 2010. № 4. С. 100-105.*
3. *Баринов Е.Х., Добровольская Н.Е., Муздыбаев Б.М., Ромодановский П.О. Юридическая квалификация дефектов оказания медицинской помощи и врачебных ошибок помощь практическому здравоохранению // Медицинское право. 2010. № 5. С. 3-7.*
4. *Баринов Е.Х., Тихомиров А.В. Судебно-медицинская экспертиза по решению вопросов, связанных с медицинскими спорами // Медицинская экспертиза и право. 2010. № 6. С. 5-7.*
5. *Зайцева М.А., Лебедев В.Н., Попов В.Л. Практика производства судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» // Актуальные вопросы судебно-медицинской науки и практики. Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. Киров, 2015. С. 17-22.*

Об авторах:

Долгова Оксана Борисовна – заведующая кафедрой судебной медицины ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, доцент, кандидат медицинских наук, e-mail: obdolgova@gmail.com

Соколова Светлана Леонидовна – доцент кафедры судебной медицины ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, доцент, кандидат медицинских наук

Родина Наталья Валерьевна – заведующая отделом особо сложных комиссионных экспертиз ГБУЗ Свердловской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

620102, Екатеринбург, ул. С. Дерябиной, 41

Dolgova Oxana Borisovna – head of the Department, the Department of forensic medicine, the Ural State Medical University, Ekaterinburg

Sokolova Svetlana Leonidovna – associate Professor, the Department of forensic medicine, the Ural State Medical University, Ekaterinburg

Rodina Natalia Valerievna – head of the Department, the Department of complex commission examinations, the Sverdlovsk Regional Bureau of Forensic Medical Examination, Ekaterinburg

© Долгова О.Б., Соколова С.Л., Родина Н.В., 2016

Доценко А.С.

ПРОБЕЛ В ПРАВОСОЗНАНИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ – НЕПОНИМАНИЕ ПРАВОВЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ СУДИМОСТИ

В статье рассматривается проблема правовых последствий осуждения медицинского работника за совершение уголовного преступления. Приводится классификация последствий судимости на собственно уголовно-правовые и общеправовые. Описываются правовые последствия уголовного преследования, приводятся перечни реабилитирующих и нереабилитирующих оснований прекращения уголовного преследования.

Ключевые слова: медицинские работники; правосознание; преступления; судимость; уголовно-правовые последствия судимости; общеправовые последствия судимости; уголовное преследование; реабилитирующие основания прекращения уголовного преследования; нереабилитирующие основания прекращения уголовного преследования.

Dotzenko A.S.

THE GAP IN HEALTH WORKERS LEGAL AWARENESS – THE IMPLICATION MISUNDERSTANDING DUE TO CONVICTION OF A CRIMINAL OFFENCE

The author describes the problem of the legal consequences of conviction of the medical officer of a criminal offence. The classification of the consequences into proper criminal and common law ones is being presented. The lists of rehabilitating and non-rehabilitating grounds for termination of the criminal prosecution is being described.

Keywords: legal awareness of health workers; offences of medical workers; criminal conviction; legal consequences of a criminal record; general legal consequences of a criminal record; criminal prosecution; rehabilitative grounds for termination of the criminal prosecution; non-rehabilitating grounds for termination of the criminal prosecution.

В последнее время получает широкое распространение практика производства по делам о так называемых «медицинских преступлениях» (преступлениях, связанных с профессиональной деятельностью в медицинской сфере) в особом порядке, т.е. при согласии обвиняемого с предъявленным обвинением (иногда – без достаточных к тому оснований). Нередки случаи, когда обвиняемый в совершении уголовного преступления медицинский

работник соглашается на такой порядок рассмотрения дела, не имея верного понимания последствий осуждения по уголовному делу. Одним из наиболее серьезных последствий такого осуждения является судимость.

Уголовный кодекс РФ не содержит определения понятия судимости. Однако комплексная оценка правовых норм УК РФ и, в отдельных случаях, других НПА, касающихся правил исчисления срока судимости, ее погашения и снятия, правовых последствий и др. позволяет сделать выводы о том, что судимость как юридическая категория представляет собой определенный законом набор правовых ограничений статуса лица, осужденного за совершение (уголовного) преступления.

Исходя из анализа действующего законодательства можно сделать вывод о том, что такие ограничения можно разделить на собственно уголовно-правовые, предусмотренные самим УК РФ, и общеправовые (предусмотренные нормами других отраслей). Уголовно-правовые последствия судимости касаются только тех лиц, судимость которых не погашена и не снята, и применяются только в тех случаях, когда судимое лицо вновь совершает преступление. Такие последствия выражаются в учете судимости как отягчающего обстоятельства при рецидиве преступлений, при назначении наказания. Наличие судимости влияет на выбор судом вида исправительного учреждения, является препятствием для освобождения от уголовной ответственности, влияет на решение вопроса об условно-досрочном освобождении. Согласно ч. 1 ст. 86 УК РФ лицо считается судимым со дня вступления обвинительного приговора суда в законную силу до момента погашения или снятия судимости. При этом не считается судимым лицо, освобожденное от наказания (подробнее о судимости как уголовно-правовом институте см.: ст. 58, п. «а» ч. 1 ст. 63, ст. 68, ст. 75-76.1, п. «б» и «в» ч. 3 ст. 79, ч. 1 ст. 83 УК РФ.).

Уголовный кодекс РФ закрепляет ряд составов преступлений, за совершение которых к ответственности может быть привлечен медицинский работник. Это преступления, которые можно охарактеризовать как непосредственно связанные с осуществлением профессиональной медицинской деятельности (преступления со специальным субъектом), либо преступления, которые могут быть

отнесены к преступлениям, связанным с осуществлением профессиональной медицинской деятельности при выполнении определенных условий. К таким преступлениям относятся: причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ); причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ст. 118 УК РФ); заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 122 УК РФ); незаконное проведение искусственного прерывания беременности (ст. 123 УК РФ); неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ); нарушение неприкосновенности частной жизни, совершенное с использованием служебного положения (ч. 2 ст. 137 УК РФ); разглашение тайны усыновления (удочерения) (ст. 155 УК РФ); незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233 УК РФ); незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности (ст. 235 УК РФ); сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей (ст. 237 УК РФ); обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок (ст. 238.1 УК РФ).

Также медицинский работник может быть привлечен к уголовной ответственности за преступления, по составу прямо не связанные с медицинской деятельностью, например: убийство с целью использования органов и тканей потерпевшего (п. «м» ч. 2 ст. 105 УК РФ); принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120 УК РФ); незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (ст. 128 УК РФ); подмена ребенка (ст. 153 УК РФ); преступления, связанные с незаконным оборотом, хищением, контрабандой наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, прекурсоров наркотических средств или психотропных веществ, а также растений или их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, прекур-

соры наркотических средств или психотропных веществ (ст. 228, ст. 228.1, ст. 228.2, 228.3, 228.4, ст. 229, ст. 229.1 УК РФ); незаконное производство лекарственных средств и медицинских изделий (ст. 235.1 УК РФ); нарушение санитарно-эпидемиологических правил (ст. 236 УК РФ); производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности (ст. 238 УК РФ).

В отдельную категорию следует отнести должностные преступления (в сфере здравоохранения): злоупотребление должностными полномочиями (ст. 285 УК РФ); превышение должностных полномочий (ст. 286 УК РФ); получение и дача взятки (ст. 290, ст. 291 УК РФ); служебный подлог (ст. 292 УК РФ); халатность (ст. 293 УК РФ).

Таким образом, Уголовный кодекс РФ содержит более тридцати составов преступлений, к ответственности по которым может быть привлечен медицинский работник, что, в свою очередь, повлечет за собой состояние судимости. Стоит отметить, что срок, в течение которого лицо будет считаться судимым, зависит от тяжести совершенного преступления и погашается, по общему правилу (определенному ч. 3 ст. 86 УК РФ): в отношении лиц, осужденных условно – по истечении испытательного срока; в отношении лиц, осужденных к более мягким видам наказаний, чем лишение свободы – по истечении одного года после отбытия или исполнения наказания; в отношении лиц, осужденных к лишению свободы за преступления небольшой или средней тяжести – по истечении трех лет после отбытия наказания; в отношении лиц, осужденных к лишению свободы за тяжкие преступления – по истечении восьми лет после отбытия наказания; в отношении лиц, осужденных за особо тяжкие преступления – по истечении десяти лет после отбытия наказания. Срок погашения судимости будет исчисляться исходя из фактически отбытого срока наказания, если осужденный будет освобожден от отбывания наказания досрочно, либо если неотбытая часть наказания будет заменена более мягким видом наказания.

Судимость может быть не только погашена по описанным выше правилам, но и снята по ходатайству осужденного до истечения срока судимости, если он после отбытия наказания вел себя безупречно, а также возместил вред, причиненный преступлением.

Уголовный кодекс РФ особо отмечает, что погашение или снятие судимости аннулирует все предусмотренные им правовые последствия, связанные с судимостью (см. ч. 6 ст. 86 УК РФ). Однако такое погашение или снятие не всегда будет являться основанием к прекращению правовых ограничений статуса лица, привлекавшегося к уголовной ответственности, в других сферах. Такие ограничения многочисленны и предусмотрены, например: Гражданским кодексом РФ (см. ст. 35); Семейным кодексом РФ (см. ст. 127, ст. 146); Федеральным законом от 15.08.1996 г. № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» (см. ст. 27); Федеральным законом от 08.08.2001 г. № 129-ФЗ «О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей» (см. ст. 22.1); Федеральным законом от 08.01.1998 г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (см., напр., ст. 10, ст. 30), и др. НПА.

В рамках исследуемого вопроса наибольший интерес представляют ограничения правового статуса судимого лица, касающиеся осуществления им профессиональной деятельности. Во-первых, санкции ряда приведенных выше составов уголовных преступлений предусматривают в качестве одной из мер наказания лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью (например, в связи с осуждением за неоказание помощи больному, если такое деяние повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью (ч. 2 ст. 124 УК РФ); в связи с осуждением за разглашение тайны усыновления (удочерения) (ст. 155 УК РФ); в связи с осуждением за незаконную выдачу либо подделку рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233 УК РФ) и др., см. подробнее УК РФ). Во-вторых, само трудовое законодательство ограничивает в профессиональной сфере лиц не только привлекавшихся к уголовной ответственности за совершение преступления, но даже лиц, подвергавшихся уголовному преследованию.

Согласно п. 55 ст. 5 Уголовно-процессуального кодекса РФ уголовное преследование представляет собой процессуальную деятельность, осуществляемую стороной обвинения в целях изобличения лица, подозреваемого или обвиняемого в совершении преступления.

Такие ограничения предусмотрены, например, ст. 351.1 Трудового кодекса РФ, согласно которой к трудовой деятельности в сфере организации оздоровления и медицинского обеспечения несовершеннолетних не допускаются лица, имеющие или имевшие судимость, а равно и подвергавшиеся уголовному преследованию за преступления против жизни и здоровья, свободы, чести и достоинства личности (за исключением незаконной госпитализации в психиатрический стационар), против семьи и несовершеннолетних, здоровья населения и общественной нравственности. Кроме того, к трудовой деятельности в сфере организации оздоровления и медицинского обеспечения несовершеннолетних не допускаются лица, имеющие неснятую или непогашенную судимость за иные умышленные тяжкие и особо тяжкие преступления. Исключением из приведенного перечня являются ситуации, когда в отношении лица, подвергавшегося уголовному преследованию за указанные преступления, такое преследование было прекращено по реабилитирующим основаниям.

Аналогично приведенным выше правилам, Трудовым кодексом РФ на работодателя возлагается обязанность отстранения от работы работника в сфере организации оздоровления и медицинского обеспечения несовершеннолетних при получении от правоохранительных органов сведений о том, что данный работник подвергается уголовному преследованию, на весь период производства по уголовному делу до его прекращения либо до вступления в силу обвинительного приговора.

Итак, остается открытым вопрос, какие основания прекращения уголовного преследования являются реабилитирующими, т.е. позволяющими лицу продолжать профессиональную деятельность. Анализ положений уголовно-процессуального законодательства позволяет сделать вывод о том, что реабилитирующими основаниями прекращения уголовного дела, а равно уголовного преследования в отношении конкретного лица, будут являться:

1. отсутствие события преступления;
2. отсутствие в деянии состава преступления – в случае, когда преступность и наказуемость этого деяния были устранены новым уголовным законом до вступления приговора в законную силу;

3. отсутствие заявления потерпевшего по делам частного и лично-публичного обвинения при соблюдении условий, предусмотренных УПК РФ;
4. непричастность подозреваемого или обвиняемого к совершению преступления;
5. наличие в отношении подозреваемого или обвиняемого вступившего в законную силу приговора по тому же обвинению либо определения суда или постановления судьи о прекращении уголовного дела по тому же обвинению;
6. наличие в отношении подозреваемого или обвиняемого неотмененного постановления органа дознания, следователя или прокурора о прекращении уголовного дела по тому же обвинению либо об отказе в возбуждении уголовного дела.
7. Любые другие основания прекращения уголовного преследования, в числе которых – истечение сроков давности уголовного преследования, прекращение уголовного дела в связи с примирением сторон, прекращение уголовного дела или уголовного преследования в связи с назначением меры уголовно-правового характера в виде штрафа, вследствие акта амнистии, в связи с деятельным раскаянием – не будут являться реабилитирующими, а значит, не повлекут отмену правовых ограничений статуса лица.
8. Понимание правовых последствий судимости позволит принять взвешенное решение о порядке рассмотрения уголовного дела.

Об авторе:

Доценко Анастасия Сергеевна – ассистент кафедры судебной медицины и правоведения Оренбургского государственного медицинского университета, e-mail: a-dotsenko-orb@yandex.ru

Dotzenko Anastasia Sergeevna – the assistant of the department of forensic medicine and law Orenburg State Medical University, Orenburg

© Доценко А.С., 2016

Елина Н.К.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Статья посвящена анализу законодательства в системе здравоохранения с целью выделения отдельных составляющих системы контроля качества медицинской помощи и добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство.

Ключевые слова: добровольное информированное согласие, закон, медицинское вмешательство, медицинская услуга, медицинская помощь, контроль качества.

Elena Natali

LEGAL ASPECTS OF THE CONTROL QUALITY MEDICAL CARE AND FREE-WILL INFORMED CONSENT MEDICAL INTERVENTION

This article analyzer the legislation in the field of health in order to identify separately composition system control of the quality and free-will informed consent on medical intervention.

Keywords: free-will informed consent, law, medical intervention, medical services, medical care, control of the quality.

Здоровье каждого человека – является важнейшим элементом системы развития любого государства и представляет собой высшую ценность как для государства в целом, так и для каждого человека в отдельности. Именно поэтому, защита прав и законных интересов пациента в системе здравоохранения предполагает обеспечение действенного и эффективного контроля качества медицинской помощи.

Конечно, качество медицинской помощи является одной из наиболее актуальных и не простых проблем, соответствующих современному этапу развития здравоохранения. Условием ее эффективного обеспечения является соответствие фактических параметров медицинской помощи критериям, прописанным в нормативно правовых актах.

Вместе с тем проблема обеспечения качества медицинской помощи тесно связана с вопросами организации оказания своевременной медицинской помощи, и конечно с вопросами кон-

троля оказываемой медицинской помощью и, как следствие, с вопросами возникновения различных видов юридической ответственности.

Законодатель определяет качество медицинской помощи как совокупность характеристик, отражающих своевременность ее оказания, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также степень достижения запланированного результата [1].

Следует отметить, что экспертиза качества медицинской помощи осуществляется как в рамках программ обязательного медицинского страхования, так и при оказании платных медицинских услуг.

В связи с вышеизложенным очевидным является то, что установление несвоевременности выполнения медицинских вмешательств может свидетельствовать о наличии существенных дефектов оказания медицинской помощи, и может привести к наступлению юридической ответственности медицинских работников и (или) медицинской организации.

В настоящее время чаще всего качество медицинской помощи определяется в рамках программы оказания гарантированной бесплатной медицинской помощи. Поэтому, несвоевременное выполнение необходимых пациенту профилактических и (или) исследовательских, и (или) диагностических, и (или) лечебных, и (или) реабилитационных мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи влечет для медицинской организации негативные финансовые последствия, которые (в случае, если указанные действия не повлияли на состояние здоровья застрахованного лица) выражаются в уменьшении суммы оплаты оказания медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования. В случае, когда данные действия привели к ухудшению состояния здоровья пациента, создали риск ухудшения состояния пациента или возникновения нового заболевания либо повлекли за собой смерть, медицинская организация подвергается дополнительному наказанию, например, в виде штрафов.

В случае, если медицинское вмешательство осуществляется по договору оказания платных медицинских услуг, то может

возникнуть договорная или внедоговорная ответственность, а в случае причинения вреда здоровью пациенту, возможно наступление уголовной ответственности. Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в рамках судебно-медицинской экспертизы. Необходимо так же отметить, что не все пациенты и их родственники обращаются в суд. Не редки случаи, когда они обращаются к руководству медицинской организации или в Министерство здравоохранения субъекта Российской Федерации. Те в свою очередь, на основании обращения граждан проводят экспертизу качества медицинской помощи.

Такие критерии качества, как правильность и степень достижения запланированного результата очень тесно связаны, на взгляд автора, с таким правом пациента, как добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство. [2]

Для единого подхода Министерство здравоохранения России утвердило не только критерии оценки качества медицинской помощи [3] но и, порядок дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи [4].

Перед оформлением информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, оформляется после выбора медицинской организации и врача при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-са-

нитарной помощи, дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц:

1) лица, не достигшего возраста (несовершеннолетнего, больного наркоманией, не достигшего возраста шестнадцати лет, и иного несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет), или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

2) несовершеннолетнего, больного наркоманией, при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста) [1].

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, а также медицинским работником, оформившим такое согласие, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

Таким образом, добровольное информированное согласие, полученное и оформленное в соответствии с требованиями законодательства, подтверждает, что пациенту предоставлена полная информация в доступной для него форме о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

К сожалению, в настоящее время не все медицинские организации оформляют добровольное информированное согласие. Не редко получение и оформление добровольного информированного согласия осуществляется формально, то есть лечащий врач говорит пациенту только об одном варианте медицинского вмешательства, тот метод, который лечащий врач единолично

выбрал и озвучил пациенту вместе с планом лечения. Никакого выбора у пациента нет. Поэтому, когда достигнутым результатом пациент не доволен, он ожидал другого результата, это дает ему право обратиться в суд.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Принят Государственной Думой 1.11.2011., Одобрен Советом Федерации 9.11.2011. // Российская газета №263,23.11.2011.
2. Елина Н.К. К вопросу о правовом регулировании информированного добровольного согласия // IV Всероссийская научно-практическая конференция «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые аспекты). Москва. 26-27 ноября 2015г.С.81-85.
3. Приказ Минздрава России от 07.07.2015 № 422н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // www.pravo.gov.ru, 14.08.2015.
4. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н (ред. от 10.08.2015) «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» // Российская газета, №145, 05.07.2013.

Об авторе:

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

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

Журилов Н.В., Пахомов П.В.

КОРПОРАТИВНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

В статье производится сравнение нормативных баз двух патолого-анатомических учреждений для определения вероятности и возможности корпоративных взаимоотношений в них.

Ключевые слова: корпоративный; взаимоотношения; эксперт.

Zhurilov Nikolay, Pakhomov Pavel

CORPORATE RELATIONSHIP DURING PATHOLOGO-ANATOMICAL DISSECTION

The article compares the regulatory frameworks of the two anatomical institutions to determine the probability and possibility of corporate relationships in them.

Keywords: corporate; relationships; expert.

Основой для написания данной статьи, послужил труд Сергеева Ю.Д. и Ерофеева С.В. «Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи».

Каждый рано или поздно сталкивается со смертью близких людей. Констатация причины смерти лежит на врачах, к которым относится врач-патологоанатом в медицинском учреждении. Согласно данным из неофициальной статистики, от врачебных ошибок ежегодно умирает около 50 тысяч человек. Определить эту ошибку может врач-патологоанатом. Но всегда ли он, руководствуясь интересами лечебного заведения, сообщает об ошибках своих коллег? Посмертное патолого-анатомическое вскрытие тел умерших в медицинских организациях в РФ возможно в нескольких учреждениях. Во-первых, это патолого-анатомические бюро или патолого-анатомические отделения медицинских организаций. Во-вторых, это государственные судебно-экспертные учреждения Российской Федерации. Но каждое учреждение функционирует в соответствие со своей нормативной базой, поэтому возникает вопрос: могут ли возникать корпоративные взаимоотношения в их стенах из-за различий в нормативной базе? Для этого рассмотрим нормативную базу для каждого учреждения, и на анализе этих от-

ношений ответим на поставленный вопрос. Также рассмотрим роль третейского суда в данной ситуации и его возможности. Но сначала дадим определение слову КОРПОРАТИВНОСТЬ. В толковом словаре Ожегова С. И. приводится следующее определение: «Корпоративный – узкогрупповой, замкнутый пределами корпорации».

Рассмотрим приказ Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий». В п.1 утвержденного этим Приказом порядка указано, что он распространяется только на патолого-анатомические бюро или патолого-анатомические отделения медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, действие Порядка не распространяется на отношения, связанные с проведением судебно-медицинской экспертизы трупа. В п.2 указано, что патолого-анатомическое вскрытие проводится врачом-патологоанатомом, данное лицо не является экспертом (лицом, обладающим специальными знаниями и назначенным в порядке, установленном УПК РФ, для производства судебной экспертизы и дачи заключения), значит на него не распространяются требования ст. 57 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ, в том числе об установленных эксперту запретах, согласно пп. 1 п. 4 указанной статьи «Эксперт не вправе без ведома дознавателя, следователя и суда вести переговоры с участниками уголовного судопроизводства по вопросам, связанным с производством судебной экспертизы»; пп. 3 п. 4: «Эксперт не вправе проводить без разрешения дознавателя, следователя, суда исследования, могущие повлечь полное или частичное уничтожение объектов либо изменение их внешнего вида или основных свойств»; пп. 4 п.4: «Эксперт не вправе давать заведомо ложное заключение»; пп.5 п.4 «Эксперт не вправе разглашать данные предварительного расследования, ставшие известными ему в связи с участием в уголовном деле в качестве эксперта, если он был об этом заранее предупрежден в порядке, установленном статьей 161 УПК РФ». При дальнейшем анализе Порядка проведения патолого-анатоми-

ческих вскрытий, утверждённого приказом Минздрава России от 06.06.2013 № 354н, мы понимаем, что врач-патологоанатом при проведении патолого-анатомического вскрытия вправе и обязан взаимодействовать с другими врачами медицинского учреждения, в котором он работает, которые могут являться его приятелями, друзьями по ВУЗу, родственниками, недоброжелателями, начальством. Данный вывод мы делаем из п.5 Приказа, согласно которому направление тел умерших в медицинских организациях, которые оказывают медицинскую помощь в стационарных условиях, организует заведующий отделением данного медицинского учреждения, в котором скончался пациент или при его отсутствии дежурный врач, п.17, согласно которому врач-патологоанатом при изучении медицинской документации может получать необходимые разъяснения от врачей-специалистов, принимавших участие в обследовании и лечении пациента, и п.18, что при проведении патолого-анатомического вскрытия пациента, умершего в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, приглашается его лечащий врач (врач-акушер-гинеколог, врач-неонатолог), фельдшер, акушерка или заведующий отделением медицинской организации, в котором находился пациент на момент наступления смерти, также подтверждают взаимодействие врача-патологоанатома с работниками медицинского учреждения. Таким образом, мы не можем исключить корпоративные взаимоотношения между врачом-патологоанатомом и его коллегами. Из-за их влияния возможно несоблюдение процедур патолого-анатомического вскрытия, который описан в пунктах 18-27, что может повлечь к серьезным последствиям, вплоть до неправильного написания патолого-анатомического диагноза и сокрытия истинной причины смерти пациента, из-за этого уменьшается компетенция врача.

Рассмотрим правовую базу государственных судебно-экспертных учреждений (ГСЭУ) Российской Федерации – в сфере проведения медицинских экспертиз это приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Россий-

ской Федерации». Пункт 8 Порядка предусматривает требования к эксперту, согласно которым экспертизу в ГСЭУ может осуществлять только государственный эксперт, имеющий гражданство РФ, высшее профессиональное образование, прошедший подготовку и аттестацию по соответствующей специальности. На такого эксперта в полной мере распространяются требования ст. 57 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ, в том числе и вышеупомянутые запреты на переговоры с участниками уголовного судопроизводства, проведение исследований без разрешения, которые могут полностью или частично повредить объект исследования, дачу заведомо ложного заключения, разглашение данных предварительного расследования. В п.15 Порядка указано, что руководитель ГСЭУ сам определяет исполнителя экспертизы, исходя из вида, характера и объема данного исследования, что очевидно уменьшает возможность взаимодействия эксперта с сторонами уголовного судопроизводства. Исходя из этих нормативных документов, можно сделать вывод, что государственный эксперт в судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации имеет строгий регламент и свод правил, которым он обязан следовать, иначе он может быть привлечен к уголовной ответственности как по ст. 307 Уголовного Кодекса Российской Федерации за заведомо ложные показания, заключение эксперта, так и по ст.310 УК РФ за разглашение данных предварительного расследования. Кроме этих двух порядков независимость учреждений ГСЭУ фиксирована в организационном аспекте – на уровне субъекта РФ, города федерального значения все государственные судебно-экспертные учреждения входят в единую систему федеральных учреждений, не связанных формально, технически, материально либо по подчинённости с медучреждениями Минздрава субъекта РФ, города федерального значения. Это значительно уменьшает вероятность постановки неправильного патолого-анатомического диагноза из-за влияния корпоративных взаимоотношений и показывает независимость ГСЭУ и их экспертов от работников других медицинских учреждений и участников уголовного судопроизводства.

Таблица 1.

Сравнение патолого-анатомического бюро и ГСЭУ

	Патолого-анатомическое бюро	Государственные судебно-экспертные учреждения
Нормативная база	Приказ Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий»	Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 №346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации»
Место проведения патолого-анатомического вскрытия	Патолого-анатомическое бюро при медицинском учреждении, в котором скончался пациент	Независимое судебно-экспертное учреждение
Лицо, выполняющее посмертное вскрытие пациента	Врач-патологоанатом	Медицинский эксперт
Взаимодействие с медицинским персоналом	+	—

Исходя из нашего исследования нормативных баз патолого-анатомических бюро, патолого-анатомических отделений медицинских организаций и государственных судебно-экспертных учреждений Российской Федерации можно сделать вывод, что эксперты ГСЭУ обладают большей компетенцией, менее подвержены корпоративному влиянию со стороны других врачей, чем врач-патологоанатом, значит, они будут выполнять свою работу достойно, с соблюдением всех правил и норм. Для повышения качества работы врача-патологоанатома необходимо изменить свод правил, которым они руководствуются в настоящее время, а именно изменить утверждённый приказом Минздрава России от 06.06.2013 № 354н Поряд-

док проведения патолого-анатомических вскрытий, в целях уменьшения корпоративного влияния на врача-патологоанатома, и введение уголовной ответственности за неправомерное вмешательство в его деятельность. Также в разрешении конфликтной ситуации, когда верность заключения врача-патологоанатома вызывает у родственников умершего сомнения, могут помочь третейские суды, которые избираются составом экспертов, проводят исследования и дают заключение, имеющее уровень судебного разбирательства и решение которого обязательно для всех сторон. Также они могут вести статистику смертей от врачебных ошибок по конкретным нозологиям. И стать своеобразными арбитрами при принятии решения о дисквалификации врача от его обязанностей.

С 1996 г. кафедра медицинского права МПФ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова осуществляет преподавание правовых дисциплин для студентов факультета фундаментальной медицины (ФФМ) Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова. Обучение проходят студенты четвертого курса, завершается цикл сдачей экзамена. Следует особо подчеркнуть, что руководит все эти годы ответственной работой и на практике передает свой профессиональный педагогический опыт профессор Ю.Д. Сергеев, по праву носящий это высокое научное звание, так как наряду с профессурой медицинской он уже почти двадцать лет является профессором МГУ. Именно ему, основателю новой отрасли правовой науки, опытнейшему специалисту в области медицинского права, было доверено медико-правовое воспитание и образование университетской студенческой и научной молодежи главного вуза страны [7, стр.6]. В связи с 20-летним юбилеем, разрешите поздравить профессорско-преподавательский коллектив кафедры медицинского права МПФ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ и лично чл.-корр. РАН и РАМН, профессора Ю.Д. Сергеева, осуществлявшего подготовку и проведение учебных и практических занятий со студентами нашего факультета и пожелать новых научных достижений, профессиональных и личных успехов в многотрудной преподавательской деятельности.

Список литературы:

1. Приказ Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий»;
2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации»;
3. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (статья 57);
4. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (статья 307, 310);
5. Медицинское право + CD: учебный комплекс. В 3-х томах. Сергеев Ю.Д. 2008;
6. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. – М.: Иваново, 2001. 288 с.
7. Сергеев Ю.Д., Павлова Ю.В., Поспелова С.И., Каменская Н.А., Журилов Н.В. Двадцать лет первой в Российской Федерации кафедре медицинского права. Федеральный научно-практический журнал «Медицинское право» №6 (64) 2015, стр. 3-7.

Об авторе:

Журилов Николай Владимирович – доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 123373, Москва, Яна Райниса бульвар, д. 24, корп. 1, кв. 6, e-mail: nikolayzhurilov@bk.ru

Пахомов Павел Владимирович – н студент IV курса факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова», 117449, Москва, Шверника, д.19, корп.1, комн. 422, e-mail: pavel.v.pakhomov@gmail.com

Zhurilov Nikolay – associate Professor of Medical Law Department, First Sechenov Moscow Medical University, Moscow

Pakhomov Pavel – student of Lomonosov Moscow State University School of Medicine, Moscow

© Журилов Н.В., Пахомов П.В., 2016

Калецкий Е.Г.,

ПРЕОДОЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ РОССИЙСКОГО ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НАРКОТИЧЕСКИМИ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИМИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Статья посвящена анализу предпринимаемых российскими государственными органами мер по преодолению проблем правового регулирования в области обеспечения пациентов наркотическими обезболивающими.

Ключевые слова: здравоохранение, обезболивание, законный оборот наркотиков.

Eugene Kaletskiy

OVERCOMING PROBLEMS OF RUSSIAN LEGAL REGULATION IN THE FIELD OF PROVIDING NARCOTIC PAINKILLERS TO THE PATIENTS: CONTEMPORARY PERSPECTIVES

The article is devoted to the analysis of measures undertaken by the Russian authorities to address the problems of legal regulation of providing narcotic painkillers to the patients.

Keywords: healthcare, pain management, legal drug trafficking.

Проблема обеспечения пациентов, нуждающихся в обезболивании (и прежде всего – пациентов с онкологическими заболеваниями), необходимыми наркотическими препаратами, по-прежнему является весьма серьезной. По данным ВОЗ 90-100% больных испытывают сильные боли на поздних стадиях этой болезни. Почти всем из них можно помочь, если применять опиоидные анальгетики, замены которым на сегодня не существует. По сведениям Международного комитета по контролю над наркотиками в России назначается и используется менее 200 разовых доз опиоидных анальгетиков на миллион человек в сутки, когда как в странах Европы этот показатель колеблется от 2000 до 20000. В 2008 году Россия стояла на 93 месте в мире по медицинскому потреблению морфина на душу населения. Это говорит о низкой доступности наркотических анальгетиков для медицинских целей. За последнее десятилетие строгость регулирования постоянно возрастала, появлялись новые, всё более строгие законы, правила, требования и инструкции. В результате современной России

легальное потребление опиоидов на душу населения снизилось в 3 раза, а потребление морфина – в 8 раз по сравнению с 1992 г. Кроме того, в России отсутствуют необходимые лекарственные формы морфина короткого действия, которые включены в Минимальный список незаменимых лекарственных средств ВОЗ, а также оксикодон, рекомендованный ВОЗ и Международной ассоциацией хосписной и паллиативной помощи (IANPC) [5].

Право больного на обезболивание гарантировано п. 4 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В настоящее время действует несколько ведомственных документов, вменяющих обязанность лечащего врача по месту жительства и врачебной комиссии поликлиники (учреждения, обеспечивающего первичную медико-санитарную помощь) проводить обезболивание больных. Утвержден ряд документов, регламентирующих назначение обезболивающих препаратов [3, С. 6]. В частности, Министерство здравоохранения провело работу по разъяснению вопросов, связанных с получением пациентами сильнодействующих обезболивающих (см., например, письмо Минздрава России от 27.02.2014 № 25-4 / 10 / 2-1277 об обезболивающей терапии нуждающимся пациентам при оказании им медицинской помощи, письмо Минздрава России от 20.11.2014 № 25-4 / 10 / 2-8738 по вопросу совершенствования доступности оказания обезболивающей терапии, письмо Минздрава России от 28.05.2015 № 17-9 / 10 / 2-2519 по вопросу организации медицинской помощи пациентам паллиативного профиля и некоторые другие). Однако право больных на обезболивание в настоящее время часто нарушается, и многие больные вынуждены страдать от острых и хронических болей, не получая адекватного обезболивания. Не получают адекватного обезболивания сотни тысяч больных с хроническими болями, в том числе онкологические больные на последних стадиях болезни. Особую группу составляют больные, которые не могут выразить силу своих страданий: маленькие дети, люди с ограниченными возможностями. Людей часто обрекают на невыносимые страдания, которые можно приравнять к пыткам [3, С. 12].

Более того, сформулированный экспертами в ходе обсуждения проблем организации паллиативной помощи на отдельной

секции VIII Всероссийской научно-практической конференции «Медицина и качество» вывод также весьма неутешителен: несмотря на все усилия, предпринятые в последнее время, проблемы в системе организации паллиативной помощи остаются. Формирование служб паллиативной помощи в субъектах зачастую происходит без учета реальных потребностей и особенностей региональной инфраструктуры. Создают проблемы недостаток научных работ в этой области, дефицит кафедр и циклов повышения квалификации соответствующих специалистов. Согласно озвученным начальником отдела государственного контроля за исполнением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи Управления организации государственного контроля качества оказания медицинской помощи населению Росздравнадзора Алексеем Прыкиным данным, в ходе более 1100 проверок, проведенных ведомством с января по сентябрь 2015 года, было установлено:

- в 16 субъектах РФ наркотические и психотропные препараты не выписывались врачом в день обращения;
- в 26 субъектах зафиксированы отказы в выписке наркотических препаратов и жалобы на несвоевременность их выписки;
- в 39 субъектах выявлены нарушения, связанные с реализацией права пациента на выписывание рецептов при посещении на дому [2, С. 26].

Для преодоления сложившихся проблем в области обеспечения доступности наркотических обезболивающих Минздравом РФ при участии общественных организаций разработан План мероприятий («дорожная карта») «Повышение доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях», согласованный с Минпромторгом РФ, МВД РФ, Росздравнадзором и иными заинтересованными ведомствами (утв. Распоряжением Правительства РФ от 01.07.2016 № 1403-р). План мероприятий предусматривает комплекс мер, направленных на совершенствование механизмов государственного регулирования оборота наркотических и психотропных лекарственных препаратов, обеспечения граждан современными наркотическими и психотропными лекарственными препаратами при оказании помощи в стационарных и амбулаторных

условиях. В частности, предполагается, что реализация данного Плана позволит расширить номенклатуру наркотических лекарственных препаратов, используемых при болевом синдроме; оптимизировать расчеты потребности в указанных препаратах; упростить процедуру назначения и выписывания наркотических и психотропных лекарственных препаратов [1, С. 18].

Вышеназванная дорожная карта ставит не менее важную задачу декриминализация деяний медицинских и фармацевтических работников, связанных с нарушениями в процессе осуществления ими профессиональной деятельности правил оборота наркотических средств и психотропных веществ, не несущих в себе общественной опасности, для чего проводится анализ досудебной и судебной практики применения норм уголовного законодательства в отношении указанных работников в связи с нарушением ими установленных правил оборота наркотических средств и психотропных веществ. Также идет разработка методических рекомендаций по обезболиванию пациентов при оказании всех видов медицинской помощи и методических рекомендаций по организации оборота наркотических средств и психотропных веществ в медицинских и аптечных организациях (в том числе изготовление, хранение, отпуск, реализация, использование, уничтожение) (см. пп. 14, 19, 20 Плана).

Исходя из вышеизложенного, представляется возможным сделать следующие выводы:

1. Государственными органами РФ, регулирующими отношения в сфере здравоохранения и оборота наркотических средств и психотропных веществ признано наличие противоречий между необходимостью ограничения такого оборота в целях предотвращения противоправных деяний и правом пациента на обезбоживание;

2. В настоящее время органами государственной власти с привлечением заинтересованных общественных организаций разработан подробный План мероприятий по преодолению выявленного противоречия с целью скорейшего и полнейшего обеспечения пациентов, нуждающихся в обезболивании, соответствующими лекарственными препаратами;

3. В ближайшее время должна быть произведена оценка эффективности реализации запланированных мероприятий (в

частности, анализ новых методических рекомендаций и нормативных правовых актов по мере их опубликования, анализ фактической обеспеченности пациентов необходимыми лекарственными средствами).

Список литературы:

1. Александрова Н.В. Правительство РФ расширяет номенклатуру наркотических препаратов // Аптека: бухгалтерский учет и налогообложение. 2016. № 8. С. 18-20;
2. Бескаравайная Т. По больному // Медицинский вестник. 2015. № 35-36. С. 26;
3. Пикалев Т.Б. Право пациента на обезбоживание или облегчение боли // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. 2013. № 6. С. 6-13;
4. Медицинская информационная сеть www.medicinform.net. 27.10.2015. Россиян, нуждающихся в обезболивании, включают в единый реестр. URL: <http://www.medicinform.net/news/news39947.htm> (дата обращения: 17.10.2016);
5. РОИ: Решить проблему с доступностью обезбоживания. URL: <https://www.roi.ru/5113/> (дата обращения: 17.10.2016).

Об авторе:

Калецкий Евгений Геннадьевич – старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кандидат юридических наук, 117452, Москва, ул. Ялтинская, д. 1, кв. 135, e-mail: kalez@mail.ru

Eugene Kaletskiy – candidate of Law, assistant professor of the Chair of Medical Law, Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Калецкий Е.Г., Онопченко Е.П., Пикуза М.Н.

ДОКУМЕНТАЛЬНОЕ ОФОРМЛЕНИЕ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ КАК НЕОБХОДИМОЕ ТРЕБОВАНИЕ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья посвящена анализу правового регулирования документального оформления врачебных назначений как обязательного условия надлежащего оказания медицинской помощи в Российской Федерации.

Ключевые слова: медицинская документация, качество медицинской помощи, врачебные назначения.

Eugene Kaletskiy, Onopchenko Elisabeth, Pikuza Maria

PROPERLY DOCUMENTED PRESCRIPTIONS AS A NECESSARY REQUIREMENT TO HEALTH CARE

The article analyzes the legal regulation of documenting prescriptions as a prerequisite of proper medical care in the Russian Federation.

Keywords: medical documentation, health care quality, prescriptions.

Обратимся к одной из важных проблем в медицине – ненадлежащее документальное оформление врачебных назначений. Действия медицинского персонала по ведению такого рода документации зачастую бывают ошибочны, поскольку многие из них не относятся к заполнению врачебных документов с должным вниманием и не соблюдают необходимые требования к оформлению таких документов.

При определении требований к надлежащему оказанию медицинской помощи необходимо учитывать ее соответствие не только стандартам медицинской помощи, протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским технологиям, установленным или обычно предъявляемым в медицинской практике требованиям к проведению диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий, проведению медицинской экспертизы, медицинского освидетельствования, но также и надлежащее оформление медицинской документации с учетом современного уровня развития медицинской науки, медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая оказания медицинской помощи [2, с. 576]. Однако, по статистике значитель-

ное число врачебных дел в суде проигрываются по причине безответственного, неаккуратного заполнения медицинской документации и, как следствие, невозможности ее использования в суде в качестве доказательства добросовестности врача [3, с. 90]. Более того, распространенность ненадлежащего оказания медицинских услуг за первое десятилетие XXI века приняла характер «молчаливой» эпидемии, и одними из существенных факторов риска увеличения числа пациентов, которым оказана медицинская услуга ненадлежащего качества, являются правовой вакуум и правовой нигилизм в сфере оказания медицинских услуг, отсутствие стандартов ведения медицинской документации [5, с. 3]. Характерным подтверждением сложившейся ситуации является тот факт, что выпускники медицинских образовательных учреждений, как правило, не подозревают о правовой значимости ведения первичной медицинской документации, большая часть из них даже не задумывается о возможных правовых последствиях, которые могут возникнуть вследствие недобросовестного отношения к их оформлению [4, с. 16].

В медицинской документации отражаются различные врачебные назначения, целью которых является оказание медицинской помощи, понимаемой в виде комплекса мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья (см. п. 3 ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»)). Предпримем попытку определить понятие «врачебное назначение», основные требования к их документированию и выявить их значение для определения качества оказанной медицинской помощи.

Среди основных требований к оформлению медицинской документации в РФ можно выделить следующие – полнота, достоверность, своевременность, однозначность толкования, соответствие медицинской доктрине. При разработке правил заполнения медицинской документации следует учитывать, что она должна предупреждать нарушения лечебно-диагностического процесса с одной стороны и позволять доказать правомерность действий медицинских работников – с другой [1, с. 94].

Действующее законодательство об охране здоровья граждан не содержит определение понятия «врачебное назначение». По смыслу

слова «назначение» можно заключить, что понятие «врачебные назначения» в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами можно определить следующим образом: это указания врача о назначении и отмене пациентам, находящимся на лечении, лекарств, диеты, лабораторных исследований и консультации специалистов; сведения о данных указаниях обязательно вносятся в соответствующие медицинские документы пациентов (для пациента, находящегося на стационарном лечении, таким документом будет медицинская карта с листом назначений; для амбулаторного пациента – медицинская карта, выписанные рецепты и иные документы) (см., например, Приложение 4 к приказу Минздрава СССР от 12.02.1987 № 204 «О введении формализованных форм медицинской документации»; п. 1.6. приложения 12 к приказу Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания»). Отметим, что только при условии соблюдения вышеописанных требований назначения будут обязательны для пациентов в силу ч. 3 ст. 27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», т. е. могут быть признаны составной частью режима лечения пациента.

При этом лечащим врачом, помимо назначений, могут быть даны пациенту и иные указания, пожелания или советы об определенном образе действий с целью поддержания и (или) восстановления здоровья. Такие пожелания лечащего врача можно определить понятием «врачебная рекомендация»; их можно считать вспомогательным средством оказания медицинской помощи, улучшающим ее эффективность либо облегчающим лечение пациента; кроме того, все сформулированные врачом рекомендации должны соответствовать требованиям действующего законодательства о соблюдении применимых прав пациента и требований медицинской этики, а также надлежащего исполнения профессиональных обязанностей и ограничений профессиональной деятельности медицинского работника; но такое средство решением лечащего врача не включается в содержание режима лечения. Заметим, что в нормативных правовых актах не предусмотрено специальной формы медицинской документации для оформления врачебных рекомендаций пациенту; в то же время Методические рекомендации № 2002 / 144 «Оказание

психологической и психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях», утвержденные Минздравом РФ 11.03.2003, предусматривают возможность фиксации врачебных рекомендаций в виде листка назначения, который следует выдавать пострадавшему на руки. Можно утверждать, что вышеописанный способ оформления врачебных рекомендаций допустим и в иных ситуациях по оказанию медицинской помощи.

Из вышеизложенного можно сделать вывод о том, что необходимым условием надлежащего оказания медицинской помощи является полное, достоверное, соответствующее медицинской доктрине и применимым правовым актам в сфере здравоохранения документальное оформление всех врачебных назначений. И не стоит забывать, что при некачественном выполнении этой на первый взгляд неважной работы могут пострадать пациенты, обратившиеся за медицинской помощью.

Список литературы:

1. Васильев И.В. Об оформлении листка назначений в истории болезни. // Главврач. 2011. № 3. С. 94-95
2. Научно-практический комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (постатейный) / А.Л. Благодар, И.Л. Дубровина, А.А. Кирилловых и др.; под общ. ред. А.А. Кирилловых. М.: Деловой двор, 2012. 600 с.
3. Салыгина Е.С. Юридическое сопровождение деятельности частной медицинской организации. М.: Статут. 2013. 192 с.
4. Сафонов А.Е., Шадымов А.Б., Сорокин В.В. Право в медицине: динамизм правосознания современного медицинского работника // Медицинское право. 2014. № 5. С. 15-19.
5. Сергеев Ю.Д., Канунникова Л.В. Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его возникновения. // Медицинское право. 2007. № 4. С. 3-6

Об авторах:

Калецкий Евгений Геннадьевич – старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кандидат юридических наук, 117452, Москва, ул. Ялтинская, д. 1, кв. 135, e-mail: kalez@mail.ru

Онопченко Елизавета Петровна – студентка 1 курса педиатрического факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, Москва, e-mail: midorima7shintaro@gmail.com

Пикуза Мария Николаевна – студентка 1 курса педиатрического факультета Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, Москва, e-mail: mashenka_pikuza@mail.ru

Eugene Kaletskiy – candidate of Law, assistant professor of the Chair of Medical Law, Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Onopchenko Elisabeth – 1st year student of Faculty of Pediatrics, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Pikuza Maria – 1st year student of Faculty of Pediatrics, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Калецкий Е.Г., Онопченко Е.П., Пикуза М.Н., 2016

Каменева К.Ю., Баринев Е.Х.

КАТЕГОРИЧНЫЕ И ВЕРОЯТНОСТНЫЕ ВЫВОДЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО «МЕДИЦИНСКИМ» СПОРАМ

В статье приводятся сведения о категоричных и вероятностных выводах судебно-медицинской экспертизы по «медицинским» спорам. Доказательная ценность заключения на выходе девальвируется экспертами, поскольку не позволяет сторонам использовать его положения в соответствии с тем замыслом каждой из них, который вкладывался в формулирование вопросов для постановки перед экспертами на входе.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, выводы, суд, анализ экспертиз, форма выводов.

Kameneva K.Y., Barinov E.H.

CATEGORICAL AND PROBABILISTIC CONCLUSIONS MEDICOLEGAL CONCLUSION ON «MEDICAL» SPORES

Data on categorical and probabilistic conclusions of forensic medical examination on «medical» spores are provided in article. The evidential value of the conclusion at the exit is devaluated by experts as doesn't allow the parties to use its provisions according to that plan of each of them which invested in a formulation of questions for statement before experts on an entrance.

Keywords: forensic medical examination, conclusions, court, analysis of examinations, form of conclusions.

Заключение судебно-медицинской экспертизы принято рассматривать как доказательство (п.1 ст.55 ГПК РФ, ч.2 ст.74 УПК РФ). Если по внутреннему убеждению суда оно отвечает установленным критериям оценки доказательств (относимости, допустимости, достоверности – в отдельности и достаточности – в их совокупности), то тогда принимается им в качестве доказательства (ст. 67 ГПК РФ).

По своей природе заключение эксперта относится к личным доказательствам, поскольку исследование проводится и оформляется конкретным лицом – судебно-медицинским экспертом, выводы которого имеют доказательственное значение. Как судебное доказательство, оно соотносится с такими понятиями, как «средство доказывания», «источник доказательств», но в то же время ему присущи «индивидуальные признаки, отличающие

его от иных видов доказательств, в первую очередь – письменных» [1,3].

В зависимости от формы выводов, судебно-медицинское заключение может быть «как прямым, так и косвенным доказательством» [1,2]. Если эксперт формулирует свою точку зрения в виде категоричных, четких ответов, обладающих высокой степенью достоверности, заключение считается прямым доказательством, которое судом либо принимается *as is*, либо отвергается *as is*. В тех ситуациях, когда эксперт не находит достаточных оснований для формулирования единственно правильного вывода и представляет вероятностный ответ с некоторой долей внутреннего сомнения в его достоверности, заключение принимает форму косвенного доказательства.

На основании вышеизложенного, есть все основания говорить о зависимости между формой выводов судебно-медицинского заключения (категорических или вероятных) и видом заключения по способу доказывания (прямое или косвенное доказательство).

С одной стороны, некатегоричные ответы на вопросы экспертного задания не исключают наличие противоположных версий по рассматриваемому делу, способны «устанавливать любой факт (как главный, так и доказательственный)» [2] и таким образом могут привести к выводам о существовании главного факта с помощью промежуточного умозаключения, но, с другой стороны, такой формы выводы могут расцениваться как препятствие на пути вынесения судом единственного правосудного решения.

Нами было изучено 128 заключений, выполненных в ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы» в 2007-2011 гг., и связанных с «медицинскими» спорами. Анализу подвергались выводы экспертов, касающиеся определения наличия либо отсутствия причинно-следственной связи между оказанной медицинской помощью и возникшими у истца расстройствами здоровья.

Так, из указанного количества заключений лишь в 64 поднимался вопрос об установлении причинно-следственной связи. В 44 случаях эксперт или комиссия экспертов представили свои

выводы в виде категоричных положительных либо отрицательных ответов на вопросы, а в 17 – в форме вероятностных, используя обилие сослагательных формулировок.

По данным проведенного анализа, лишь в 4 из 44 заключений, в которых давался категоричный ответ (положительный либо отрицательный) на вопрос о наличии причинно-следственной связи между действиями (бездействием) медицинского персонала и возникшим у истца расстройством здоровья, имело место обоснование экспертного решения ссылками не только на представленную медицинскую документацию, но также и на используемую в процессе построения выводов медицинскую литературу.

Отдельного обсуждения требуют категоричные выводы экспертов, построенные в условиях недостатка предоставленной медицинской документации. Так, в 7,81% заключений (10 из 128) эксперты отмечали нехватку информации о проведенном лечении, диагностике и пр., но при этом дают категоричную оценку наличия либо отсутствия прямой причинно-следственной связи.

В одном из наблюдений группа экспертов выявила ряд недостатков в диагностике и лечении пострадавшей, свидетельствующих о несвоевременном оказании ей медицинской помощи в необходимом объеме, что привело к ампутации нижней конечности. Эксперты через умозаключение «даже при своевременном оказании медицинской помощи, учитывая наличие сопутствующей патологии и возраста больной, нельзя полностью гарантировать успешного излечения и сохранения нижней конечности», без ссылок на конкретную медицинскую литературу, пришли к выводу о том, что «установить прямую причинно-следственную связь между недостатками оказания медицинской помощи и ампутацией нижней конечности не представляется возможным».

На основании вышеизложенного, доказательная ценность заключения на выходе девальвируется экспертами, поскольку не позволяет сторонам использовать его положения в соответствии с тем замыслом каждой из них, который вкладывался в формулирование вопросов для постановки перед экспертами на входе.

По этому замыслу аргументами выступают не все положения заключения, а лишь те, которые в построенных ими моделях доказывания могут быть использованы в доказательственном процессе [3].

Возможно, это было бы не критично, если бы суд рассматривал дела единственного состава правонарушений. Но правонарушения разных составов совершаются разными субъектами, в разных обстоятельствах и пр. Потому при всем многообразии подобных различий составов правонарушений однообразие экспертной оценки само по себе неизбежно порождает вопросы, которые не может не порождать. А применительно к судебно-медицинской экспертизе по «медицинским» спорам – особенно.

Список литературы:

1. Сахнова Т.В. Экспертиза в суде по гражданским делам: учеб.-практич. пособие / Т. В. Сахнова. М.: Изд-во БЕК, 1997. 278 с.
2. Смольников Д.И. Косвенные доказательства в гражданском судопроизводстве России. Автореф. дисс. ... канд. Юрид. наук. М., 2015. 23 с.
3. Баринов Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам (монография). М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав». 2013. 164 с.

Об авторах:

Каменева Ксения Юрьевна – ассистент кафедры судебной медицины ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, ФГБОУ ВО КГМУ, 305041, Курск, ул. К.Маркса, 3

Баринов Евгений Христофорович – профессор кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова, 127473, г. Москва, ул.Делегатская, 20 / 1, e-mail: ev.barinov@mail.ru

Kameneva Ksenia Yurevna – the assistant to department of forensic medicine FGBOU WAUGH «The Kursk state medical university» of the Russian Ministry of Health, Kursk

Evgeny Hristoforovich Barinov – professor of department of forensic medicine and the medical right FGBOU WAUGH «The Moscow state medico-stomatologic university of A. I. Evdokimov» of the Russian Ministry of Health, the doctor of medical sciences, professor, Moscow

Каменская Н. А.

АНАЛИЗ ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ПО ВОПРОСАМ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, УСТАНОВЛЕННЫХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММОЙ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В статье рассмотрены особенности применения судами норм, регулирующих обязательное медицинское страхование, проанализирована судебная практика по вопросам выделения объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой.

Ключевые слова: программа обязательного медицинского страхования, правила обязательного медицинского страхования, медицинская организация, страховая медицинская организация, территориальный фонд.

Kamenskaya Natalia A.

REVIEW OF JUDICIAL PRACTICE IN THE CONTRACTUAL RELATIONSHIP IN THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEM

In the article the features of application by courts of rules governing the compulsory health insurance, analyzed the jurisprudence on the allocation of health care volumes established territorial program.

Keywords: compulsory health insurance, medical organization, health insurance company, territorial Fund.

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, стра-

ховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций и профессиональных союзов медицинских работников на паритетных началах.

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

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

Применяя указанные нормы, суды ссылаются на положения:

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

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

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

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

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

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

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

Согласно ст. 15 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», к медицинским организациям, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, относятся организации любой предусмотренной российским законодательством организационно-правовой формы (учреждение, больница, поликлиника и т.п.), а также индивидуальные предпринима-

тели, занимающиеся частной медицинской практикой. При этом они должны быть включены в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Именно эти организации участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и им решением комиссии субъекта РФ по разработке ТФОМС устанавливается объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС.

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

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

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

Применяя указанные нормы, суды ссылаются на положения:

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

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

При этом суды приходят к следующим выводам:

- федеральное законодательство не ставит в зависимость возможность оказания лечебным учреждением гражданину бесплатной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования от запланированного общего объема таких услуг и гарантирует оказание гражданам, застрахованным в системе ОМС, бесплатной помощи; следовательно оказанные медицинские услуги являются страховыми случаями и подлежат оплате в заявленном размере;
- поскольку территориальная программа обязательного медицинского страхования является гарантией обеспечения граждан медицинской помощью, то медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, не вправе отказать в предоставлении медицинской помощи гражданам при наступлении страхового случая [5];
- обязательность обращения медицинской организации в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС за перераспределением установленных объемов и/или выделением дополнительных объемов медицинской помощи законом не предусмотрено;
- нормативно-правовыми актами не предусмотрено право медицинской организации обращаться в территориальный

фонд обязательного медицинского страхования за выделением средств нормированного страхового запаса для оплаты оказанной медицинской помощи [6];

- отказ территориального фонда в выделении дополнительного финансирования за счет нормированного страхового запаса для покрытия расходов на оплату медицинских услуг не является основанием для освобождения страховой медицинской организации от имеющихся у нее обязательств перед лечебным учреждением.

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>
5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL:<http://internet.garant.ru/#/document/12191967/paragraph/1:0>
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования. URL:<http://internet.garant.ru/#/document/12183423/paragraph/42072:2>
7. Приказ Федерального фонда ОМС от 1 декабря 2010 г. № 227 «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования». URL:<http://internet.garant.ru/#/document/12182432/paragraph/1:8>
8. Определение Верховного Суда РФ от 29 апреля 2016 г. № 309-КГ16-3191. URL:<http://internet.garant.ru/#/document/71389188/paragraph/1:4>
9. Определение Верховного Суда РФ от 12 апреля 2016 г. № 310-КГ16-3206. URL:<http://internet.garant.ru/#/document/71377756/paragraph/1:6>

Об авторе:

Каменская Наталья Андреевна – доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кандидат юридических наук, 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, дом 2, стр. 2, e-mail: privet.03@mail.ru

Kamenskaya Natalia A. – associate professor of Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, PhD, Moscow

© Каменская Н.А., 2016

Каминская О.Н., Грачева Т.Ю.

**КОНФЛИКТ НОРМ ПРАВА В ПОДЗАКОННЫХ АКТАХ:
СТАНДАРТ ПРОТИВ САНПИНА**

Статья посвящена выявлению разногласий между требованиями санитарных правил и стандартами оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: стандарты медицинской помощи; санитарное законодательство.

Kaminskaya Olga, Gracheva Tatiana

THE CONFLICT OF LAW REGULATIONS

The article identifies differences between the requirements of sanitary legislation and standards of medical care.

Keywords: standards of medical care; sanitary legislation.

В соответствии с законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 323-ФЗ от 21.11.2011 (далее 323-ФЗ) медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации (ст. 37, п. 1). Стандарты медицинской помощи законодательством в сфере охраны здоровья отнесены к нормативно-правовым актам решением Верховного Суда РФ от 09.04.2014 № АКПИ14-152, следовательно, их применение носит обязательный характер. Требование оказания медицинской помощи в соответствии с порядками, стандартами и клиническими рекомендациями включен в раздел необходимых знаний профессиональных стандартов (например, «Специалист по педиатрии» (утв. приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 25 июня 2015 г. № 400н) [1].

Понятие качества медицинской помощи также включает исполнение стандартов и порядков оказания медицинской помощи, что влияет на оплату со стороны страховых медицинских организаций в рамках обязательного медицинского страхования (323-ФЗ, ст. 10, п. 4) [2, 3, 4].

Также обязательными в рамках административного права являются санитарные правила, которые устанавливают не только профилактические мероприятия, но и порядок, кратность и виды обследования при инфекционных заболеваниях. На 01.10.2016 утверждено более 20 санитарных правил по инфекционной патологии. Вместе с тем объем обследования в соответствии с санитарными правилами при инфекционных заболеваниях, кратность значительно отличаются от требований стандартов. Юридические лица и индивидуальные предприниматели обязаны выполнять требования санитарного законодательства Российской Федерации.

За несоблюдение санитарных норм предусмотрена административная ответственность по ст. 6.3. КРФ об АП, что влечет предупреждение или наложение административного штрафа на граждан в размере от ста до пятисот рублей; на должностных лиц – от пятисот до одной тысячи рублей; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, – от пятисот до одной тысячи рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток; на юридических лиц – от десяти тысяч до двадцати тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Перед медицинскими работниками стоят нерешенные вопросы: в рамках ОМС возможно назначение исследований, включенных в стандарт. Но все исследования вне стандарта или сверх ОМС должны быть назначены на платной основе или выполнены из других источников финансирования (областной или муниципальный бюджет).

Так, в соответствии с приказом МЗ РФ от 20.12.12 № 1205н «Об утверждении стандарта оказания первичной медико-санитарной помощи при остром тонзиллите» бактериологическое обследование на дифтерию подлежат только 70% пациентов, кратность обследования – 1 и только 50 % подлежат бактериологическому обследованию на микрофлору из зева. Вместе с тем в санитарных правилах СП 3.1.2.3109-13 «Профилактика дифтерии» указано, что все пациенты подлежат бактериологическому обследованию на дифтерию: больных с диагнозами ангина с патологическими

наложениями, ларинготрахеит, ларингит, круп, заглоточный (паратонзиллярный) абсцесс, инфекционный мононуклеоз (п. 5.2). В соответствии с СП 3.1.2.3149-13 «Профилактика стрептококковой (группы А)» бактериологическому обследованию на наличие СГА подлежат: все больные ангиной.

Например, в приказ МЗ РФ от 09.11.2012 № 869н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при острых кишечных инфекциях и пищевых отравлениях легкой степени тяжести» включены 8 нозологий. В соответствии с СП 3.1.1.3108-13 «Профилактика острых кишечных инфекций» пациента с клиникой кишечной инфекции необходимо обследовать при подозрении на заболевание по 50 нозологиям, в том числе вирусные, бактериальные и протозойные болезни. Стандарт исключает обследование пациентов с клиникой кишечной инфекции на вирусные патогены, тогда как санитарные правила требуют обследования не только на периоде диагностики, но и для контроля за лечением (таблица 1).

Таблица 1.

Сравнение требований СанПин и стандартов оказания медицинской помощи при заболевании органов дыхания

Нозология	Стандарт	Санитарно-эпидемиологические правила
Острый тонзиллит	Приказ МЗ 20.12.12 № 1205н «Об утверждении стандарта оказания первичной медико-санитарной помощи при остром тонзиллите»	СП 3.1.2.3109-13 «Профилактика дифтерии», СП 3.1.2.3149-13 «Профилактика стрептококковой (группы А)»
	Лабораторные исследования	
	бактериологический посев слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы 70%, кратность 1; бактериологический посев на дифтерию 50% кратность 1	бактериологический посев на стрептококк 100%, бактериологический посев на дифтерию 100%

Нозология	Стандарт	Санитарно-эпидемиологические правила
Острый ларингит-трахеит	Приказ МЗ 28.12.12 №1654н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при острых назофарингите, ларингите, трахеите, и ОРВИ легкой степени»	СП 3.1.2.3109-13 «Профилактика дифтерии»
	Лабораторные исследования	
	бактериологическое обследование на дифтерию не предусмотрено	бактериологическое обследование на дифтерию не предусмотрено
Острый синусит	Приказ МЗ РФ от 20.12.2012 № 1201н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при остром синусите»	СП 3.1.2.3149-13 «Профилактика стрептококковой (группы А)»
	Лабораторные исследования	
	бактериологическое исследование смывов из околоносовых полостей на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы: 10% пациентов	бактериологический посев на стрептококк: 100% пациентов

Таким образом, имеющиеся разногласия в подзаконных актах затрудняют, а иногда делают невозможным исполнение санитарного законодательства. Лабораторное обследование в соответствии с требованиями санитарных правил сверх стандарта возможно только на платной основе или других источников.

Необходимо вносить изменения в стандарты оказания медицинской помощи в соответствии с требованиями санитарного законодательства, а также уделять серьезное внимание отсутствию противоречий между подзаконными актами.

Список литературы;

1. Александрова О.Ю. Требование законодательства об обязательности соблюдения стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи / О.Ю. Александрова // *Здравоохранение*. 2013. № 3. С. 40-46.

2. Кочубей А.В. Стандарты оказания медицинской помощи: что обязательно, а что рекомендовано? / А.В. Кочубей // *Здравоохранение*. 2013. № 5. С. 52-59.
3. Тимофеев И.В. О проблемах правового регулирования качества медицинской помощи, снижающих эффективность реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации / И.В. Тимофеев // *Медицинское право*. 2016. № 3.- С. 12-17.
4. Шишов М.А. Актуальные проблемы осуществления экспертизы качества медицинской помощи // М.А. Шишов / *Медицинское право*. 2016. № 2. С. 27-32.

Об авторах:

Каминская Ольга Николаевна – ассистент кафедры последипломного подготовки специалистов по надзору в сфере защиты прав потребителей, благополучия человека и медицинскому праву, кандидат медицинских наук Кемеровского государственного медицинского университета, 650070, г. Кемерово, пр-т Молодежный 15Б-17, e-mail: medpravo3@bk.ru

Грачева Татьяна Юрьевна – а профессор кафедры последипломного подготовки специалистов в сфере защиты прав потребителей, благополучия и медицинского права, доктор медицинских наук Кемеровского государственного медицинского университета, 650055, Кемерово, Пролетарская, 12-88, e-mail: medpravo@bk.ru

Kaminskaya Olga – assistant Professor of postgraduate training in supervision in the sphere of consumer rights protection, human welfare and medical law, PhD, Kemerovo state medical University, Kemerovo

Gracheva Tatiana – Professor, Department of postgraduate training of specialists in the sphere of protection of consumer rights, well-being and medical law, doctor of medical Sciences, Kemerovo state medical University, Kemerovo

© Каминская О.Н., Грачёва Т.Ю. , 2016

Каминская О.Н., Грачева Т.Ю.

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К САЙТАМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Статья посвящена анализу законодательства по предоставлению информации на сайтах медицинских организаций, ответственности за нарушение. Проведен анализ сайтов 50 организаций Кемеровской области на соблюдение требований нормативных документов.

Ключевые слова: сайт медицинской организации; право потребителя на информацию.

Kaminskaya Olga, Gracheva Tatiana

MANDATORY REQUIREMENTS FOR THE WEBSITES OF MEDICAL ORGANIZATIONS

The article is devoted to analysis of the legislation on the provision of information on the websites of medical organizations, responsibility for the violation. Analysis of the sites 50 organizations of Kemerovo oblast on observance of requirements of normative documents.

Keywords: the medical organization site; the consumer's right to information.

Актуальность изучения данного вопроса связана с соблюдением законных прав потребителей на объективную информацию об услугах. Целью исследования стало изучение нормативно-правовой базы к информации, размещаемой на сайтах медицинских организаций, выявление обязательных условий. Задачами исследования явилось выявление нарушений законодательства при анализе сайтов частных медицинских организаций.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская организация обязана «информировать граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети «Интернет», об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках медицинских организаций, об уровне их образования и об их квалификации» (ст. 79 п. 7). А пациент имеет право получить эту информацию, в том числе и через сеть «Интернет». Также при

выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации (ст. 21, п. 7).

Таким образом, при осуществлении медицинской деятельности для соблюдения прав пациентов наличие сайта медицинской организации стало обязательным условием [3].

Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» определило 8 обязательных требований к информации, размещенной на сайте медицинской организации при оказании платных медицинских услуг.

Новые требования к информации, размещенной на сайте организации были установлены приказом Минздрава России от 30.12.2014 № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения РФ, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Данный приказ определяет наличие информации не зависимо от организационной формы организации и формы оплаты оказанных медицинских услуг.

В данные перечень, в частности, входят сведения: о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (с приложением электронного образа документов); о видах медицинской помощи; о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; о сроках, порядке, результатах проводимой диспансеризации населения; о правилах записи на первичный прием / консультацию / обследование; о правилах предоставления платных медицин-

ских услуг; о ценах на медицинские услуги (с приложением электронного образа документов); о медицинских работниках медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, занимаемая должность; сведения из документа об образовании (уровень образования, организация, выдавшая документ об образовании, год выдачи, специальность, квалификация); сведения из сертификата специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия); график работы и часы приема медицинского работника); об отзывах потребителей услуг; о страховых медицинских организациях, с которыми заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

На сайтах должна быть обеспечена возможность выражения мнений получателями медицинских услуг о качестве их оказания медицинскими организациями (анкетирование).

Для оценки исполнения обязательных требований к информации на сайтах медицинских организаций был проведен анализ информации, размещенной на сайтах частных медицинских организаций Кемеровской области. Для анализа из всех медицинских частных организаций выбраны слепым методом 50 организаций, что в соответствии с реестром лицензий Управления лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области от 01.01.2016 составляет 8% от общего числа частных медицинских организаций. Установлено, что интернет ресурсы из 50 клиник имеют только 49. Из 8 обязательных для исполнения пунктов Постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, все 8 пунктов не выполнены ни у одной из частных медицинских организаций. У 14 организаций (21%) отсутствуют сведения о лицензии, у 15 медицинских организаций на сайте не размещен электронный образ документа (лицензии). Из 36 клиник, имеющих сведения о лицензии, у 12 (30%) в преискуранте указаны услуги, не заявленные в лицензии. В большинстве случаев это косметологические услуги. По данным единого реестра лицензий Управления лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области на 01.01.2016, толь-

ко 59 организаций имеют лицензию на косметологию (из всех медицинских организаций Кемеровской области). При этом на сайте информационной компании «Дубль – Гис» (размещает информацию по данным рекламодателя, но при предоставлении сведений по лицензируемым видам деятельности) только в Кемерово указано 178 организации, предоставляющие косметологические услуги. У 28 (53% исследованных) информация о документе, подтверждающем факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию не представлена.

У всех клиник на сайтах имеется преискурант на услуги, но электронный образ утвержденного преискуранта имеется только на сайте 2-х организаций. Сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты указаны только у 4-х (8%) организаций.

Обязательное условие об информировании потребителей об адресах и телефонах органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека выполнено только у одной клиники или в 2% случаях.

Таким образом, установлены серьезные нарушения обязательных требований при размещении информации как права пациента, закрепленного законодательством.

Необходимо отметить, что нарушение законных прав потребителей влечет к административной ответственности, предусмотренной Кодексом РФ об административных правонарушениях: нарушение права потребителя на получение необходимой и достоверной информации о реализуемом товаре (работе, услуге), об изготовителе, о продавце, об исполнителе и о режиме их работы -влечет предупреждение или наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от пятисот до одной тысячи рублей; на юридических лиц – от пяти тысяч до десяти тысяч рублей (ст. 14.8) [1, 2].

Выводы:

1. Наличие сайта медицинской организации является обязательным условием оказания медицинских услуг.

2. Основными нормативными документами, регулирующими требования к информации на сайтах медицинской организации являются: Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения РФ, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. При анализе информации, размещенной на сайтах частных медицинских организаций выявлено, что имеются серьезные нарушения обязательных требований при размещении информации как права пациента, закрепленного законодательством.

4. Для предотвращения административных наказаний со стороны надзорных органов необходимо поддерживать актуальную информацию на сайте медицинской организации в соответствии с требованиями нормативных документов.

Список литературы:

1. Засова С.В. Нарушение иных прав потребителей (статья 14.8 кодекса об административных правонарушениях российской федерации) / С.В. Засова // Законность и правопорядок в современном обществе. 2014. № 17. С. 17-26.
2. Бочкарев И.Е. О недостатках административной ответственности за нарушение права потребителя на получение необходимой и достоверной информации о реализуемом товаре (работе, услуге) / И.Е. Бочкарев // Бизнес и право: проблемы науки и практики: мат. Всерос. науч.-практ. конф. Нижний Новгород, 2011. С. 66-69.

3. Салыгина Е.С. Сайт медорганизации: правовые требования к размещению рекламы и использованию персональных данных. Что должно быть на сайте медицинской организации и чего быть не должно? Разъяснения, примеры и юридические рекомендации / Е.С. Салыгина // Правовые вопросы здравоохранения. 2015. №3. С. 28-39.

Об авторах:

Каминская Ольга Николаевна – ассистент кафедры последипломного подготовки специалистов по надзору в сфере защиты прав потребителей, благополучия человека и медицинскому праву, кандидат медицинских наук Кемеровского государственного медицинского университета, 650070, г. Кемерово, пр-т Молодежный 15Б-17, e-mail: medpravo3@bk.ru

Грачева Татьяна Юрьевна – а профессор кафедры последипломного подготовки специалистов в сфере защиты прав потребителей, благополучия и медицинского права, доктор медицинских наук Кемеровского государственного медицинского университета, 650055, Кемерово, Пролетарская, 12-88, e-mail: medpravo@bk.ru

Kaminskaya Olga – assistant Professor of postgraduate training in supervision in the sphere of consumer rights protection, human welfare and medical law, PhD, Kemerovo state medical University, Kemerovo

Gracheva Tatiana – Professor, Department of postgraduate training of specialists in the sphere of protection of consumer rights, well-being and medical law, doctor of medical Sciences, Kemerovo state medical University, Kemerovo

Каминская О.Н., Грачева Т.Ю.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДОКУМЕНТООБОРОТА ПРИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ

Статья посвящена анализу законодательства в области документооборота при проведении вакцинации.

Ключевые слова: документооборот; вакцинопрофилактика.

Kaminskaya Olga, Gracheva Tatiana

PROBLEMS OF THE ORGANIZATION OF DOCUMENTS FOR VACCINATION

The article is devoted to analysis of legislation in the field of document circulation at carrying out of vaccination.

Keywords: document management; vaccination.

Вакцинация является важным профилактическим мероприятием в здравоохранении, где особенную роль играет регистрация выполненных прививок не только для учета проведенных вакцинация, но и для планирования вакцинации на предстоящие периоды. Вместе с тем, нормативному регулированию документооборота при вакцинации в литературе не уделяется достаточному вниманию [2, 3].

Требования по регистрации выполненных прививок закреплены в федеральном законе от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», где указано, что сведения о профилактических прививках, поствакцинальных осложнениях, случаях отказа от профилактических прививок подлежат регистрации в медицинских документах и сертификатах профилактических прививок (ст. 17, п. 2).

Также данное требование отражено в санитарном законодательстве.

1. СанПин 3.3.2342-08 «Обеспечение безопасности иммунизации»: «порядок регистрации профилактических прививок является единым и обязательным для всех организаций здравоохранения независимо от организационно-правовых форм и ведомственной принадлежности. Сведения о выполненной профилактической прививке (дата введения препарата, назва-

ние препарата, номер серии, доза, контрольный номер, срок годности, а по результатам наблюдения – характер реакции) вносятся в соответствующие учетные медицинские документы» (п. 3.40).

2. СанПин 3.3.2367-08 «Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней»: «Для организации проведения профилактических прививок в лечебно-профилактической организации должны быть документы, обеспечивающие полноту, достоверность и своевременность учета групп населения, подлежащих вакцинации, и выполненных прививок» (п. 4.1.).

Среди учетных документов основными являются карта учета профилактических прививок и журнал учета профилактических прививок.

Каждая выполненная вакцинация должна быть зарегистрирована в 4-х учетных формах: ф. 63/у – карта учета профилактических прививок, 112/у – история развития ребенка или № 026/у-2000 – медицинская карта ребенка для образовательных учреждений, ф. 156/у-93 – сертификат профилактических прививок, ф. 064/у – журнал учета профилактических прививок.

Вместе с тем, большинство форм утверждено приказом Минздрава от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной документации учреждений здравоохранения», который был отменен (хотя впоследствии на него ссылаются как на действующий). Проект приказа Минздравсоцразвития РФ от 14.12.2011 «Об утверждении форм учетной медицинской документации медицинских организаций» так и не был утвержден, хотя и он на сегодняшний день является в плане учета профилактических прививок не актуальным.

В соответствии с приказом Минздрава от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной документации учреждений здравоохранения» срок хранения карты профилактических прививок составляет 5 лет, срок хранения журнала учета профилактических прививок составляет только 3 года, тогда как ревакцинация против дифтерии и столбняка проводится каждые 10 лет. Необходимый срок хранения первичных документов по учету выполненных прививок с учетом ревакцинации против дифтерии, должен быть не менее 15 лет.

Значительная миграция населения, в том числе между районами города, требует более тщательного подхода к регистрации проведенных прививок и удлинения срока хранения указанных форм до 15 лет, а также актуализации указанных форм. Необходимо особо отметить, что данный раздел полностью представлен в индивидуальной истории развития ребенка (ф. 112/у) и в форме 026/у-2000 для организованного детского населения, что позволяет врачам-педиатрам первичного звена своевременно проводить вакцинацию на всех этапах наблюдения за ребенком: детская поликлиника – детский сад – школа. К сожалению, в первичной документации для амбулаторной службы по взрослому населению, утвержденной Приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению», данный раздел полностью отсутствует, что делает невозможным учет и планирование прививок на приеме у терапевта. Раздел, посвященный прививкам, также полностью отсутствует в «Паспорте здоровья», утвержденном приказом Минздравсоцразвития РФ от 24.02.2009 № 67н (ред. от 04.02.2010) «О порядке проведения в 2009 году дополнительной диспансеризации работающих граждан», что делает невозможным информирование населения о запланированной вакцинации. Необходимо утвердить вкладыш в амбулаторную карту в виде копии 63/у формы, что позволит на первичном приеме сообщать пациентам о необходимых профилактических прививках в течение года [1].

Учитывая отмену приказа 1030, формы бланков документов, утверждаемых данным приказом, могут быть использованы после утверждения приказом организации. При этом надо учитывать, что многие формы значительно устарели по содержанию. Так, например, форма 63/у, утвержденная данным приказом, содержит информацию по проведению пробы Пирке и вакцинации против натуральной оспы (не проводится с 1980 года) и не включена регистрация современных вакцин против пневмококковой инфекции, гемофильной инфекции, гриппа и других. В данную форму включена вакцинация только против 5 инфекций: оспы,

кори, дифтерии и коклюша, полиомиелита, туберкулеза, тогда как вакцинация по национальному календарю прививок проводится вакцинация уже по 12 нозологиям.

Необходимо разработать актуальную форму 63/у, отвечающую современным требованиям, для взрослого и детского населения. К тому же необходимо утвердить данную форму, как вкладыш в амбулаторную карту взрослого пациента, для своевременного и полного охвата вакцинацией.

Также приказом №1030 была утверждена форма журнала учета профилактических прививок, которая при работе с детским населением требует переработки, так как учет каждой прививки в отдельных разделах журнала при массовой вакцинации детей, когда один ребенок при обращении может получить вакцинацию против 6 инфекций, требует регистрации в 6 разделах журнала. Также длительность хранения журнала составляет только 3 года, что не позволяет восстановить данные при необходимости.

Множество документов, в которых фиксируются профилактические прививки, не формируют единой системы регистрации, особенно у взрослого населения.

Одним из основных документов, подтверждающий наличие вакцинации, является сертификат профилактических прививок, который хранится у пациента. Данная форма утверждена приказом Приказ Минздрава РФ № 220 от 17.09.1993 и позволяет отметить только 8 нозологий из Национального календаря профилактических прививок из 12, с учетом разнообразия вакцин в рамках календаря по эпидемическим показаниям, регистрация которых в данной учетной форме не предусмотрена. При проведении анкетирования среди взрослых пациентов амбулаторной медицинской организации установлено, что из каждых 100 пациентов только 10 (10%) человек имеют данный документ, 90 человек указывали на отсутствие сертификата.

Необходимо утвердить актуальную форму 156/у, содержащую актуальные разделы по вакцинации, и сделать ее обязательной при прохождении предварительных и периодических осмотрах.

Улучшению учета может способствовать закрепление нормы законодательства о прохождении предварительного и периодиче-

ского медицинского осмотра только при наличии сведений о вакцинации в рамках Национального календаря прививок и календаря по эпидемическим показаниям. Данное требование пока не установлено и часто сводится к требованиям вакцинации только против дифтерии и столбняка, тогда как у взрослого населения обязательными являются прививки по 5 нозологиям: грипп, гепатит В, краснуха, корь, дифтерия и столбняк. Некоторым категориям работников требуется вакцинация в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Таким образом, при анализе медицинской документации установлено, что в настоящее время формы учета профилактических прививок имеют неактуальный формат (дают возможность зарегистрировать 5-7 из 12 обязательных прививок) [1].

Сроки хранения медицинской документации либо не установлены, либо имеют короткий период, что нарушает планирование и проведение профилактических прививок с периодом ревакцинации 10 лет (дифтерия, столбняк).

Отсутствие регистрации прививок в амбулаторной карте взрослого пациента и контроль за наличием прививок при проведении предварительных и периодических осмотров ставит под угрозу их выполнения.

Отсутствие четкой системы учета и передачи данных между медицинскими организациями приводит к плохому информированию пациентов о необходимой вакцинации, формирует негативный образ здравоохранения, ставит под угрозу инфекционную безопасность региона.

Список литературы:

1. Каминская О.Н. Организация вакцинопрофилактики: учебное пособие / О.Н. Каминская, Т.Ю. Грачева Кемерово, 2016. 65 с.
2. Онищенко Г.Г. Актуальные вопросы организации вакцинопрофилактики в российской федерации / Г.Г. Онищенко, Е.Б. Ежлова, А.А. Мельникова // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2011. № 5. С. 110-114.
3. Покровский В.И. Вакцинопрофилактика инфекционных болезней взрослых / В.И. Покровский, И.В. Михеева // Терапевтический архив. 2010. Т. 82. № 11. С. 5-10.

Об авторах:

Каминская Ольга Николаевна – ассистент кафедры последипломного подготовки специалистов по надзору в сфере защиты прав потребителей, благополучия человека и медицинскому праву, кандидат медицинских наук Кемеровского государственного медицинского университета, 650070, г. Кемерово, пр-т Молодежный 15Б-17, e-mail: medpravo3@bk.ru

Грачева Татьяна Юрьевна – а профессор кафедры последипломного подготовки специалистов в сфере защиты прав потребителей, благополучия и медицинского права, доктор медицинских наук Кемеровского государственного медицинского университета, 650055, Кемерово, Пролетарская, 12-88, e-mail: medpravo@bk.ru

Kaminskaya Olga – assistant Professor of postgraduate training in supervision in the sphere of consumer rights protection, human welfare and medical law, PhD, Kemerovo state medical University, Kemerovo

Gracheva Tatiana – Professor, Department of postgraduate training of specialists in the sphere of protection of consumer rights, well-being and medical law, doctor of medical Sciences, Kemerovo state medical University, Kemerovo

© Каминская О.Н., Грачёва Т.Ю. , 2016

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, 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 происхождения 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 отделами 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 «Заклучений эксперта» во всех случаях убийств, инерционной черепно-мозговой травмы,

выборочную проверку «Заключений» и «Акт»», по другим видам насильственной и ненасильственной смерти, а также экспертизы свидетелем (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» / [Клевко В.А., Романько Н.А., Зазулин В.А. и др.]; под ред. проф. В.А. Клевко М.: ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», 2014. 76 с.
2. Клевко 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 РЦ-СМЭ РОСЗДРАВА, 2008. 268 с.
3. Комментарий к нормативно-правовым документам, регулиującym порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека / Клевко 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. Клевко и др.]; под ред. проф. В.А. Клевко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 300 с.
5. Клевко 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 Минздравсоцразвития 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, 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, 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», доцент кафедры судебной медицины ФУВ МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, кор. 1, e-mail: kuchuk@sudmedmo.ru

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

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

Козьма Н.Н., Куранов В.Г.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ГРАЖДАНИНА, БОЛЬНОГО ЗАРАЗНОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЁЗА В МЕДИЦИНСКУЮ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ: ВОПРОСЫ, НЕ УРЕГУЛИРОВАННЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ

В статье приводится анализ норм, посвященных госпитализации гражданина в противотуберкулезную медицинскую организацию в недобровольном порядке. Авторы отмечают положительные изменения в законодательстве, связанные с введением в действие Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации. При этом обосновывается необходимость дальнейшего совершенствования нормативно-правовой базы в связи с необходимостью принудительного исполнения указанной категории судебных актов.

Ключевые слова: туберкулез, пациент, медицинская организация, госпитализация в недобровольном порядке, Кодекс административного судопроизводства.

Kozma N.N., Kuranov V.G.

HOSPITALIZATION OF THE CITIZEN, THE PATIENT WITH A VIRULENT FORM OF TUBERCULOSIS IN TB MEDICAL ORGANIZATION IN INVOLUNTARY ORDER: ALL MATTERS NOT REGULATED BY THE LEGISLATION

The article provides an analysis of the rules on admission of a citizen in a tuberculosis medical organization involuntarily. The authors note the positive changes in the legislation related to the introduction of the code of administrative procedure of the Russian Federation. In this case the necessity to further improve the regulatory framework in connection with necessity of compulsory execution of specified categories of judicial acts.

Keywords: tuberculosis, patient, medical organization, hospital involuntarily, the Code of administrative procedure.

За год человек, больной туберкулёзом, может инфицировать до 10-15 других людей, с которыми он имеет контакты. По информации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) туберкулёз является основной инфекционной причиной смертей в мире. По данным 2014 года 9,6 миллиона человек за год заболели туберкулёзом, 1,5 миллиона человек умерли от этой болезни [1]. В цивилизованных развитых странах уровень заболеваемости

имеет тенденцию к снижению, в России смертность от туберкулёза увеличивается.

Главным условием для сохранения жизни и здоровья заболевшего и обеспечения безопасности окружающих является своевременное выявление и адекватное лечение туберкулёза. К сожалению, на сегодняшний день в Российской Федерации не существует должных и достаточных условий, необходимых для обеспечения гарантий изоляции больных туберкулёзом и предотвращения заражения этой опасной инфекцией людей, которые находятся в зоне потенциального риска.

Формально, в Российской Федерации законодательно урегулирован вопрос о госпитализации граждан с заразными формами туберкулёза, которые представляют опасность для окружающих медицинскую противотуберкулёзную организацию в недобровольном порядке. Туберкулёз внесён в Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утверждённый Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 [2]. Федеральный закон от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации» [3] регламентирует обязанность лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулёзом и больных туберкулёзом проводить назначенные медицинскими работниками лечебно-оздоровительные мероприятия; выполнять правила внутреннего распорядка медицинских противотуберкулёзных организаций; выполнять санитарно-гигиенические правила в общественных местах.

Согласно ч. 2 ст. 10 Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации», больные заразными формами туберкулёза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющиеся от обследования в целях выявления туберкулёза или от лечения туберкулёза, на основании решений суда госпитализируются в медицинские противотуберкулёзные организации для обязательных обследования и лечения в стационарных условиях.

Разработан и принят целый ряд нормативных актов, которые устанавливают процедуру и детально прописывают этапы этого процесса. В частности, действует Постановление Правительства

РФ от 25.12.2001 № 892 (ред. от 30.12.2005) «О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации», регламентированы Порядок и сроки проведения профилактических медицинских осмотров населения в целях выявления туберкулёза, Порядок диспансерного наблюдения за больными туберкулёзом и Порядок ведения государственного статистического наблюдения в целях предупреждения распространения туберкулёза [4].

После принятия Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации от 08.03.2015 № 21-ФЗ (КАС РФ) [5], урегулирован ряд вопросов, связанных с госпитализацией гражданина в медицинскую противотуберкулёзную организацию в недобровольном порядке. Во-первых, специальной главой установлен порядок рассмотрения данной категории дел. До принятия КАС РФ не была законодательно урегулирована процедура госпитализации больных заразными формами туберкулёза в недобровольном порядке. В связи с этим, исходя из положений ч. 4 ст. 1 ГПК РФ, устанавливающих возможность применения судами норм процессуального права по аналогии закона, такие заявления рассматривались судами по аналогии с порядком рассмотрения дел о госпитализации гражданина в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в недобровольном порядке (гл. 35 ГПК РФ).

Во-вторых, ст. 283 нового Кодекса также установлено, что участие указанных лиц в судебном заседании является обязательным. Исходя из опубликованных обобщений практики по данной категории дел (в период рассмотрения по нормам гл. 35 ГПК) следует, что большинство таких дел рассматривалось судами без участия самих граждан, т.е. в делах принимали участие их представители (адвокаты). Возможно, это было следствием отсутствия в законодательстве специальных норм, регламентирующих порядок рассмотрения данной категории дел.

В-третьих, КАС РФ решил вопрос о сроках и лицах, уполномоченных инициировать процесс госпитализации в недобровольном порядке гражданина в медицинскую противотуберкулёзную организацию. Административное исковое заявление подаётся в суд руководителем медицинской противотуберку-

лётной организации, в которой больной туберкулёзом находится под диспансерным наблюдением. Аналогичное требование содержится в ст. 10 Закона о предупреждении распространения туберкулёза.

Сразу после принятия КАС РФ, авторы комментариев к «Кодексу об административном судопроизводстве Российской Федерации» [6] отметили, что неясным остался вопрос: вправе ли прокурор обратиться с административным иском заявлением о госпитализации гражданина в медицинскую противотуберкулёзную организацию в недобровольном порядке? Часть 1 ст. 39 КАС РФ прокурору предоставлено такое право обратиться в суд с административным иском заявлением в защиту прав, свобод и законных интересов неопределённого круга лиц. В Ответах на вопросы о практике применения судами Кодекса РФ об административных правонарушениях, жилищного и земельного законодательства, иных федеральных законов [7], указано, что «уклонение от лечения лиц, страдающих заразными формами туберкулёза, подвергает опасности жизнь и здоровье других граждан, то есть нарушает конституционное право на охрану жизни и здоровья неопределённого круга лиц, контактирующих с гражданином. На основании части 1 статьи 45 ГПК РФ прокурор вправе обратиться в суд с заявлением в защиту прав, свобод и законных интересов граждан для обеспечения прав на охрану здоровья, обеспечения права на благоприятную окружающую среду. Исходя из этого, возможно сделать вывод, что прокурор вправе обратиться с таким административным иском заявлением в суд. Сложившаяся на данный момент судебная практика это подтверждает [8].

Несмотря на решение ряда давно назревших вопросов, не решён, однако, главный вопрос – как обеспечить своевременное выявление и адекватное лечение тех больных, которые подлежат госпитализации в противотуберкулёзные организации, иными словами тех, кто лечиться не желает и всячески от этого уклоняется. Действующее законодательство обеспечивает только возможность привлечения больного туберкулёзом, злостно уклоняющегося от лечения, к принудительной госпитализации, не обеспечивая при этом принудительного лечения.

В России нет противотуберкулёзных организаций закрытого типа, поэтому пациенты, которых принудительно в эти учреждения доставляют, могут по собственной воле прекратить обследование и лечение в любой момент. Врач не может ограничивать свободу передвижения больного, функция врача – лечить пациента, а не сторожить его. Логичным продолжением работы законодателя должно стать создание специализированных медицинских противотуберкулёзных организаций с закрытым режимом содержания для обязательных обследования и лечения.

Попытки исправить этот пробел предпринимаются. Так в 2014 году Алтайским краевым Законодательным Собранием на рассмотрение Государственной думы РФ вносился Законопроект № 354106-6 «О внесении изменения в статью 10 Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации» (в части регулирования госпитализации больных в специализированные медицинские противотуберкулёзные организации). Этот документ предусматривал госпитализацию в специализированные медицинские противотуберкулёзные организации с закрытым режимом содержания для обязательных обследования и лечения, однако 19.09.2014 г. он был отклонён. И это несмотря на то, что в сопроводительном документе предложения об изменении законодательства расходятся на их организацию вполне окупаются той целью, которую преследуют инициаторы данного предложения, а именно – значительным снижением опасности для окружающих тех лиц, которые уклоняются от лечения и подвергают опасности инфицирования окружающих.

К сожалению, законопроект не был проработан, не согласовывался с действующей нормативной базой, что и было отмечено в заключении правового управления Государственной Думы.

Региональное законодательство предлагает решение – создание отделений с особыми условиями пребывания специализированной медицинской противотуберкулёзной организации для обязательных обследования и лечения [9]. Пациенты с заразными формами туберкулёза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, умышленно уклоняющиеся от обследования или лечения туберкулёза, на основании реше-

ний суда госпитализируются в такое отделение с особыми условиями пребывания специализированной медицинской противотуберкулёзной организации.

Ещё один момент, значительно осложняющий решение проблемы – отсутствие чёткого разделения полномочий в части исполнения решений судов о принудительной госпитализации. Судебные приставы отказываются исполнять эти решения, так как не могут обеспечить безопасное для себя самих и пациента исполнение судебного решения. При этом приставы указывают на отсутствие спецтранспорта, оборудования, средств защиты. В противотуберкулёзных организациях эти составляющие есть, но нет персонала, в обязанности которого входил бы розыск больных открытой формой туберкулёза, уклоняющихся от лечения по вступившим в законную силу решениям суда, и их дальнейшая принудительная госпитализация.

Определение Судебной коллегии по административным делам Верховного Суда РФ от 14.05.2014 № 16-КГПР14-1 [10] частично внесло ясность в этот вопрос, признавая незаконным постановление судебного пристава-исполнителя об отказе в возбуждении исполнительного производства. Часть 1 статьи 7 ФЗ «Об исполнительном производстве» предусматривает, что исполнительные документы подлежат исполнению иными органами, организациями, должностными лицами и гражданами лишь тогда, когда федеральным законом на них возложена такая обязанность, во всех остальных случаях принудительное исполнение судебных актов осуществляется судебными приставами-исполнителями. Медицинские организации обязательств по исполнению судебных решений о принудительной госпитализации не имеют.

В заключение можно сделать обоснованный вывод, что, несмотря на наличие законодательной базы, целостного и всестороннего решения вопросов госпитализации больных, уклоняющихся от обследования и лечения в специализированные медицинские организации в добровольном порядке, не достигнуто. Однако, дела данной категории, безусловно, обладают особой социальной значимостью, так как могут повлечь за собой нарушение конституционных прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

Список литературы:

1. В03 Информационный бюллетень №104 Март 2016 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/ru/>
2. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства Российской Федерации от 6 декабря 2004 г. № 49 ст. 4916.
3. Федеральный закон от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации» (ред. от 23.05.2016) // Собрание законодательства РФ от 25.06.2001, № 26, ст. 2581..
4. Постановление Правительства РФ от 25 декабря 2001 г. № 892 «О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации» (с изменениями от 30.12.2005) // Собрание законодательства Российской Федерации от 31 декабря 2001 г. № 53 (часть II) ст. 5185
5. «Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации» от 08.03.2015 № 21-ФЗ (ред. от 03.07.2016) // Собрание законодательства Российской Федерации от 09.03.2015 г. № 10, ст. 1391.
6. «Комментарий к Кодексу административного судопроизводства Российской Федерации» (постатейный, научно-практический) (под ред. В.В. Яркова) («Статут», 2016). «Комментарий к Кодексу административного судопроизводства Российской Федерации (постатейный научно-практический)» (Беспалов Ю.Ф.) («Проспект», 2016) // Материалы сайта <http://www.consultant.ru>
7. Постановление Президиума ВС РФ от 23 ноября 2005 г.
8. Апелляционное определение Мурманского областного суда от 19.11.2015 № 33а-3523 / 2015
9. Закон Архангельской области от 18 марта 2013 г. № 629-38-03 «О реализации государственных полномочий Архангельской области в сфере охраны здоровья граждан» (с изменениями и дополнениями). Глава VI. Предупреждение распространения туберкулёза в Архангельской области. Статья 21. Обязательное обследование и лечение больных туберкулёзом
10. Определение Судебной коллегии по административным делам Верховного Суда РФ от 14.05.2014 № 16-КГПР14-1 // <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70582796/>

Об авторах:

Козьма Наталья Николаевна – старший преподаватель кафедры правоведения, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е. А. Вагнера, Пермь

Куранов Владимир Григорьевич – заведующий кафедрой правоведения, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е. А. Вагнера, Пермь, ул. Н. Островского, 29-3, e-mail: Kuranov.perm@yandex.ru

Kozma Natalia Nikolaevna – senior lecturer in law, Perm state medical University named after academician E. A. Wagner, Perm

Kuranov Vladimir Grigorievich – head of the Department of law, Perm state medical University named after academician E. A. Wagner, Perm

© Козьма Н.Н., Куранов В.Г., 2016

Косухина О.И.

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ ВРАЧЕЙ-КАРДИОЛОГОВ

Статья посвящена усовершенствованию алгоритма комиссионной судебно-медицинской экспертизы по делам врачей кардиологов. Освещены вопросы зависимости причинно-следственной связи между дефектами оказания медицинской помощи и неблагоприятными исходами.

Ключевые слова: комиссионная судебно-медицинская экспертиза, алгоритм, причинно-следственная связь, неблагоприятный исход, дефект оказания медицинской помощи.

Kosukhina O.I.

ALGORITHM OF CONDUCTING FORENSIC MEDICAL EXAMINATION FOR CARDIOLOGISTS

Article is devoted to improvement of an algorithm of commission forensic medical examination for cardiologists. Questions of dependence of relationship of cause and effect between defects of delivery of health care and failures are taken up.

Keywords: commission forensic medical examination, algorithm, relationship of cause and effect, failure, defect of delivery of health care.

Оценка качества медицинской помощи, оказываемой населению, и выявление дефектов профессиональной деятельности врачей является частым поводом для назначения судебно-медицинских экспертиз [2]. При проведении комиссионной судебно-медицинской экспертизы используются общепринятые алгоритмы по делам хирургов, неонатологов, стоматологов, акушеров-гинекологов и др. Проанализировав литературу в данной области, а также правовые документы, можно сделать вывод о том, что для проведения экспертной оценки по делам врачей кардиологов требует совершенствования и доработки. Основной задачей комиссионной судебно-медицинской экспертизы, решением которой является наличие связи имеющегося неблагоприятного исхода с дефектами оказания медицинской помощи. Для этого нужно внимательно проанализировать представленную медицинскую документацию, материалы гражданских дел, при рассмотрении случая в суде, и заключения привлекаемых специалистов клинического профиля. Разделяют этапы возникновения дефектов

оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе лечения: диагностические (неправильно или поздно установленный диагноз, недостаточно полное обследование больного, несвоевременная консультация врачами других специальностей, недооценка тяжести состояния больного); несвоевременная (поздняя) госпитализация; дефекты в лечении (несвоевременно начатое лечение, недостаточный объем лечебно-диагностических мероприятий). Дефекты оказания медицинской помощи специалистами различного профиля на госпитальном этапе лечения: диагностические; дефекты лечения. [3].

При анализе полученных материалов необходимо учитывать следующие позиции:

1. Имелись ли дефекты оказания медицинской помощи.
2. Имело ли место быть возникновение дефектов по причине медицинского персонала;
3. Имел ли место неблагоприятный исход.
4. Являлся ли этот неблагоприятный исход следствием дефектов оказания медицинской помощи.
5. Имеется ли прямая причинно – следственная связь между допущенными дефектами оказания медицинской помощи и неблагоприятным исходом.
6. Могут ли по совокупности дефекты оказания медицинской помощи причинить ту степень неблагоприятного исхода, который послужил причиной проведения комиссионной экспертизы.

Нами были проанализированы 50 заключений судебно-медицинских экспертиз, связанных со случаями ненадлежащего оказания медицинской помощи в кардиологической практике, на основании которых была разработана и предложена к применению оценочная пятибалльная шкала, которая позволяет судить о причинной связи возникновения неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи с действием медицинского работника (табл. 1). В данной шкале – «пять» является наивысшей степенью ответственности медицинских работников за возникновение неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи. При выявлении «одного» балла можно говорить о том, что в данном случае ответственности медицинских работников не существует или она крайне низка.

Таблица 1.

Оценка дефектов медицинской помощи

Наличие / отсутствие дефекта	Шкала оценки
1. Дефекты диагностики	«1» Дефект не выявлен, причинно-следственной связи с наступлением неблагоприятного исхода нет. «2» Дефект выявлен, но причинно-следственной связи с наступлением неблагоприятного исхода не имеет. «3» Дефект выявлен, но самостоятельно не может повлиять на неблагоприятный исход. «4» Дефект выявлен и в значительной мере повлиял на неблагоприятный исход. «5» Дефект выявлен и является основной причиной неблагоприятного исхода.
2. Дефекты организации медицинской помощи	
3. Дефекты лечения	
4. Дефекты заполнения медицинской документации.	

Разработанный алгоритм позволяет оценить степень ответственности медицинского персонала за развитие ненадлежащего исхода оказания медицинской помощи на основании заключения специалистов клинического профиля по материалам конкретной экспертизы. Необходимо сложить все выявленные баллы по каждому оценочному пункту и разделить на их количество пунктов. Оценка от «1» до «2» позволяет выявить тот факт, что даже, если имели место быть дефекты оказания медицинской помощи, то с неблагоприятным исходом они связи не имеют.

Две оценки «3» и более или сочетание хотя бы одной оценки «3» и «4» можно высказать о том, что необходимо обратить внимание и детально оценить то, что выявленные дефекты в ходе проведения судебно-медицинской экспертизы по своей совокупности могли стать причиной или спровоцировать неблагоприятный исход.

Две оценки «4» и более говорят о том, что в совокупности данные дефекты, могли явиться причиной неблагоприятного исхода.

Одна оценка «5» расценивается как прямая связь выявленного дефекта оказания медицинской помощи с неблагоприятным исходом.

Разработанная шкала оценки дефектов оказания медицинской помощи в кардиологической практике позволяет четко определить этапы, на которых допущены дефекты [1] оказания медицинской помощи. Представленный алгоритм оценки позволяет облегчить работу не только судебно-медицинских экспертов, юристов, судебно-следственных органов, но и повысить качество оказания кардиологической помощи населению за счет подсчета рейтинга лечебного учреждения или отдельного специалиста в данной области.

Список литературы:

1. Косухина О.И. Судебно-медицинская оценка неблагоприятных исходов в кардиологической практике // Судебная медицина. 2015. Т. 1. № 2. С. 39-40.
2. Баринов Е.Х., Косухина О.И., Сухарева М.А. Одна из форм оценки качества медицинской помощи населению // Вестник судебной медицины. -2014. Т. 3. № 4. С. 31-34.
3. Збруева Ю.В. Качество оказания лечебно-диагностической помощи в лечебно-профилактических учреждениях на основании анализа комиссионных судебно-медицинских экспертиз по обвинению медицинских работников в профессиональных правонарушениях // Астраханский Медицинский Журнал. 2011. Т. 6. № 1. С. 184-187.

Об авторе:

Косухина Оксана Игоревна – ассистент кафедры судебно-медицинской экспертизы и медицинского права Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета имени А.И. Евдокимова, кандидат медицинских наук, 111396, Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, ГКБ № 70, корп. 6, e-mail: u967nk@yandex.ru

Kosukhina Oksana Igorevna – assistant to department of forensic medical examination and medical right of the Moscow State Medico-dental University of name A.I. Evdokimova, candidate of medical sciences, Moscow

© Косухина О.И., 2016

Куликов С.Н.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО МАТЕРИАЛАМ «МЕДИЦИНСКИХ ДЕЛ», ЦЕЛЕВАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: КЛЮЧЕВЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ И СПЕЦИФИКА

Статья посвящена совершенствованию технологии судебно-экспертного анализа материалов уголовных дел, возбужденных по признакам составов преступлений, относящихся к юридической квалификации конфликтных обстоятельств в медицинской деятельности, связанных с причинением вреда здоровью и жизни.

Ключевые слова: медицинское мероприятие, судебно-медицинская экспертиза, целевая экспертиза качества медицинской помощи, судебно-экспертная технология, объективная сторона преступления.

Kulikov S.N.

FORENSIC MEDICAL EXAMINATION OF THE MATERIALS OF «MEDICAL ARRANGEMENTS», OBJECTIVE QUALITY CONTROL OF MEDICAL AID. ESSENTIAL PARALLELS AND SPECIFIC FEATURES

The article is devoted to the improvement of the forensic analysis technology of the criminal case files based on the crime components related to the juristic competence of the medical conflict-ridden relationship associated with health and life damage.

Keywords: medical arrangements, forensic examination, objective quality control of medical aid, forensic analysis technology, objective crime element.

Кратко обозначим специфику судебно-медицинской экспертизы по заявленной теме.

Судебно-медицинские экспертизы по материалам уголовных дел, возбуждаемые правоохранителями по признакам составов преступлений, «подпадающих» под категории некоторых статей уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ), непосредственно относят к компонентам доказывания профессиональных правонарушений медицинских работников. В дальнейшем – «СМЭ». Наиболее яркие статьи, «употребляемые» в данных случаях государственными обвинителями, являются – ст. 109 УК РФ «Причинение смерти по неосторожности», ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному». Образно, процессы расследований признаков таких преступлений мы называем «медицинскими делами». Идентификация элементов составов обозначенных преступлений, сложная и сугубо юридическая

проблема, связанная с уголовно-правовой квалификацией фактов причинения вреда здоровью и жизни, возникших в обстоятельствах медицинской деятельности. Однако, «стержневая» суть медицинской информационной составляющей, по предмету возможных обвинений в отношении врачей (иных медицинских работников), по фактам их пребывания в определённое ВРЕМЯ, на МЕСТЕ исполнения своих профессиональных обязанностей, должна быть стройно и доступно для юристов, представлена судебными медицинскими в судебно-экспертном процессе. В значительной степени из аналитических данных СМЭ (промежуточных и окончательных), юристы должны иметь возможность доказательно устанавливать (или не устанавливать) факультативные элементы объективной стороны преступления, (время, место и способ его совершения). При этом СМЭ данного направления всегда носят процессуальный признак комиссионных (комплексных) [1-3, 5-7].

Бесспорно то, что цель, назначение, процесс производства и форма оценки результатов, Экспертизы Качества Медицинской Помощи, например, Целевого характера, иные [9]. В дальнейшем – «ЦЭКМП».

ЦЭКМП производят в досудебном порядке, врачи-эксперты территориальных реестров фондов обязательного медицинского страхования. Субъекты данной деятельности, являются преимущественно врачами-экспертами страховых медицинских организаций. Документ по факту выполнения ЦЭКМП, наименовывают: «Акт экспертизы качества медицинской помощи (целевой)». В дальнейшем – «Акт». ЦЭКМП производят внепланово, обычно в связи с фактами неблагоприятных исходов в процессе оказания медицинской помощи.

Часть 1, ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», (в дальнейшем – «Закон-1»), ст. 64 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», (в дальнейшем – «Закон-2»), содержат диспозитивные положения порядка её производства. Что имеет развитие в соответствующих установках п.п. «5.3» раздела II, п. «22» раздела V Приказа ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля

объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». В дальнейшем – «Порядок». Приказы Минздрава РФ, формулируют критерии оценки качества медицинской помощи [№ 422ан от 7 июля 2015 г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (в дальнейшем – «Приказ № 422»), № 520н от 15 июля 2016 г. «Критерии оценки качества медицинской помощи» (в дальнейшем – «Приказ № 520»)].

Основное организационное положение, по рассматриваемой теме, и в Законе-1, и в части 4 ст. 64 Закона – 2, звучит: «Экспертиза качества медицинской помощи, осуществляется в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.». Субъекты органов исполнительной власти здесь: Министерство здравоохранения субъекта Федерации, территориальный фонд Обязательного Медицинского Страхования (ОМС), ассоциация медицинских страховых компаний субъекта Федерации, профсоюзная организация работников здравоохранения субъекта Федерации и корпоративная общественная организация работников здравоохранения субъекта Федерации. Перечисленные органы исполнительной власти коллегиально вырабатывают и утверждают многоуровневую (по исходам) оценку исполнения (не исполнения) обязательств медицинских организаций в форме Регламента. Например, это «Регламент взаимодействия между участниками системы обязательного медицинского страхования N-й ... области при оказании и оплате медицинской помощи». Алгоритм Регламента содержит две основных графы: «Обязательства медицинских организаций» и «Последствия неисполнения обязательств». Причём в графе «Последствия неисполнения обязательств», в частности, предусматривают очень серьёзную формулировку: «последствия невыполнения обязательства, приведшие к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)». В «Последствиях ...», также фигурируют формулировки: «... приведшие к прогрессированию имеющегося заболевания ... либо к возникновению нового заболевания ... либо повлекшие причинение вреда здоровью ...».

Таким образом, разница специфики СМЭ с одной стороны и ЦЭКМП, с другой, налицо.

Вместе с тем, терминологические словосочетания в графе «Последствий ...» Регламента, такие, как «летальный исход» и «причинение вреда здоровью» – пересекаются с дефинитивными категориями из судебной медицины. Так, или иначе, в ходе ЦЭКМП врачи-эксперты должны решать вопрос определения категории смерти, вопросы клинико-морфологических признаков вреда здоровью, с установлением (не установлением) их причинно-следственной связи с обстоятельствами медицинской деятельности. В этом виден «переход» к тому, чтобы отметить параллели (схожесть), рассматриваемых медицинских экспертиз. Параллели – в чём?

Параллель присутствует в общности объектов их экспертного анализа, именно в части того, что основными материалами изучения (и СМЭ, и ЦЭКМП), являются записи в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации.

В отношении ЦЭКМП, здесь можно продолжить о том, что в указанную совокупность материалов обязательно включают документы договорных отношений на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, (см. подпункт «а)», п. 79, раздела XIII, Порядка). Однако нельзя исключить, что данная документация понадобится в анализе материалов СМЭ, (параллель-2).

Фактически, и ЦЭКМП, и СМЭ производит анализ медицинских мероприятий, (параллель-3).

Медицинское Мероприятие (ММ) – это совокупность надлежащих действий медицинских работников, предусмотренных законом и подзаконными правовыми актами, регулирующих систему мер медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемиологического характера.

Данное определение непосредственно было озвучено нами в презентации доклада «Дефиниция «медицинского мероприятия», как ведущего элемента судебно-экспертного процесса конфликтных обстоятельств в медицинской деятельности», (С.Н. Куликов, 2016). По С.И. Ожегову, «Мероприятие» – это совокупность

действий, объединённых одной общественно значимой задачей. Термин «мероприятие» является коренным в рамках дефиниций ряда основных понятий, относящихся к медицинской деятельности и прописанных в ст. 2, Закона-2. См. определения: «медицинская помощь»; «медицинская услуга»; «медицинское вмешательство»; «профилактика»; «диагностика»; «лечение»; «качество медицинской помощи» [8].

Значение формулировки ММ, мы применили в построении авторской программы судебно-экспертной технологии: «Судебно-экспертный Анализ Материалов «Медицинских Дел», для практики производства СМЭ, (Куликов С.Н., 2011) [3, 4, 6, 7]. В дальнейшем – «САММЕД» программа.

Основной «строительный» элемент программы – гносеологическое значение дефиниции: «Медицинское Мероприятие» (ММ). Экспертное оперирование происходит в табличной матрице, завершающимся резюме врача-эксперта. Программа позволяет каждому члену экспертной комиссии, самостоятельно и системно, провести контент-анализ по информационному объёму специальных медицинских данных с последующим коллегиальным синтезом промежуточных резюмирующих выводов. В 2006, 2008, 2013, 2016 г.г., алгоритм «САММЕД» – программы был неоднократно апробирован в экспертной практике. Отзывы судей и следователей СК – только положительные [7, 8].

В итоге проведённого сравнительного анализа предмета по теме, следует констатировать:

1. Порядок и Приказы Минздрава РФ, (Приказ № 422, Приказ № 520), формализовали протокольную и аналитическую части Акта ЦЭКМП. Это интенсифицирует экспертный процесс. Придаёт последовательность и системность восприятия экспертного анализа по всей совокупности проанализированного документального материала.

2. Провести подобную аналогию с протокольной и аналитической частями СМЭ нельзя. «Узаконенной» (утверждённой приказами Минздрава России), формы до сих пор не существует. П.п. 91 и 93, раздела VIII Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 г. № 346н, содержат только самые общие рекомендации на этот счёт. В итоговом разделе нашей публикации 2016 года, мы

озвучили предложение о новой редакции п.п. 91 и 93 (в процессе вероятного обновления данного приказа), в контексте практического применения программы «САММЕД» [8].

Считаем, что реализация данного предложения оптимизирует нормативно-правовую базу организации судебно-медицинской экспертной деятельности в предмете рассмотренной проблемы.

Список литературы:

1. Куликов С.Н. Аспекты организации производства комиссионных и комплексных судебных экспертиз, выполняемых с применением специальных медицинских знаний / Куликов С.Н. // Вопросы управления качеством медицинской помощи (научно-практический медицинский журнал). Минздрав Самарской обл., Самарский ГМУ, 2005. № 1 (3). С. 69-72.
2. Куликов С.Н., Куликов О.С. К проблеме технологии производства судебно-медицинских экспертиз по материалам дел о правонарушениях в медицинской деятельности // Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы трупа. Часть 2. Сб. пленарных и стендовых докладов Всероссийской науч.-практ. конференции, посвящённой 90-летию Санкт-Петербургского ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы». СПб., 2008. С. 99-112.
3. Куликов С.Н., Куликов О.С. Элективы судебной медицины (анализ экспертных эпизодов из практики правосудия): монография / С.Н. Куликов, О.С. Куликов. Самара : ООО ИПК «Содружество», 2009. 288 с.; С. 5 16; С.132 163; С. 220 249. ISBN 978-5-91088-122-2
4. Свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ № 2011617872 «Технология «Судебно-экспертный Анализ Материалов «МЕДИЦИНСКИХ ДЕЛ» («САММЕД») / правообладатель и автор Куликов Сергей Николаевич (RU). Заявка № 2011616122. Зарег. в Реестре программ для ЭВМ 07.10.2011 г. Заверено Федеральной службой по интеллектуальной собственности, пат. и товарным знакам. Технические особенности программы «САММЕД» : Язык программирования: C#. Операционные системы работы: WindowsXP (SP3), WindowsVista, Windows 7. Объём программы 40 Мб.
5. Куликов С.Н., Толоконников В.К. Судебно-медицинский компонент в доказывании объективной стороны преступления по «медицинским делам». Случай из практики // Вопросы судебной медицины, медицинского права и биоэтики: сб. науч. тр. / под ред. А.П. Ардашкина, В.В. Сергеева. Самара : Офорт, 2011. С. 110 118.
6. Куликов С.Н. Технология судебно-экспертного анализа материалов «медицинских дел» // Вестник Самарского института бизнеса и управления. Вып. 8., ч.1. / под ред. Б.Н. Герасимова. Самара: НОАНО ВПО СИБиУ, 2013. С. 97 102.
7. Куликов С.Н. Медико-криминалистическая идентификация объективной стороны преступления в конфликтных обстоятельствах медицинской деятельности // Актуальные вопросы медико-криминалистической экспертизы: современное состояние и перспективы развития: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 50-летию МКО БСМЭ Моск. обл. / под ред. проф. В.А. Клевно. М.: ГБУЗ МО Бюро СМЭ, 2013. С. 66 71. ISBN 978-5-903341-09-2
8. Куликов С.Н. Дефиниция «Медицинского мероприятия» как ведущего элемента судебно-экспертного процесса конфликтных обстоятельств в медицинской деятельности // Судебная медицина. 2016. №2. С. 57-58.
9. Мониторинг дефектов оказания медицинской помощи по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2015 году: ежегодный доклад / [Клевно В.А., Весёлкина О.В., Сидорович Ю.В., Зазулин В.А.]; под ред. проф. В.А. Клевно. М.: Ассоциация СМЭ, 2016. С. 5. 124 с.: ил

Об авторе:

Куликов Сергей Николаевич – профессор кафедры судебной медицины факультета усовершенствования врачей (ФУВ) ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», доцент, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории по специальности «судебно-медицинская экспертиза», юрист, 443056, Самара, ул. Московское шоссе, д.2., кв. 72, e-mail: pretor_kulikov@mail.ru

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

Купрюшин А.С.

ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТА И СПЕЦИАЛИСТА ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ИСХОДЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТАМ

Статья посвящена анализу процессуального статуса эксперта и специалиста и иллюстрирует целесообразность применения судебно-медицинских знаний при анализе случаев неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи детям.

Ключевые слова: эксперт, специалист, судебно-медицинская деятельность, неблагоприятный исход, медицинская помощь, дети.

Kupryushin A.S.

EXPERT AND SPECIALIST CONCLUSIONS AT POOR OUTCOMES OF RENDERING MEDICAL CARE TO CHILDREN

The article is devoted to the procedural status of an expert and a specialist in criminal procedures and gives reasons for applying forensic medical knowledge to the analysis of cases of poor outcomes of rendering medical care to children.

Keywords: expert, specialist, forensic activity, poor outcome, medical care, children.

В Российской Федерации в качестве доказательства по уголовному делу могут допускаться как заключение эксперта (далее – ЗЭ), так и заключение специалиста (далее – ЗС), на что указывается в ч.2. ст.74 Уголовно-процессуального кодекса РФ (далее – УПК). Однако у многих государственных судебно-медицинских экспертов (далее – ГСМЭ) сформировалось негативное отношение к ЗС, которое в целом ряде случаев имеет объективные причины. Тем не менее, применение специальных познаний вне рамок государственной судебно-экспертной деятельности является одним из инструментов, позволяющих правоохранительной системе достигать истину по уголовному делу.

Описанный в настоящей работе случай, когда сделанное специалистом заключение позволило суду объективно оценить выводы ранее проведенной в ходе предварительного расследования комиссионной судебно-медицинской экспертизы (далее – КСМЭ) по делу о смерти ребенка в медицинском

учреждении, является позитивным примером использования специальных судебно-медицинских знаний специалиста.

Правовой статус эксперта и специалиста в уголовном процессе раскрывается в ст.ст. 57 и 58 УПК.

Для вынесения законного и обоснованного решения суд оценивает доказательства, основываясь на принципе свободы их оценки. В ст. 17 УПК РФ прямо сказано: «никакие доказательства не имеют заранее установленной силы». Поэтому оценка, как заключения эксперта, так и специалиста, имеющих идентичные специальные знания, основывается на указанном принципе.

В ст.ст. 57 и 58 усматривается некоторая разница в том, что эксперт есть лицо «назначенное», а специалист – «привлекаемое». Хотя эти слова являются разными, тем не менее, их смысл заключается в достижении одинакового результата – участия эксперта и специалиста в судопроизводстве. При этом ГСМЭ можно «назначить», а специалиста – только «привлечь».

При анализе этих статей следует так же обратить внимание на отраженный в них предмет процессуальной деятельности. Для эксперта таковым является производство судебной экспертизы и дача заключения, а для специалиста – «разъяснение сторонам и суду вопросов, входящих в его профессиональную компетенцию». Может показаться, что это разные виды применения специальных познаний, однако из ст. 80 УПК становится понятно, что ЗЭ и ЗС являются письменными ответами на поставленные сторонами вопросы. Разница между этими заключениями состоит в том, что ЗЭ предполагает обязательное включение содержания исследования, а ЗС – нет. В связи с этим следует подчеркнуть, что прямого запрета на включение содержания исследования в ЗС УПК не содержит, что не исключает возможности внесения такого раздела в ЗС. Так, при предоставлении специалисту материалов дела, а именно – протокола осмотра места происшествия, «Акта судебно-медицинского исследования», ЗЭ и т.д., он может внести в ЗС ту информацию, на основании анализа которой будут сформулированы ответы на поставленные вопросы.

Кроме того из текста рассматриваемой статьи следует, что результатом ЗЭ являются «выводы», а ЗС – «суждение». В контексте

статьи слова «вывод» и «суждение» являются синонимами и означают всесторонний, полный и обоснованный ответ на каждый из поставленных вопросов. Примерно такое же значение можно найти у С.И. Ожегова и Н.Ю. Шведовой [1]. Они определяют вывод как «умозаключение, то, что выведено», а суждение – как «1. ...форма мышления, представляющая собой сочетание понятий из которых одно (субъект) определяется и раскрывается через другое (предикат). 2. мнение, заключение...».

Суммируя изложенное, можно отметить, что ЗЭ и ЗС даются специалистами в области судебной медицины, оба документа являются письменным отражением специальных знаний, употребленных для разрешения вопросов участников судопроизводства и процессуальная значимость их заключений одинакова.

Рассмотрев сущность ЗЭ и ЗС как средств доказывания, обратимся к конкретному примеру реализации специальных судебно-медицинских знаний в ЗС. После прекращения Следственным комитетом уголовного дела, возбужденного по факту ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей медицинскими работниками, адвокат родственников обратился к автору настоящей работы с предложением дать судебно-медицинскую оценку факту смерти четырехлетнего ребенка в медицинском учреждении. Причиной его смерти, как было установлено КСМЭ, была «странгуляционная кишечная непроходимость в виде заворота кишечника на фоне врожденной патологии желточного протока (дивертикул Меккеля) и энтероколита». Предполагая проведение комиссионного анализа лечебно-диагностического процесса, была предпринята попытка пригласить для этого ведущих специалистов Пензенской области, к компетенции которых относится анализ соответствующего случая. К удивлению, от детских хирургов был получен отказ, объясняемый корпоративной солидарностью с врачами другого субъекта Федерации и нежеланием «связываться с адвокатами».

Анализ лечебно-диагностического процесса не может единолично проводиться судебно-медицинским экспертом. Однако, он может дать профессиональную оценку некоторым аспектам проведения КСМЭ, а в определенных случаях – даже некоторым ее выводам. Для проведения анализа была представлена

копия этой экспертизы. Ее изучение выявило ряд существенных дефектов, относящихся к ее организации и логике формулирования выводов.

Из «паспортной части» ЗЭ было видно, что в экспертизе принимали участие два врача-эксперта, являющиеся должностными лицами той медицинской организации, в которой произошел неблагоприятный исход оказания медицинской помощи ребенку. Это обстоятельство является основанием для отвода этих участников комиссии [2, стр. 234] и может подвергнуть сомнению объективность выводов экспертизы.

В составе экспертной комиссии отсутствовал эксперт по детским инфекционным болезням, поскольку комиссией в качестве фонового заболевания был указан энтероколит. Из определения фонового заболевания, известно, что таковым является «нозологическая единица, патогенетически связана с основным заболеванием» и оно «приводит к более тяжелой форме основного заболевания, отягощает течение последнего...» [3, стр. 52, 53]. Поэтому, при отсутствии в комиссии соответствующего специалиста, сомнительна возможность объективной оценки роли установленного ей фонового заболевания в наступлении смерти ребенка.

Для установления надлежащего либо ненадлежащего оказания медицинской помощи следует оценивать ее соответствие либо несоответствие общепринятым порядкам оказания медицинской помощи и ее стандартам и клиническим рекомендациям (протоколам лечения) применяемым при диагностированном заболевании [4]. В анализируемом ЗЭ нет ссылок ни на один из отмеченных документов, что свидетельствует о несоблюдении методики проведения судебно-медицинской экспертизы и также ставит под сомнение объективность ее выводов.

И, наконец, в выводах КСМЭ при ответе на вопрос о наличии дефектов в оказания медицинской помощи было отмечено:

- «неверная интерпретация рентгенологического и ультразвукового исследования»;
- «не проведены дополнительные методы исследования – лапароцентез (установка катетера в брюшную полость с последующим клинико-лабораторным исследованием жидкости), диагностическая лапаротомия или лапароскопия (визуальная

диагностика заболевания в брюшной полости при оперативном доступе) при наличии жидкости в брюшной полости».

На основании чего далее было констатировано, «что привело к неверному диагнозу и тактике лечения (оперативное лечение по экстренным показаниям)».

На вопрос о наличии причинно-следственной связи между выявленными дефектами оказания медицинской помощи и неблагоприятным ее оказанием исходом был получен ответ, заключающийся в том, что «недостатки оказания медицинской помощи ... не стоят в прямой причинно-следственной связи с летальным исходом...». Такой вывод был аргументирован тем, что «смерть наступила от отека и набухания головного мозга, явившегося следствием гангрены петель подвздошной кишки с геморрагическим перитонитом, развившихся естественно и закономерно в результате заболевания – странгуляционная кишечная непроходимость в виде заворота кишечника на фоне врожденной патологии желчного протока (дивертикул Меккеля) и энтероколита».

Из приведенных выводов ЗЭ видно, что экспертной комиссией была допущена логическая ошибка, заключающаяся в недостаточности оснований для подобных выводов. Однако следователь следственного комитета не усмотрел каких-либо противоречий, уголовное дело было прекращено.

После отказа в удовлетворении жалобы на постановление следователя судом первой инстанции, дело оказалось на рассмотрении суда вышестоящей инстанции. К этому времени было сформулировано ЗС, в котором были отражены все организационные и гносеологические дефекты КСМЭ. Судом были изучены материалы дела, в том числе ЗС, и принято решение отправить уголовное дело на дополнительное расследование и провести повторную комиссионную экспертизу в другом субъекте Российской Федерации.

Таким образом, настоящим исследованием показан равнозначный правовой статус эксперта и специалиста в области судебной медицинской экспертизы и проиллюстрирована целесообразность использования судебно-медицинских знаний специалиста при расследовании уголовных дел, связанных с неблагоприятным исходом оказания медицинской помощи детям.

Список литературы:

1. Ожегов С.И. Толковый словарь русского языка: 80000 слов и фразеологических выражений / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. Российская АН.; Российский фонд культуры; 2-е изд., испр. и доп. М.: АЗЪ, 1994. 928 с.
2. Сергеев Ю.Д. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи / Ю.Д. Сергеев, С.В. Ерофеев. М., 2001. 288 с.
3. Автандилов Г.Г. Оформление диагноза: учебное пособие / Г.Г. Автандилов, О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский. М.: Медицина, 2004. 304 с.
4. Ковалев А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: Методические рекомендации / А.В. Ковалев. М.: ФГБУ «РЦСМЭ», 2015. 26 с.

Об авторе:

Купрюшин Алексей Степанович – заведующий кафедрой клинической морфологии и судебной медицины Пензенского государственного университета, доцент, кандидат медицинских наук, 440052, Пенза, 1 проезд Лескова, д. 3, e-mail: kas-agm@rambler.ru

Kupryushin Alexey Stepanovich – Head of the Department of Clinical Morphology and Forensic Medicine with a Course of Oncology of Penza State University, associate professor, PhD in Medicine, Penza

Лебеде́нко М.А.

К ВОПРОСУ О ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРАВОВОЙ ЗАЩИТЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Статья посвящена анализу правовой защиты медицинских работников, рассмотрены теоретические и правовые основания введения в законодательство признаков посягательства на медицинского работника как специального субъекта защиты.

Ключевые слова: правовая защита медицинских работников, посягательства на медицинских работников.

Lebedenko Maxim A.,

THE ISSUE OF ADDITIONAL LEGAL PROTECTION OF HEALTH CARE PROFESSIONAL

This article analyzes the legal protection of health care professional, the theoretical and legal grounds for the introduction of legislation on the signs of abuse as a health worker subject of special protection.

Keywords: legal protection of health care professional, attacks on health care professional.

Статья 41 Конституции Российской Федерации определяет основные гарантии, предоставляемые в Российской Федерации гражданам в сфере здравоохранения. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь [1]. Положения конституции закрепляют охрану здоровья граждан как одну из основных функций государства и правовые отношения в данной сфере являются особенно актуальными в социальной, повседневной жизни общества.

В Российской Федерации в среднем ежегодно имеет место около 1,5 млрд. случаев обращения населения за медицинской помощью, миллионы пациентов госпитализируются в медицинские учреждения [2]. Каждое обращение за медицинской помощью порождает правоотношения по поводу охраны жизни и здоровья. Основными участниками – субъектами данных правоотношений, являются пациенты и медицинские работники. Юридическую сущность любого субъекта в правоотношении составляет комплекс его прав и обязанностей, а также предусмотренная законодательством мера ответственности за нарушения требований права, наступление которой гарантирует государство.

Анализ правового статуса пациента показывает, что он представляет собой не просто физическое лицо, получающее медицинскую помощь, а лицо с чётко определённой, специальной правосубъектностью. В теории медицинского права, ещё до законодательного закрепления, было разработано теоретическое определение термина «пациент». Пациент – лицо со специфическим правовым статусом. Статус пациента любой человек приобретает в момент, когда он пересёк порог медицинского учреждения либо вступил в контакт с медработником, обусловленный его профессиональными обязанностями [3]. Непосредственно юридический термин «пациент» закреплён и раскрыт в Статье 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». «Пациент – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния» [4].

Говоря о правах пациента, мы можем на многих страницах перечислять как их содержание, так и правовые источники, их содержащие. На данный момент этот список не является рассматриваемым предметом. Особыми обязанностями же пациент не обременён и по сути они все сводятся к положениям трех пунктов ст. 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», где пациент обязан:

1. Заботиться о сохранении своего здоровья.
2. В случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязан проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.
3. При нахождении на лечении, обязан соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Здесь и «невооружённым» взглядом видна существенная асимметрия прав и обязанностей субъекта, однако, как представ-

ляется, пациент – на то и пациент, чтобы быть особо охраняемым субъектом, и наша задача осуществлять всемерную защиту вверенных здоровья и жизни.

Если же мы попытаемся определить виды юридической ответственности, специальным субъектом в которой будет – пациент, как лицо претерпевающее меру взыскания именно в связи со своим специальным правовым статусом, то потерпим неудачу. Во всех видах правоотношений пациент несёт ответственность как физическое лицо, гражданин и субъект гражданско-правовой ответственности, без упоминания и юридической квалификации специфического правоотношения с медработником или лечебным учреждением.

Однако обратимся теперь к юридической характеристике субъекта – медицинского работника. Теперь мы наблюдаем обратную «правовую асимметрию» в соотношении прав и обязанностей медработника. Если быть кратким, медработник обязан, обязан и ещё раз обязан. Но это так же не будет предметом нашего рассмотрения. Говоря же о правах медработника необходимо отметить, что если их кратко описать, все они находятся в сфере социального обеспечения, профессиональной деятельности и трудовых отношений и ничем качественно не отличаются от профессиональных прав других работников и служащих.

Виды ответственности же медработника, как специального субъекта, простираются через все отрасли права, начиная с гражданского, заканчивая административным и уголовным, где медработник, врач – является специальным субъектом ответственности именно из-за свойств своей профессиональной деятельности и, соответственно, специального правового статуса. Если во время предоставления медицинских услуг гражданину причинён вред жизни или здоровью, наступает гражданская, административная, а в некоторых ситуациях уголовная ответственность. Ответственность наступает при причинении вреда пациенту при наличии вины со стороны медицинского работника, если только вред не причинён в состоянии крайней необходимости, не исключаяющей ответственность, но учитывающей обстоятельства, при которых вред был причинён. Эти факты могут учитываться су-

дом при принятии им решения о возмещении ущерба. В данном случае мы говорим только об ответственности в рамках правоотношения пациент – медработник, а ведь есть ещё большой ряд правоотношений где не обязательно непосредственное участие пациента как стороны, и медработник несёт ответственность перед государством в связи со спецификой своей деятельности и без нанесения какого-либо вреда пациенту (ст. ст. 5.39, 6.1, 6.2, 6.3, 6.8, 6.13, 6.16, 8.2, 8.5, 10.6, 13.11, 13.12, 13.14, 13.17, 14.19, 15.33, 15.34, 17.9, 19.1, 19.7, 19.20, 19.23, 20.4 КоАП РФ [5] и пр.)

Как видно, медработник в своей деятельности не только должен руководствоваться большим объёмом обязывающих требований, но и несёт специальную ответственность. И здесь мы вплотную подходим к существенному, на наш взгляд, отличию в правовом статусе медработника и пациента. Пациент (за исключением экстренных случаев) так или иначе волен сам выбирать вступать, или не вступать в правоотношения и нести весь спектр своих прав и обязанностей. Медработник здесь существенно ограничен. Медицинские работники не имеют выбора, приезжать им на вызовы или нет, принимать поступившего пациента в рабочее время или нет, так как обязаны спасать жизни и здоровье граждан.

И здесь мы вплотную подходим к рассматриваемому нами вопросу о правовой защищённости медработников в условиях нарастающей напряжённости в обществе. В последние несколько лет врачебная профессия из наиболее уважаемых в обществе превращается в профессию высокого риска для жизни и здоровья. И речь не идет о репортажах о спасении раненых с поля боя горячих точек. Просто пациенты становятся все агрессивнее и выплёскивают негативные эмоции на медработников, которые находятся на рабочем месте. Медработники работают в особых и даже опасных условиях, и зачастую должны оказывать медицинскую помощь лицам с агрессивным поведением, находящимся в алкогольном, наркотическом и токсическом опьянении, асоциальным лицам с криминальными наклонностями.

Резонансных случаев нападения на медработников последнее время становится всё больше. И буквально с каждым днём список негативных событий растёт в геометрической прогрессии. К

тому же надо учитывать, что статистики нападения на медработников правоохранительными органами не ведётся, весь массив данных преступлений статистически неотделим от остальных преступлений, что затрудняет анализ ситуации.

При этом медицинский работник не защищён законом отдельно, как это происходит с полицейскими при исполнении служебных обязанностей. Нападение на служителя закона резко ужесточает меру ответственности. Медработники в данном случае – гражданские лица. Как таковые, случаи оскорбления, угроз, нападения на медицинских работников с применением физической силы, а также и оружия всегда рассматриваются правоохранительными органами без учёта того, что данные действия совершаются при исполнении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей. И необходимо обратить особое внимание на то, что в отличие от случайных жертв насилия, медицинские работники в сфере виктимологии детерминировано связаны с негативным событием, так как в силу специфики своей работы и должностных обязанностей должны были находиться в том или ином месте (вызов неотложной помощи, приём пациента), в тех или иных обстоятельствах. Существенно повлиять на данное, постоянно растущее, явление в том числе можно выделив медицинских работников в особую группу лиц, нуждающихся в защите государства. Здесь особенно нужно подчеркнуть, что данная градация в основе своей содержит не социальные, должностные признаки субъекта, а его непосредственную функцию, деятельность – осуществление охраны жизни и здоровья граждан, практически в любых ситуациях.

К решению данной проблемы с различных сторон приступали как местные органы законодательной власти, так и федеральные, однако на данный момент вопрос всё ещё остаётся предметом обсуждения, и в какой-то мере является предметом политического популизма.

К примеру, пункт об усилении ответственности за нападения на врачей «скорой помощи» уже вписан в Программу развития здравоохранения Петербурга до 2020 года. Предлагается внести в федеральное законодательство инициативы об установлении

ответственности за применение насилия в отношении медиков в виде штрафов: если нет опасности для здоровья – 200 тысяч рублей, либо арест на срок до 6 месяцев или лишение свободы на срок до 5 лет. Если есть опасность для жизни врача – нападавший может получить до 10 лет тюрьмы [6]. Так же, в 2006-2009 годах в Северной столице местные законодатели предлагали составить «черный список» пациентов и адресов, на вызов к которым работники «скорой помощи» выезжали бы в сопровождении полицейских, однако данный вопрос был снят сам собой в связи с его явным противоречием с Конституцией и федеральным законодательством.

На федеральном уровне в апреле 2016 года депутатами Государственной Думы рассматривался законопроект дополняющий главу 16 Уголовного кодекса РФ новой статьёй 125.1 («Применение насилия в отношении медицинских работников»), выделив в ней два вида санкций в зависимости от тяжести преступления. Законопроект был отклонён [7].

В августе 2016 года в широкий доступ поступила информация о том, что в последнем квартале текущего года сразу три инициативы по защите врачей предполагается разработать и направить для обсуждения в законодательный орган. По поручению главы Минздрава Вероники Скворцовой её ведомство подготовит две инициативы. Совет Федерации готов внести ещё одну в Государственную думу. Речь во всех случаях идет о введении уголовной ответственности за произвол в отношении медработников.

На общественное обсуждение по инициативе Минздрава выставлен законопроект, предлагающий дополнить составы преступлений, предусмотренные статьями 112, 115 и 116 УК РФ (умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью, умышленное причинение легкого вреда здоровью, побои), квалифицирующим признаком – «если данные деяния совершены в отношении медицинских работников». Санкции при этом будут приравнены к санкциям за нападение на представителей власти [8]. Здесь следует отметить, что как представляется автору, в данном виде законопроект не может быть принят по причине слишком обширного применения и толкования термина «в отношении медицинских работников».

Разработка законодательных инициатив в рассматриваемом вопросе возможна в двух вариантах: либо корректировка положений действующих статей Уголовного кодекса, с добавлением квалифицирующих признаков, либо дополнение кодекса новой статьёй, полностью описывающей субъекты и случаи посягательства, а именно – осуществление медицинским работником своей профессиональной деятельности в момент посягательства. В данном аспекте основная цель изменения законодательства в первую очередь определяется тем, что ответственность за нападение на медиков, исполняющих свои обязанности должна быть приравнена к преступлениям против специальных субъектов, таких как представители власти и сотрудники правоохранительных органов. Социальные гарантии здоровья для всех граждан не менее важны для государственного устройства, чем, допустим, порядок управления.

Возможно дополнение примечания к статье 318 УК РФ «Применение насилия в отношении представителя власти», устанавливающей ответственность за с применение насилия неопасного (часть 1) и опасного (часть 2) для жизни и здоровья охраняемого законом лица. В данном случае правовая охрана медработников будет заключаться в дополнении специального субъекта – «медицинского работника, исполняющего свои профессиональные обязанности при оказании лечебной и, или скорой неотложной помощи». Осознание человеком уголовной ответственности за насилие над врачом службы скорой помощи должно быть существенным поводом для изменения своего поведения, хотя бы и в стрессовой ситуации. Здесь мы делаем акцент на неопасном для жизни и здоровья насилии, которое будет квалифицироваться уже не по статье 116 УК РФ «Побои» – частного обвинения, а по статье публичного обвинения.

На резонно возникающее мнение о том, что медицинского работника нельзя ставить на одну ступень с полицией и оперативниками, которые постоянно рискуют жизнью и здоровьем, и потому являются особыми субъектами правовой охраны, можно привести несколько аргументов в защиту нашей точки зрения.

Во-первых, статья 318 УК РФ защищает так же представителей власти, осуществляющих кроме правоохранительных и иные распорядительные полномочия и не в пример меньше, сталкиваются с риском.

Во-вторых, медицинские работники, обязанные днём и ночью выезжать в любые территории населённых пунктов, не имеют по сути не только какой-либо особой правовой защиты, но и в связи с отсутствием специальных навыков и средств защиты – являются особенно уязвимыми в любой стрессовой и конфликтной ситуации. Причём необходимо отметить, что источником возникновения и негативного развития данных ситуаций в подавляющем большинстве случаев являются либо сами пациенты, либо лица их сопровождающие.

В-третьих, медицинские работники зачастую первыми прибывают на место совершения каких-то правонарушений или преступлений, при этом без защиты правоохранительных органов. В последнее время случаи нападения на сотрудников бригад скорой медицинской помощи значительно участились. Более того, участились случаи, когда эти нападения приводят к гибели и смерти сотрудников бригад скорой помощи [9].

Но не стоит забывать, что точечное изменение уголовного законодательства не всегда приносит полного успеха, так как значительная часть граждан, особенно те социальные группы, допускающие для себя в принципе возможность применения оскорблений или насилия к медикам, не знакома с нормами Уголовного кодекса или иных правовых норм. Поэтому любые законодательные инициативы должны быть частью общих социальных мер по улучшению качества жизни населения.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993г.) // Российская газета. 1993. № 237. 25 декабря.
2. Трошкина, О.Н. Актуальные проблемы защиты прав пациентов психиатрических клиник / О.Н. Трошкина // Материалы XIV студенческой научной конференции «Перспективы развития науки в исследованиях студентов» 07-25 февраля 2012 г. / под ред. проф. Быкова С.В. Тольятти, 2012. С. 98

3. Маслов Е.Н., Акопов В.И. Право в медицине / Е.Н. Маслов, В.И. Акопов. М.: Книга-сервис, 2002. 352 с.
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. № 48 ст. 6724.
5. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 06.07.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016), первоначальный текст документа опубликован: «Российская газета», № 256 от 31.12.2001.
6. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 30 июня 2014 года № 553 О государственной программе Санкт-Петербурга «Развитие здравоохранения в Санкт-Петербурге на 2015-2020 годы» (с изменениями на 26 июля 2016 года). Официальный сайт Администрации Санкт-Петербурга. URL: <http://www.gov.spb.ru> (дата обращения: 29.10.2016).
7. Протоколы заседаний Совета Государственной Думы от 21.04.2016. Официальный сайт Государственной думы. URL: <http://asozd2.duma.gov.ru> (дата обращения: 29.10.2016).
8. Федеральный портал проектов нормативных правовых актов. URL: <http://regulation.gov.ru/p/54684> (дата обращения: 06.10.2016).
9. Петров И.А. На «скорую» руку не поднимать // Российская газета Федеральный выпуск №6901 (33). 12.02.2016.

Об авторе:

Лебеденко Максим Алексеевич – ассистент кафедры судебной медицины и правоповедения Оренбургского Государственного Медицинского Университета, 460026, Оренбург, ул. Самолётная, дом 87 «в», кв. 52, e-mail: lebedenko83@yandex.ru

Lebedenko Maxim A. – Assistant of the Department of Forensic Medicine and the Law of the Orenburg State Medical University, Orenburg

© Лебеденко М.А., 2016

Лузанова И.М.

КОММУНИКАТИВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Недостатки во взаимодействии участников процесса оказания медицинской помощи приводят к неудовлетворённости пациента, ухудшению результатов медицинского вмешательства и могут медицинскому конфликту.

Ключевые слова: дефекты коммуникации; неудовлетворенность медицинской помощью; медико-юридический конфликт.

Luzanova I.M.

COMMUNICATION PROBLEMS IN HEALTHCARE

The miscommunications between healthcare professionals and care recipients lead to patient's bad satisfaction, to decrease medical care outcomes and to cause the medical dispute cases.

Keywords: miscommunication; bad satisfaction; medical dispute cases.

Проблемы коммуникации между медицинскими работниками пациентами в настоящее время приобретают особую актуальность. С одной стороны – это жалобы на грубость, невнимательность со стороны персонала медицинских организаций, с другой – негативизм, агрессивность пациентов и их родственников. Так, 80 % поступивших жалоб в Министерство здравоохранения одного из субъектов РФ – жалобы на культуру общения персонала с пациентами, и только 4% – претензии «к качеству медицинской помощи» [1].

Обращение автора к неспециализированным источникам связано с тем, что отдельной официальной статистики жалоб, связанных с дефектами исполнения этических норм, например, на сайте Министерства здравоохранения РФ, нет. В материалах об итогах работы Минздрава России по обращениям граждан за 2015г. указываются общие цифры обращений (9113,6 тыс. письменных и 2,7 тысяч устных), а критерии анализа не содержат детализации, какие, например, проблемы организации и качества медицинской помощи (всего 47,5%) явились непосредственным предметом обращений. Нельзя сказать, что регулятор, надзорные органы не видят или, тем более, игнорируют проблемы. Запущен

механизм обратной связи с пациентами в виде анкетирования, критерием удовлетворённости пациента является компонент оценки качества оказания медицинской помощи, работают горячие линии, реализуется пилотный проект «Послушайте, доктор», врачи привлекаются к дисциплинарной ответственности за неэтичное поведение по отношению к пациентам и т.д.

Взаимные обвинения могут быть обоснованы, а уровень конфликтности в сфере оказания медицинской помощи является отражением общего снижения терпимости, доброжелательности, доброты в обществе. Однако между статусом врача и пациента есть существенные различия, не позволяющие врачам отвечать грубостью на грубость, агрессией на агрессию. Абсолютным, главным объектом отношений между медицинским работником и пациентом являются жизнь и здоровье пациента. Приоритет интересов пациента определен среди основных принципов охраны здоровья, ст. 4 п. 2 № 323-ФЗ. Однако, если к пациенту применимы общие требования к культуре общения, то профессиональный статус врача предусматривает специальные навыки коммуникации, соответствующие как этическим, так и правовым нормам. Оба субъекта имеют одну конечную цель взаимодействия в ходе медицинского вмешательства – достижение оптимального результата для здоровья.

Хорошие коммуникативные навыки позволяют врачу эффективно обмениваться медицинской информацией, в том числе для постановки диагноза, своевременно выявлять изменения физического статуса, осложнения, добиваться нужного от пациента поведения во время лечебного процесса, в том числе точного выполнения предписанных назначений, особенно в амбулаторных условиях, вовлекать пациента в оказание медицинской помощи, сделав его активным участником процесса. В конечном итоге, улучшается результат медицинского вмешательства. Не следует забывать, что кроме собственно «технического» компонента, в оказании медицинской помощи существуют эмоциональный и информационные компоненты. Эмоциональная помощь включает в себя взаимное доверие, эмпатию, уважение, доброту. Когнитивный (информационный) компонент предусматривает сбор и предоставление ин-

формации, просвещение пациента, прогнозирование и обсуждение ожидаемых результатов лечения. Если эмоциональный компонент регламентирован этическими нормами, то информационный – правовыми. Недооценка роли коммуникативных навыков ведет к увеличению частоты конфликтов и часто является пусковым фактором прогрессирования межличностного конфликта в юридический.

Было бы неправильно относить дефекты коммуникативных навыков к индивидуальным особенностям медицинского работника. Правила эффективной коммуникации с пациентом должны соблюдаться, вне зависимости от личных качеств медицинского работника или конкретной ситуации, включая общение с неудовлетворенным, и даже агрессивным пациентом и его родственниками. Однако, учебные программы как додипломного, так и постдипломного уровня не предусматривают обучение практическим коммуникативным навыкам в рамках самостоятельной дисциплины, не размытой между рядом гуманитарных и клинических предметов (65% зарубежных медицинских вузов имеют подобную дисциплину в учебной программе) [2]. Редко в каком учебном или медицинском учреждении можно найти реализованные программы по практическим тренингам навыков взаимодействия между участниками процесса оказания медицинской помощи, особенно в сложных ситуациях, таких как сообщение неблагоприятного диагноза или результата лечения, в сфере трансплантологии, привлечение родственников пациента к взаимодействию при оказании медицинской помощи, и, в целом, разрешения конфликта до его перехода в гражданский или уголовный процесс.

Непонимание значения коммуникативных навыков в процессе оказания медицинской помощи и / или неумение их применить в зависимости от конкретной ситуации приводит к росту конфликтных ситуаций в медицине. Исследования последних лет выявили, что коммуникативные проблемы в 30 % (7149 случаев из 23000 исков за 2009-2013 годы) явились причинами конфликтов, касающихся оказания медицинской помощи и разрешенных в судебном порядке. Медицинским организациям они стоили 1,7 млрд. долларов [3].

«Коммуникации – это процесс, в ходе которого два или несколько человек обмениваются и осознают получаемую информацию» [4]. Коммуникации подразделяются на организационные и межличностные. Организационные коммуникации предусматривают обмен информацией между медицинской организацией- медицинской организацией; между врачом- врачом и врачом- медицинской сестрой. Эффективное взаимодействие врача и пациента является одной из основных профессиональных обязанностей медицинского работника и является необходимым компонентом высококвалифицированной помощи, способствующим достижению наилучшего исхода медицинского вмешательства. Доверие пациента, его дисциплинированность в следовании предписанного лечения и показатель удовлетворенности медицинской помощью напрямую связаны с эффективной коммуникацией между участниками лечебного процесса. Многочисленными исследованиями доказано, что снижение болевых ощущений, уменьшение психологического стресса при заболевании, скорость выздоровления и даже регресс опухоли коррелируют с качеством взаимоотношений между врачом и пациентом [5, 6]. Также необходимо отметить, что удовлетворенность врача как конкретным исходом лечения, так и профессией возрастает при хорошем контакте с пациентами.

Рассмотрим конкретные примеры коммуникативных дефектов по материалам дел, направленных на судебно-медицинскую экспертизу.

Случай 1.

Несовершеннолетняя пациентка находилась в стационаре после трех курсов химиотерапии. Мама, увидев анализ крови дочери, хотела узнать у врача о причине повышения уровня лейкоцитов, зная, что после проведенного лечения он должен быть низким. Врач отвечает: «Радуйтесь, много не мало». Диалог заканчивается. На следующие сутки в отделении объявляется карантин по одной из детских инфекций, пациентка выписывается домой без рекомендаций по наблюдению в связи с карантином. Вечером поступает в хирургический стационар с высокой температурой. Диагноз неясен. О карантине по ветрянке ни мать, ни персонал нового лечебного отделения не уведомлены. Наутро после звонка

в первую больницу ситуация с диагнозом проясняется, ребенок переводится в инфекционное отделение. Умирает на следующие сутки. Возбуждено уголовное дело.

Случай 2.

Несовершеннолетний поступает на плановое оперативное вмешательство в отделение детской хирургии. Предварительно проходил обследование и лечение в профильном эндокринологическом отделении другого лечебного учреждения. Имеется выписка. Вечером в день поступления ситуация осложняется. Принято решение провести оперативное вмешательство утром, без дополнительной консультации по фоновому хроническому заболеванию. Пациент прооперирован. После наркоза переведен в обычную послеоперационную палату, где нет непрерывного наблюдения. Мама неоднократно предупреждает постовую медицинскую сестру о необходимости приема гормональных препаратов, которые ребенок обычно получает. Дозировка и метод введения так и не были откорректированы ни на одном из этапов ОМП. Кома. Смерть ребёнка. Уголовное дело.

В 16 судебно-медицинских экспертизах, проведенных за 2016 год на кафедре судебной-медицины ОрГМУ по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи, при изучении материалов дела в 100% случаях были выявлены коммуникативные дефекты. В рассматриваемых случаях были дефекты и в организационных, и в межличностных процессах взаимодействия и обмена информацией как между медицинским работником- медицинским работником, медицинской организацией- медицинским работником, так и между медицинским работником – пациентом (его законными представителями). В первом случае выявлены дефекты передачи информации о карантинном заболевании от одного медицинского учреждения к другому, что затруднило диагностический процесс и привело в несвоевременному оказанию медицинской помощи. Дефект межличностных взаимоотношений состоял в игнорировании врачом просьб законного представителя ребенка, не говоря уже о том, что имели место и явные дефекты лечебного процесса – неправильная оценка данных исследования, несвоевременное предупреждение о карантине. Во втором случае выписной эпикриз эндокринологического отделения не

содержал рекомендаций по изменению дозы и метода введения препарата при запланированном оперативном вмешательстве, далее не было установлено взаимодействие между врачами различных профилей во время оказания пред и послеоперационной помощи пациенту, нарушен процесс передачи информации от медицинской сестры к врачу, никто из медицинского персонала не обратил внимание на многочисленные просьбы матери несовершеннолетнего пациента. В случаях, послуживших основанием для проведения судебно-медицинских экспертиз, заслуживает внимание отсутствие четкого нормативного регулирования эвакуации пациента из одной медицинской организации в другую, процесса передачи пациента внутри одной медицинской организации, из отделения в отделение, от одного врача к другому, часто разных профилей.

В Японии проведено исследование влияния коммуникативных дефектов на результат медицинских споров, завершившихся компенсационными выплатами. Если коммуникационные дефекты сочетались с ненадлежащей помощью, то они оказывались фактором, увеличивающим размер материальных выплат. Если коммуникативные дефекты были самостоятельной причиной конфликтов, то в 78,9 % становились основанием для выплат медицинскими организациями при внесудебном и судебном урегулировании споров [7].

Врачи плохо понимают, что даже при отсутствии прочих дефектов в оказании медицинской помощи и, как их следствие, причинении вреда здоровью, плохие взаимоотношения между медицинскими работниками и пациентам или их родственниками могут спровоцировать юридические конфликты, завершающиеся материальными выплатами в пользу пациентов. Для снижения рисков наступления юридической ответственности необходимо постоянно улучшать коммуникативные навыки. Задача состоит в том, чтобы разъяснить врачам «зачем», и научить «как» их улучшить.

Список литературы:

1. «Министр Здравоохранения: Большинство Поступающих Жалоб – На хамство» Врачей [электронный ресурс] [ngs55.ru / news / more / 2421103 /](http://ngs55.ru/news/more/2421103/)

2. John M. Travaline, MD Robert Ruchinskas, PsyD Gilbert E. D'Alonzo, Jr, DO // *Patient-Physician Communication: Why and How* / CLINICAL PRACTICE / [электронный ресурс] http://www.scu.edu.tw/english/2008/people/wei_da/patient_physician_communication_why_and_how.pdf
3. *Failures in Communication Contribute to Medical Malpractice* // New report identifies malpractice risks in communication failures which is a factor in 30 percent of all medical malpractice claims Feb 01, 2016, from CRICO Strategies [электронный ресурс] <http://www.prnewswire.com/news-releases/failures-in-communication-contribute-to-medical-malpractice-300212716.html>
4. Дафт, Р.Л. Менеджмент: учебник. СПб: Питер, 2007.
5. *Physician / patient communication: transmission of information and patient effects* / Roter DL / *Md State MEDJ* / 1983 Apr; 32(94): 260-5 [PubMed]
6. *Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology* / Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S / *Current Opinion in Oncology* Jul; 17(4)
7. N. Aoki, K. Uda, S. Ohta, T. Kiuchi, T. Fukui. (2007) *Impact of miscommunication in medical dispute cases in Japan. International Journal for Quality in Health Care* 20, 358-362 [электронный ресурс] <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/20/5/358>

Об авторе:

Лузанова Инна Михайловна – доцент кафедры судебной медицины и правоведения Оренбургского Государственного Медицинского Университета, кандидат медицинских наук, Оренбург

Luzanova Inna Mikchailovna – associated professor department of forensic medicine and law Orenburg State Medical University, PhD, Orenburg

Мелихов С.Ю.

ПРОБЛЕМЫ ОПИСАНИЯ ПРИЧИННОЙ СВЯЗИ В ЯТРОГЕННЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ В СУДЕБНОЙ ПРАКТИКЕ ПО УГОЛОВНЫМ ДЕЛАМ

В статье обозначены предпосылки противоречия доктринального понимания причинной связи и ее описания в заключениях экспертов и судебных приговорах по «врачебным преступлениям».

Ключевые слова: причинная связь; ятрогенные преступления, судебная практика.

Melikhov S.Y.

THE PROBLEM OF DESCRIBING CAUSATION IN IATROGENIC CRIMES IN THE JUDICIAL PRACTICE IN CRIMINAL CASES

The article discussed the problem of the contradiction of the doctrinal understanding of causation and its description in the conclusions of the experts and the court sentences on «medical crimes».

Keywords: causal relationship; iatrogenic crimes, litigation.

Проблема установления причинной связи между врачебными дефектами и неблагоприятными для пациента последствиями (преступным результатом, вредом жизни и здоровью) остается краеугольным камнем расследования «врачебных» преступлений. В доктрине уголовного права исторически господствовали две основные теории причинной связи, применяемые в практической деятельности органов уголовной юстиции и имеющие как приверженцев, так и противников – теория эквивалентности и теория адекватности [1]. В данном качестве они остаются и по сей день. Иные, до сих пор порождаемые концепции причинности являются в той или иной степени производными от названных выше, определенным образом их видоизменяя, а так называемая теория непосредственной причинности малоприменима в реальности, поскольку не учитывает реалии соучастия и неосторожного сопричинения.

Суть теории эквивалентности в том, что любое деяние признается причиной последствий, если является их «необходимым условием» («conditio sine qua non»), то есть при отсутствии дан-

ного деяния вредоносные последствия не наступили бы (курсив мой – С.М.) [2]. Теория адекватности, в противовес доводам сторонников «необходимого условия», предполагает признание действия или бездействия причиной последствий лишь в случае, когда для него такие последствия типичны. Деяние, без которого последствий бы не было, но которое по своей природе нехарактерно для них вообще, а не только в данном конкретном случае, считается условием их наступления, но причиной не признаётся [3].

Реализация данных концепций на практике часто противоположна. Эквивалентный подход не предполагает вероятности наступления (ненаступления) последствий, а считает причиной лишь деяние, без которого данных последствий однозначно (категорично) бы не было. В продолжение данного утверждения о характере последствий и в дополнение к нему запрашивается фраза «в данное время и при данных обстоятельствах», не меняющая существа вывода. Речь идет о том, например, что если человеку в данный момент (в ходе хирургической операции) случайно не перерезать сонную артерию, то от потери крови через данную рану («при данных обстоятельствах») он не умрёт, что не исключает его смерти от иных дефектов оказания медицинской помощи в будущем либо других посторонних травм и повреждений. Иной пример – правильная хирургическая обработка порезанного пальца руки с остановкой кровотечения, в необходимых случаях с ушиванием ранения, полностью исключает кровопотерю из этой раны и смерть от таковой. Напротив, ненадлежащее обращение медицинского работника даже с незначительной раной (ограничивающееся, например, прикладывание ватного тампона в надежде на самостоятельную остановку крови) в случае продолжения, усиления оттока крови и значительной ее потери, влекущей смерть, однозначно будет являться причиной (либо одной из причин) гибели пациента.

Адекватный подход к причинной связи в похожей ситуации вполне может не признать такой врачебный дефект причиной смерти, поскольку смерть, в целом, не является типичным последствием пореза пальца руки. Тот факт, что в данной конкретной ситуации эта травма разрешилась смертельным исходом, теорией адекватности в силу ее природы может и не восприниматься.

Следственная и судебная практика по «врачебным преступлениям» демонстрирует своеобразное отражение данной проблематики, чему видится ряд причин. Первая – природа «врачебных» преступлений в условиях действующего уголовного законодательства, предусмотревшего для неосторожных преступных деяний медицинских работников лишь две реально «работающие» статьи – ст. 109 и ст. 118 УК РФ, предполагающих «причинение» вредоносных последствий деяниями врача. В то же время, большинство проблемных и спорных случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи связано с наступлением этих последствий не непосредственно от деяний медика, а от неблагоприятного исхода имеющегося в пациента заболевания (травмы), который осложняется и усугубляется ненадлежащим врачебным вмешательством, совершаемым путем бездействия. Вторая – определяющее для следственных органов и судов мнение экспертов о наличии либо отсутствии причинной связи между врачебными дефектами и неблагоприятным результатом. Третья – необходимость, тем не менее, собственной аргументации судом в обвинительном приговоре наличия причинной связи как обязательного элемента состава указанных выше преступлений в условиях отсутствия его нормативного описания в уголовном законодательстве и разъяснений Верховного Суда.

Памятуя о своей процессуальной обязанности, суд вынужден употреблять в приговоре формулировки, аргументирующие наличие причинной связи, одновременно всецело полагаясь в данном вопросе на выводы экспертного заключения. Эксперты, в свою очередь, никогда не были нормативно обязаны аргументировать свой вывод о наличии такой связи и не стремятся делать этого, приводя в заключениях данные без конкретных развернутых обоснованных объяснений своего решения, без доказательств закономерного развития событий, либо вообще ограничиваясь констатацией ее наличия [4]. Очевидно, суд испытывает определенные затруднения в таковой аргументации еще и в условиях того, что его склонность к той или другой из двух упомянутых выше теорий причинной связи предполагает возможность противоположных суждений. Исследователи же данной проблематики приходят к мысли, что состоящие в причинной связи с последствиями во «врачебных

преступлениях» деяния должны носить характер как «необходимого условия», так и в момент их совершения создавать реальную возможность наступления соответствующих последствий. Иными словами, причинная связь наделяется одновременно признаками и эквивалентности, и адекватности [5].

В связи с этим первое очевидное несоответствие доктринальных положений и позиции судебных актов, порожденное формулировками экспертных выводов, видится именно в аргументации наличия причинности. Так, в подавляющем большинстве судебных приговоров по «врачебным» делам содержится утверждение, что при надлежащем оказании медицинской помощи (например лечении) неблагоприятного исхода (смерти, вреда здоровью) можно было бы избежать (курсив мой – С.М.). Данное утверждение во всех изученных случаях «перекочевало» в судебные акты из заключений экспертов. И хотя не соглашаться с его достоверностью оснований нет, в такой формулировке оно противоречит положениям доктрины о деянии медика как о «необходимом условии» (т.е. причине) наступления вредоносных последствий. В данном случае в вывод закладывается вероятность ненаступления последствий, при которой смерть могла не наступить, а могла наступить все равно, следовательно, даже при надлежащем лечении негативные последствия не исключались. Вопрос, можно ли в такой ситуации обвинять врача в причинении данной смерти (в соответствии с диспозицией ст. 109 УК РФ), согласно теории эквивалентности, вполне может быть решен не в пользу стороны обвинения. Примером такой формулировки является цитата из приговора: «Недооценка тяжести состояния, неправильное установление показаний к госпитализации в детское, а не в реанимационное отделение Ф. при наличии у него стеноза гортани III степени и признаков дыхательной недостаточности, (...) повлияли на неблагоприятный исход заболевания и состоят в причинной наступлением смерти Ф. (...) При своевременном восстановлении проходимости дыхательных путей (...) можно было бы избежать наступления смерти Ф.» [6] (курсив мой – С.М.).

Что же касается теории адекватности в причинности, она гораздо больше подходит для аргументации наличия этого элемента состава преступления в свете методических рекомендаций ФГБУ

«РЦСМЭ» [7]. Согласно им вопрос о причинной связи должен разрешаться экспертной комиссией «в соответствии с общепринятыми в медицине представлениями об этиологии, патогенезе, клинической картине и лечении в отношении конкретной нозологической единицы заболевания, травмы, состояния у данного конкретного пациента». В первой части данной формулировки очевидно отражение концепции адекватности, поскольку речь идёт о типичных представлениях о развитии заболевания. Однако завершение фразы данной концепции противоречит, поскольку вынуждает применять типичные (общепринятые) представления применительно к конкретному пациенту, и тем самым отходить от характерного представления о причинной связи в общем. Помимо этого, подобная аргументация в заключениях экспертов почти никогда не приводится. Примером, где она содержится, будет являться следующий: «... данные угрожающие жизни состояния являются вредом здоровью, опасным для жизни человека, вызвавшим расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не могло быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью...» [8].

Формулировки экспертных заключений, предполагающие в основной своей массе адекватный подход к причинной связи, фактически, дезориентируют суды, поскольку в обоснование её наличия принимают утверждение, характерное для эквивалентного подхода. Фраза «при надлежащем лечении можно было бы избежать наступления смерти» в отличие от выражения «смерть бы не наступила» лишена процессуального значения как аргументация наличия эквивалентной причинной связи. Вряд ли кто-либо из экспертов в сложной ситуации возьмётся употребить вторую формулировку. Суды же, не имеющие оснований для иных утверждений, ориентируются на выводы экспертов, закладывая противоречие в тексты решений.

Поскольку вопрос о возможности ненаступления неблагоприятного исхода может быть поставлен в ходе расследования и судебного разбирательства любым участником процесса, в том числе, представителями стороны защиты, полностью уклониться от данного вывода в экспертных выводах не получится. В связи с этим во избежание противоречивых суждений представляется необходи-

мым в заключениях судебно-медицинских экспертов употреблять аргументацию, соответствующую порядку установления причинно-следственной связи, рекомендованному РЦСМЭ.

Список литературы

1. Курс уголовного права. Общая часть. Том 1: Учение о преступлении / Под ред. Н.Ф. Кузнецовой, И.М. Тяжковой. М., 2002. С.252-254.
2. Уголовное право России. Общая часть: Учебник / Под ред. В.Н.Кудрявцева, В.В. Лунеева, А.В. Наумова. 2-е изд., перераб и доп. М.: Юристъ, 2006. С. 140
3. Наумов А.В. Российское уголовное право. Курс лекций. В двух томах. Т. 1. Общая часть. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Юрид. лит., 2004. С.198
4. Хрусталева Ю.А. Установление причинности в судебно-медицинских экспертизах живых лиц // Медицинское право. Федеральный научно-практический журнал. 2010. № 1 (29). С.43-44
5. Пристансков В.Д. Методологические проблемы установления причинно-следственной связи при расследовании неосторожных преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 14, Право. -2015. № 3. С. 88 -89
6. Приговор Ибресинского районного суда Чувашской Республики от 17.05.2013 по уголовному делу № 1-21/2013.
7. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: методические рекомендации. М.: ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России, 2015
8. Приговор Волжского районного суда Самарской области от 20.11.2012 по уголовному делу № 1-164/2012.

Об авторе:

Мелихов Сергей Юрьевич – доцент кафедры криминалистики ФГКОУ ВО «Санкт-Петербургская академия Следственного комитета Российской Федерации», кандидат юридических наук, 199178, Санкт-Петербург, 11-я линия Васильевского острова, д. 18, лит. А, e-mail: sm216@mail.ru

Melikhov Sergey Yurievich – associate professor in the department of criminalistics of the Saint-Petersburg academy of the Investigative Committee of the Russian Federation, candidate of law, Saint-Petersburg

Павлова Ю.В.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НОРМ, УСТАНОВЛИВАЮЩИХ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ БЕЗ ВИНЫ

В статье рассматриваются особенности применения норм, устанавливающих гражданско-правовую ответственность причинителя вреда без вины при оказании медицинских услуг. Проанализирована судебная практика, обосновывающая правовую позицию наступления ответственности без непосредственной вины медицинской организации. Сформированы предложения по юридической защите интересов медицинской организации по предотвращению рисков наступления безвиновной ответственности.

Ключевые слова: гражданско-правовая ответственность, вина, медицинская организация, юридическая защита.

Pavlova J.V.

LEGAL PROTECTION OF THE MEDICAL ORGANIZATION IN THE APPLICATION OF RULES ESTABLISHING CIVIL LIABILITY WITHOUT FAULT

The article discusses the features of the application of the rules establishing the civil liability of the tortfeasor without fault in the provision of medical services. It analyzed the jurisprudence justifying the legal position of responsibility without guilt immediate medical organization. Formed proposals on the legal protection of the interests of the medical organization for the prevention of risks occurrence responsibility without fault.

Keywords: civil liability, fault, medical organization, legal protection.

В настоящее время, к сожалению, самым распространенным способом защиты пациентами своих прав остается обращение в суд и одним из самых часто наступающих видов юридической ответственности является гражданско-правовая ответственность медицинских работников и медицинских организаций.

Сформирована обширная судебная практика по делам о причинении вреда здоровью и жизни пациентов, количество гражданско-правовых исков со стороны пациентов-потребителей медицинских услуг ежегодно возрастает.

В связи с этим, в целях формирования концепции юридической защиты медицинской организации необходимо изучать и

анализировать судебную практику, учитывать особенности наступления гражданско-правовой ответственности, что позволит выработать тактику разрешения и предупреждения конфликтов с пациентами, внедрить в деятельность медицинских организаций способов досудебного разрешения конфликтов.

В частности, в настоящее время можно выделить несколько особенностей наступления гражданско-правовой ответственности медицинской организации:

- Применение норм, устанавливающих гражданско-правовую ответственность причинителя вреда без вины.
- Презумпция вины исполнителя медицинских услуг.
- Увеличение сумм компенсации морального вреда.
- Проблема предъявления регрессного иска к медицинскому работнику в случае причинения вреда жизни или здоровью пациента.
- Применение законодательства о защите прав потребителей при оказании медицинских услуг медицинскими организациями с любой формой собственности (наложение штрафов при удовлетворении судом требований потребителя в связи с нарушением его прав; уплата неустойки за нарушение сроков удовлетворения требований потребителя и т.д.

Так, наиболее важным вопросом является применение норм, устанавливающих гражданско-правовую ответственность причинителя вреда без вины при оказании медицинских услуг, что существенно повышает, прежде всего, финансовые риски медицинской организации в современных экономических условиях.

Традиционно, вина считается необходимым элементом состава правонарушения, и, соответственно, необходимым основанием привлечения лица к юридической ответственности. Вместе с тем в гражданском праве довольно распространена концепция безвиновной ответственности. Причем в современный период ее обоснованность обсуждается и применительно к осуществлению медицинской деятельности.

Под виной, в контексте гражданско-правовых отношений, понимается непринятие правонарушителем всех возможных мер по устранению неблагоприятных последствий своего поведения, необходимых при той степени заботливости и осмотрительно-

сти, которая потребовалась от него по характеру лежащих на нем обязанностей [1].

Необходимо отметить, что составляя специальное положение, безвиновная ответственность наступает только тогда, когда это прямо оговорено в законодательстве. Подобная правовая позиция основывается на том, что в действующем законодательстве существует ряд норм, устанавливающих гражданско-правовую ответственность причинителя вреда без вины.

Например, ч. 3. ст. 401 ГК РФ установлено, что лицо, не исполнившее или ненадлежащим образом исполнившее обязательство при осуществлении предпринимательской деятельности, несет ответственность, если не докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств. Таким образом, при оказании платных медицинских услуг, например, в случае не достижения запланированного результата лечения, даже при отсутствии вины медицинской организации, пациент и (или) его законный представитель будут иметь право на возмещение ущерба в полном объеме.

Отдельная норма о безвиновной ответственности предусмотрена ст. 1095 ГК РФ, в которой установлено, что вред, причиненный жизни или здоровью гражданина вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков оказанной услуги, подлежит возмещению независимо от вины. Данная норма может быть применена к тем медицинским услугам, которые могут содержать в себе скрытые недостатки и проявлять свои опасные свойства в течение установленного исполнителем срока службы: стоматологические услуги, работы по протезированию, установке имплантатов. Под рецептурными недостатками следует понимать недостатки, возникшие при разработке, изготовлении и производстве лекарственного средства, как потребительского товара, в результате которых пациенту, четко выполнявшему рекомендации лечащего врача по применению препарата, причинен вред здоровью или жизни.

Кроме того, на безвиновную ответственность субъектов, предоставляющих медицинскую помощь на платной основе, указывает ст. 13 Закона «О защите прав потребителей», в которой

содержится норма о том, что ответственность за некачественно оказанную услугу наступает независимо от вины исполнителя, поскольку он освобождается от ответственности за неисполнение обязательств, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло исключительно вследствие непреодолимой силы и по иным основаниям, обязательно предусмотренным законодательством РФ.

Так, в одном из проанализированных судебных решениях (Апелляционное определение СК по гражданским делам Омского областного суда от 26 ноября 2014 г. по делу № 33-7549 / 2013) при разрешении вопроса об ответственности за некачественно оказанную платную услугу была установлена необходимость возмещения вреда пациентки вне зависимости от вины медицинской организации:

Из материалов дела следует, что между пациенткой Р и «Центром пластической хирургии...» заключен договор на оказание платных медицинских услуг, согласно которому ответчик принял на себя обязательство оказать медицинские услуги: произвести удаление геля из грудных желез и протезирование молочных желез.

После оказания услуги пациентка была выписана из стационара клиники, затем находилась под наблюдением врачей, однако до истечения месяца со дня операции по своему настоянию уехала по месту своего постоянного жительства в США, послеоперационные швы сняты не были, дана рекомендация сделать это уже по месту жительства после длительного авиаперелета.

В США в связи с высокой температурой и воспалительными процессами в области груди вынуждена была обратиться за медицинской помощью в клинику. В ходе оказания медицинской помощи выявлено наличие стафилококковой инфекции, оказано лечение, установлены дренажи, а также проведена операция по удалению имплантатов, зафиксирован разрыв левого имплантата.

Пациентка в судебном порядке потребовала возместить материальный ущерб и компенсировать моральный вред, причиненный некачественным оказанием услуги.

В ходе рассмотрения настоящего дела по ходатайству ответчика определением суда была назначена комиссия судебно-медицинская экспертиза. Экспертами не установлено, что па-

циентке был причинён вред здоровью вследствие некачественно оказанной услуги. Выводы эксперта согласуются с иными доказательствами по делу, пояснениями сторон, показаниями свидетелей, медицинской документацией.

Вместе с тем, исследовав условия заключенного между истцей и ответчиком договора платных медицинских услуг, памятки для пациента, пояснения сторон, показания свидетелей, экспертное заключение, суд пришел к выводу о том, что ответчиком не была предоставлена необходимая и достоверная информация о свойствах оказанной медицинской услуги и связанных с нею рисках истце.

Доказательств тому, что ответчик выполнил все свои обязательства по оказанию медицинских услуг и предоставлению информации о медицинской услуге надлежащим образом, а длительный послеоперационный период у Р. возник исключительно в связи с нарушением потребителем врачебных рекомендаций и требований, в судебное заседание не представлено.

При таких обстоятельствах суд верно пришел к выводу о наличии оснований для удовлетворения требований истицы.

Правовая позиция наступления гражданской ответственности без установленной вины отражена также в Апелляционном определении СК по гражданским делам Свердловского областного суда от 28 июля 2016 г. по делу № 33-10810 / 2016.

Судом рассмотрен спор между страховой компанией, застраховавшей жизнь и здоровье пациента, участвовавшего в клиническом исследовании нового лекарства, и вдовой пациента. Состояние пациента, участвовавшего в клиническом испытании ухудшилось после того, как он начал принимать новый препарат в рамках проведения клинического многоцентрового, рандомизированного, двойного слепого активно контролируемого исследования по оценке эффективности и безопасности монотерапии алискиреном и комбинированной терапии алискиреном / эналаприлом, по сравнению с монотерапией эналаприлом, с оценкой влияния на заболеваемость и смертность у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Через некоторое время пациент скончался, а его вдова обратилась за страховым возмещением, поскольку, по ее мнению, наступил страховой случай – смерть

пациента при наличии причинно-следственной связи между нею и участием в клиническом исследовании лекарственного препарата. Страховая организация отказалась выплачивать возмещение, ссылаясь на отсутствие причинно-следственной связи между смертью пациента и его участием в клиническом исследовании нового препарата. Дело в том, что препарат, который принимал пациент, был направлен на лечение сердечнососудистых заболеваний, а смерть пациента наступила от онкологического заболевания. То есть утверждать, что причиной смерти являлся прием «сердечного» препарата, было бы неправильно. То же самое утверждали и Уральский медуниверситет (он осуществлял исследование), и фармацевтическая компания (которая организовала и финансировала исследование). Но главное, что к абсолютно тем же выводам (об отсутствии причинно-следственной связи между смертью пациента и применением исследуемого препарата) пришел судебный эксперт. И все же суд первой инстанции присудил страховую выплату вдове пациента. Апелляционная инстанция оставила это решение в силе, указав следующее. Действительно, согласно выводам эксперта и специалистов невозможно установить наличие или отсутствие причинно-следственной связи между смертью пациента и применением им исследуемого препарата, поскольку нельзя с абсолютной уверенностью установить причину возникновения рака почки. Однако на момент начала участия в клиническом исследовании пациент не страдал онкологическими заболеваниями (тем самым по всем показаниям он подходил для исследования данного препарата). При этом согласно п. 1.27 РФ ГОСТ Р 52379-2005 «Належащая клиническая практика» (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27 сентября 2005 г. № 232-ст) любое нежелательное явление, выявленное у пациента или субъекта клинического исследования после применения лекарственного продукта, может представлять собой любой неблагоприятный симптом (включая отклонение лабораторного показателя от нормы), жалобу или заболевание, время возникновения которого не исключает причинно-следственной связи с применением лекарственного (исследуемого) продукта вне зависимости от наличия или отсутствия такой связи. Поэтому не

смотря на выводы экспертов об отсутствии причинно-следственной связи между смертью пациента и применением исследуемого препарата, суд пришел к правильному выводу о признании его смерти страховым случаем, поскольку эта смерть наступила в период участия в клиническом испытании данного лекарственного препарата. При этом суд правильно исходил из конституционных гарантий и прав граждан РФ, толкуя все сомнения в пользу пациента.

Безусловно, сама деятельность, в результате которой наступает безвиновная ответственность, не носит противоправного характера. Вместе с тем очевидно, что медицинская деятельность всегда является рискованной, так как может привести к нарушению прав пациента. Поскольку рискованный характер деятельности задан изначально, то основанием ответственности следует считать не вину, а именно сам риск, предопределенный природой соответствующей деятельности. Рисковый характер предполагает допущение неблагоприятных последствий и готовность соответствующего субъекта принять эти последствия на себя, ответить за них.

Многие специалисты объясняют наличие безвиновной ответственности потребностью в стимулировании соответствующего лица к предельной осторожности и осмотрительности, к постоянному стремлению не допустить (или сократить) саму возможность наступления вреда [2].

При формировании концепции юридической защиты медицинской организации нужно учитывать, что избежать ответственности можно только доказывая, что медицинская организация сделала все возможное, что требовалось для надлежащего выполнения услуги, что неблагоприятные последствия возникли вследствие действия форс-мажорных обстоятельств, непричастности медицинской организации к факту причинения вреда и т.п.

Для этого необходимо документально подтверждать, что все возможные методы обеспечения безопасности при оказании медицинской помощи были соблюдены (квалификация медицинских работников, соблюдение нормативных требований к порядку и условиям оказания медицинской помощи, информирование пациента о возможных последствиях и рисках и т.д.).

В соответствии с п. 4 ст. 13 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение обязательств, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы и по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

В ст. 1098 ГК РФ помимо обстоятельств непреодолимой силы приведено еще одно основание освобождения от ответственности причинителя вреда – нарушение потребителем установленных правил пользования товаром, результатом работы, услуги. В отношении медицинской деятельности это может быть нарушение режима лечения, правил поведения в больнице.

Статьей 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установлена обязанность граждан заботиться о своем здоровье. Зачастую ухудшение состояния здоровья, заболевания – это результат деятельности самого человека, и норма об обязанности сохранения своего здоровья направлена, прежде всего, на повышение ответственности гражданина за состояние своего здоровья.

В условиях роста числа гражданских исков от пациентов, связанных с возмещением вреда, причиненного в процессе оказания медицинской помощи, а также увеличения сумм требуемых компенсаций не вызывает сомнения введение института обязательного страхования профессиональной ответственности ³. Это особенно актуально в настоящее время, так как позволит обеспечить финансовые гарантии выплаты возмещения вреда в случае его причинения; уменьшить убытки, обусловленные возмещением вреда и снизить риск банкротства медицинских организаций при невозможности погашения задолженности из-за отсутствия денежных средств; снизить объем убытков у государства (казны, бюджета), на которое может быть возложена ответственность по долям созданных им учреждений; повысить качество оказываемых услуг.

Необходимость страхования ответственности при осуществлении медицинской деятельности обусловлено высоким риском причинения вреда жизни и здоровью пациентов в силу объек-

тивной невозможности полного предотвращения неблагоприятных реакций на медицинское вмешательство, непреднамеренных ошибок и упущений персонала. В определенной степени это связано с внедрением новейших медицинских технологий, что не исключает, а скорее предопределяет вероятность возникновения трудно прогнозируемых осложнений.

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..

Об авторе:

Павлова Юлия Владимировна – доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кандидат юридических наук, доцент, 129081, г. Москва, Ясный проезд, д. 4, к.1, кв.52, e-mail: 08101967@list.ru

Pavlova Julia Vladimirovna – associate professor of Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, PhD, Moscow

© Павлова Ю.В., 2016

Предеина И.В.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ПАЦИЕНТАМ: ТЕНДЕНЦИИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

Система правового регулирования охраны жизни и здоровья детей рассматривается как сложное и многоуровневое правовое явление. Обозначены основные направления совершенствования правового регулирования в сфере обеспечения качества медицинской помощи несовершеннолетним.

Ключевые слова: права несовершеннолетних; качество медицинской помощи; дети; несовершеннолетние; несовершеннолетние пациенты.

Predeina I.V.

THE CHANGE OF LEGISLATION IN COMPULSORY TREATMENT OF DRUG ADDICTS

The system of legal regulation of the protection of life and health of children is seen as complex and multi-level legal phenomenon. The basic directions of improvement of legal regulation in the sphere of ensuring the quality of medical care of minors.

Keywords: rights of minors; quality of care; children; juveniles; minors' patients.

Здоровое развитие ребенка является основной задачей не только семьи, но и государства. ВОЗ рассматривает здоровье детей как «фактор первостепенной важности» [14, с.4]. В 2000 году на саммите тысячелетия ООН были поставлены цели по сокращению на две трети детской смертности с 1990 года по 2015 год среди детей в возрасте до пяти лет. Благодаря эффективным мерам, принимаемым Министерством здравоохранения РФ по улучшению медицинской помощи несовершеннолетним, детская смертность снизилась в России за последние 30 лет в 3 раза. [11, с. 1]. Младенческая смертность за 2015 год снизилась на 12,2%, а по сравнению с 2012 годом – на 24%. [13, с.1]

Вместе с тем, при таких существенных положительных изменениях, вопреки оптимистичной информации о снижении детской смертности и повышении рождаемости, за последние годы на 43,1% снизилась численность детей подросткового возраста 10-17 лет, а до 18 лет – на 53,5%. Несмотря на предпринимаемые усилия, наблюдается рост заболеваемости подростков, особенно в старшей возрастной группе. За прошедшие 10 лет она возросла на 30%. [1, с.3].

Статистические данные свидетельствуют об отсутствии положительной динамики показателей социально значимых заболеваний. Так, в 2010 г. относительный показатель (на 100 000 человек) детей с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза составлял 14,6, в 2011 г. – 16,1, в 2012 г. – 16,4, в 2013 г. – 14,4, 2014г – 15,1, 2015 – 14,5. [17, с.5]. Число пациентов в возрасте от 0 до 17 лет с впервые в жизни установленным диагнозом ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в последние годы сохраняется примерно на одном уровне [1, с.3]. Показатель синдрома зависимости от наркотических веществ в последние годы также не имеет устойчивой положительной динамики [6, с.360].

Негативная тенденция наблюдается с инвалидизацией детского населения: численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет в 2011 г. составила 560422, в 2014 г. – 604850 [12, с.1].

В качественном преобразовании нуждается школьная медицина. Это связано как с распространением инклюзивного образования, так и со стремительным внедрением новых средств информационно-коммуникационных технологий при отсутствии медицинского обоснования безопасных условий их использования (интерактивные доски, ноутбуки, планшеты и др.).

Медико-социальной проблемой становится рост пограничной психической патологии. Подобные нарушения диагностируются примерно у 10% учащихся образовательных учреждений, у 60% определяются так называемые предболезненные психические расстройства [1, с.2].

Результаты экспертной деятельности судебно-медицинской службы свидетельствуют о распространении такого явления, как пренебрежение основными потребностями ребенка, под которым понимается «постоянное или периодическое неисполнение родителями или лицами их заменяющими, своих обязанностей по удовлетворению потребностей ребенка в развитии и заботе, пище и крове, медицинской помощи и безопасности, приводящее к ухудшению состояния здоровья ребенка, нарушению его развития...» [2, с.143]. При этом сведения о случаях неадекватного ухода и пренебрежения медицинской помощью ребенка со стороны родителей не всегда передаются медицин-

скими работниками в органы опеки и попечительства и органы внутренних дел, в результате чего эти дети остаются вне поля зрения медицинских работников, социальных служб и правоохранительных органов.

Защита прав и законных интересов несовершеннолетних является одним из приоритетных направлений международно-правового регулирования и социальной политики государств. Право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения предусмотрено статьей 24 Конвенции о правах ребенка [5, с.35]. Комитет ООН по правам ребенка подчеркивает необходимость обеспечить, чтобы все несовершеннолетние «имели доступ к медицинскому оборудованию, товарам и услугам, включая консультирование и медицинские услуги в области психического, полового и репродуктивного здоровья, при соответствующем качестве и с учетом потребностей подростков» [15, с.106].

ВОЗ в качестве приоритетного направления в сфере охраны здоровья детей рассматривает «предоставление высококачественных услуг и пакетов мер для непрерывного оказания помощи» [16, с.20], которое обеспечивается подотчетностью на всех уровнях для получения достоверных результатов; устранением финансовых, социальных и культурных барьеров для обеспечения доступа, включая бесплатное предоставление медицинской помощи и «наличием квалифицированных и мотивированных работников здравоохранения в нужном месте и в нужное время в сочетании с необходимой инфраструктурой, лекарственными средствами, оборудованием и нормативными требованиями» [16, с.15].

Повышение качества медицинской помощи является одной из приоритетных задач государственной политики в сфере здравоохранения РФ. Статья 10 Федерального закона от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», закрепляет право несовершеннолетних на охрану здоровья, гарантированное в рамках бесплатной медицинской помощи. Статья 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет качество медицинской помощи как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, ди-

агностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата и указывает на «приоритет охраны здоровья детей» [8, с.56].

Значимость качества медицинской помощи детям подчеркивает Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012 – 2017 годы, предусматривающая меры по созданию «дружественного к ребенку здравоохранения», среди которых совершенствование нормативно-правового обеспечения в области охраны здоровья и медицинской помощи детям и повышение ответственности медицинского персонала медицинских учреждений за некачественное оказание медицинской помощи детям» [7, с.67].

Отдельные вопросы организации доступной и качественной медицинской помощи регламентирует ряд федеральных законов: № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»; № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»; № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию»; № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»; № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»; № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и др.

Министерство здравоохранения также принимает меры по совершенствованию медицинской помощи детскому населению, регламентируя порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях; диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью; оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха и т.д., однако статистика не позволяет говорить о полной эффективности предпринимаемых мер.

Приходится констатировать, что в настоящий момент, несмотря на активную позицию государства, направленную на мо-

дернизацию здравоохранения, формирование здорового образа жизни и повышение рождаемости имеет место общая неудовлетворенность населения качеством оказания медицинской помощи. Важнейшим условием качественного оказания медицинской помощи в настоящее время является надлежащий уровень реализации прав пациентов. Несовершеннолетний, как гражданин РФ, наделен правами пациента, однако их воплощение имеет определенную специфику, которая не всегда учитывается на практике, что в свою очередь влечет снижение качества медицинской помощи. При относительной разработанности законодательства в отношении прав несовершеннолетних пациентов, на практике нередко возникают нестандартные ситуации, которые создают перед врачами проблемы психологического, нравственного и этического характера [9, с.154]. В связи с этим следует обратить внимание на несколько групп актуальных вопросов, обсуждаемых в медицинской и юридической литературе, связанных с дефектами механизма правового регулирования в сфере оказания медицинской помощи несовершеннолетним.

Вопросы, не достаточно разработанные и нуждающиеся в дополнительном детальном правовом регулировании:

1. Правовое регулирование иммунопрофилактики и вакцинации в контексте соблюдения прав несовершеннолетних;
2. Проблемы реализации прав на медицинскую помощь отдельных групп несовершеннолетних (несовершеннолетние «группы риска»; дети, оставшиеся без попечения родителей; дети-инвалиды; безнадзорные и беспризорные несовершеннолетние; несовершеннолетние осужденные; несовершеннолетние с алкогольной или наркотической зависимостью, с психической патологией и др.);
3. Проблемы обеспечения качественной паллиативной помощи неизлечимо больным детям;
4. Вопросы совершенствования знаний медицинского персонала о медико-правовых основах медицинской помощи несовершеннолетним.

Дискуссионные вопросы правового регулирования, способствующие возникновению коллизий и противоречий в действующем законодательстве:

5. Вопросы определения возраста информированного согласия на медицинское вмешательство. Противоречия при реализации медико-социальных прав несовершеннолетних пациентов и их родителей;

6. Врачебная тайна в отношении несовершеннолетних, достигших возраста 15 лет;

7. Особенности участия несовершеннолетних в клинических исследованиях лекарственных препаратов для медицинского применения;

8. Специфика реализации прав несовершеннолетних в сфере трансплантологии, репродуктивных технологий, психиатрической помощи, борьбы с туберкулезом и СПИДом;

9. Вопросы соответствия российского законодательства, регулирующего особенности реализации прав несовершеннолетних пациентов, международно-правовым стандартам.

Проблемы, связанные с необходимостью сокращения дистанции между правовыми основами и практической реализацией отдельных положений:

10. Проблема реализации прав несовершеннолетних на самостоятельное обращение за медицинской помощью;

11. Право несовершеннолетнего пациента на информацию о состоянии здоровья;

12. Обеспечение совместного пребывания детей и родителей при оказании медицинской помощи в условиях стационара;

13. Правовые и этические основы поведения медицинского работника при возникновении ситуации, угрожающей жизни или здоровью несовершеннолетнего.

14. Проблема пренебрежения нуждами детей и роль медицинских работников в выявлении и предотвращении данного явления:

- Механизм уведомления лечебным учреждением органов опеки и попечительства, если медицинскому учреждению стало известно о нарушении прав и законных интересов несовершеннолетнего пациента, в соответствии со ст. 56 СК РФ.
- Сложности в практической реализации требования об информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здо-

ровью причинен в результате противоправных действий (в частности, ст. 134 и 156 УК РФ).

- Вопрос о самостоятельном принятии родителями решения об отказе от медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетних в возрасте до 15 лет.

15. Вопросы компенсации вреда, причиненного здоровью несовершеннолетнего пациента.

16. Роль органов опеки и попечительства в обеспечении прав несовершеннолетних пациентов.

Сложившаяся ситуация, в которой нерешенными остаются многие из указанных вопросов, не может не оказывать отрицательное воздействие на показатели качества и доступности медицинской помощи несовершеннолетним. Хотя тенденции совершенствования в сфере качества оказания медицинской помощи очевидны, фактическая ситуация в сфере здравоохранения свидетельствует, что нужна «концентрация усилий и безусловная реализация уже намеченных планов» [1, с.3]. По мнению профессора А.А. Баранова, «подросткам остро не хватает внимания со стороны государства» [1, с.2]. Большинство специалистов признают, что нормативно-правовое обеспечение охраны здоровья детей в целом нуждается в серьезном совершенствовании, аргументированно высказываясь в пользу принятия закона об охране здоровья несовершеннолетних [1, с.2] или необходимости регионального либо локального регулирования механизмов реализации отдельных прав несовершеннолетних пациентов медицинскими работниками [10, с.25]. При этом, в ситуации, когда крайне низким остается уровень информированности медицинских работников о законодательной основе прав несовершеннолетних пациентов (только 3,93% медицинских сестер и 4,18% фельдшеров смогли назвать нормативный документ устанавливающий эти права) [10, с.27], необходимо подчеркнуть, что правосознание медицинских работников является важной составляющей качества медицинской помощи. В медицинском сообществе должно быть понимание смысла принимаемых нормативных актов и цели проводимых преобразований в медицине. «Невозможно страхом наказания за нарушения в сфере медицинских услуг привить врачам ответственность за качество лечения» [4, с 26].

Качество медицинской помощи несовершеннолетним должно обеспечиваться путем создания единой системы взаимосвязанных элементов [3, с. 62]: совершенствования нормативно-правового регулирования в области охраны здоровья детей и механизма его реализации; внедрения эффективных организационных технологий на основе современных стандартов оказания медицинской помощи; ведомственного и внутреннего контроля; развития образовательных технологий.

Список литературы:

1. Баранов А.А. Уязвимый возраст // Медицинская газета № 52 от 18 июля 2014 г.
2. Цымбал Е.И. Жестокое обращение с детьми: причины, проявления, последствия – М.: Российский благотворительный фонд НАН, 2010. 272с.
3. Павлова Ю.В. Проблемы реализации прав несовершеннолетних пациентов // Заместитель главного врача. 2015. № 4. С. 60-66.
4. Сафонов А.Е., Шадымов А.Б., Сорокин В.В. Право в медицине: динамизм правосознания современного медицинского работника // Медицинское право, 2014, № 5
5. Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990) // «Сборник международных договоров СССР», выпуск XLVI, 1993
6. Кеменева Ю.В., Ковалев А.В. Пренебрежение нуждами детей как причина детского травматизма, смертности и инвалидизации. В сборнике: Научная школа уголовного процесса и криминалистики Санкт-Петербургского государственного университета и современная юридическая наука. // Сборник статей по материалам Международной научно-практической конференции. 2016. С. 358-373.
7. Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы» // Собрание законодательства Российской Федерации от 4 июня 2012 г. № 23 ст. 2994
8. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. № 48 ст. 6724
9. Хамитова Г.М. Некоторые проблемы правового регулирования прав и свобод несовершеннолетних пациентов // Казанский медицинский журнал. 2015. Т. 96. № 6. С. 154-157.

10. Баклушина Е.К., Еремцова И.А. Современные проблемы реализации прав несовершеннолетних пациентов средними медицинскими работниками // Вестник Ивановской медицинской академии. 2015. Т. 20. № 2. С. 25-28
11. РИА Новости: Скворцова: детская смертность снизилась в России в 3 раза за 30 лет [Электронный ресурс] // РИА Новости. – 15.04.2014. URL: <http://ria.ru/> (дата обращения 10.10.2016)
12. Детская инвалидность [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: <http://www.gks.ru/> (дата обращения: 10.07.2016)
13. Выступление Министра Вероники Скворцовой на расширенном заседании Коллегии Минздрава России 20 апреля 2016 [Электронный ресурс] // Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации URL: <http://www.rosminzdrav.ru> (дата обращения: 10.11.2016)
14. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (принят в г. Нью-Йорке 22.07.1946) [Электронный ресурс] // Официальный сайт ВОЗ URL: <http://www.who.int/ru> (дата обращения: 10.11.2016)
15. Комитет ООН по правам ребенка (КПР), Замечание общего порядка № 4: Здоровье и развитие подростков в контексте Конвенции о правах ребенка, 1 июля 2003, CRC / GC / 2003 / 4, [Электронный ресурс] // URL: <http://www.refworld.org.ru/docid/50045c442.html> (дата обращения: 13 ноября 2016)
16. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей. 2010. [Электронный ресурс] // Официальный сайт ВОЗ URL: <http://www.who.int/ru> (дата обращения: 10.11.2016)
17. Социально-значимые заболевания населения России в 2015 году // Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации URL: <http://www.rosminzdrav.ru> (дата обращения: 10.11.2016).

Об авторе:

Предеина Ирина Валерьевна – старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кандидат юридических наук, 107076, Москва, ул. Колодезная, дом 5, кв.7, e-mail: predeina.irina@gmail.com

Predeina Irina Valerievna – Senior lecturer, Medical Law Department, First Moscow state medical University. I. M. Sechenov, Candidate of Legal Sciences, Moscow

Предеина И.В., Листовская Е.М.

ПРАВОВОЕ И ЭТИЧЕСКОЕ СООТНОШЕНИЕ ПОНЯТИЙ «МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» И «МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА» ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА

Статья посвящена вопросу соотношения понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга» при определении критериев качества в условиях постиндустриального общества.

Ключевые слова: медицинская деятельность, медицинская услуга, медицинская помощь, качество медицинской помощи.

Predeina Irina, Listovskaya Ekaterina

LEGAL AND ETHICAL RELATIONS BETWEEN THE CONCEPTS OF «HEALTH CARE» AND «MEDICAL SERVICES» IN DETERMINING THE QUALITY CRITERIA

The article is devoted to the relationship between the concepts of «medical care» and «medical services» when identifying quality criteria in the conditions of postindustrial society.

Keywords: medical activity, medical service, medical care, quality of care.

В условиях современности, сфера услуг является одной из самых динамично развивающихся отраслей экономики. Потребление опережает человеческие потребности. Центр тяжести переносится из сферы духовной, в сферу материальную. Происходит эволюция человеческого сознания и этики.

С течением времени многие аспекты человеческой жизни переносятся в сферу услуг, и если в большинстве случаев данный процесс происходит безболезненно и приносит лишь видимую пользу и способствует росту постиндустриального общества, то в случае с образованием и медициной, он вызывает огромное количество споров и расхождений во мнениях представителей различных общественных классов.

С развитием частной медицинской практики значение медицинской услуги существенно изменилось. Но прежде всего, что же такое медицинская услуга?

Если мы обратимся к общему определению понятия «услуга», то получим, что это действие, приносящее пользу, по-

мощь другому [1, с. 126]. Услуга, как объект гражданских прав, определяется через активную деятельность, согласно конструкции ст. 779 ГК РФ «...исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность)...» [6, с.344]. Таким образом, в более узком гражданско-правовом контексте, значение данного термина претерпевает преобразование и небольшое искажение. Услуга – это вид деятельности, работ, в процессе выполнения которых не создается новый, ранее не существовавший материально-вещественный продукт, но изменяется качество уже имеющегося, созданного продукта [2, с.124], т.е. это благо, предоставляемое в форме конкретной деятельности. Однако в специализированном словаре, в отличие от словаря общего профиля, предпочтение отдается материальной цели данного вида деятельности, а не его этическому назначению.

Медицина – совокупность наук о здоровье, о лечении и предупреждении болезней, а также практическая деятельность, направленная на укрепление и сохранение здоровья людей, предупреждение и лечение болезней [2, с. 205]. Интересным также является и тот факт, что даже невзирая на то, что по определению и медицина, и услуга являются видами деятельности, именно «медицинская помощь», а не «медицинская деятельность» закреплена в ст. 41 Конституции Российской Федерации, в соответствии с которой «...Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь...» [7, с. 1080].

Необходимо выделить основное отличие медицинской услуги от медицинской помощи. Согласно Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее ФЗ № 323), медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение. Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг [4, с. 1056].

Следует помнить, что «медицинская помощь» в отличие от «медицинской услуги», может иметь как более узкий – действия врача непосредственно, так и более широкий смысл – медицинская деятельность того или иного медучреждения или даже целого административного округа, субъекта, страны, может рассматриваться как процесс или как конкретное действие. Таким образом, понятие медицинская помощь включает в себя как процесс оказания медицинской услуги, так и медицинские услуги как таковые.

Следует сказать о том, что качество медицинской услуги и медицинской помощи также во многом являются синонимичными понятиями. И то, и другое понятие успешно используется в российском законодательстве и медицинской практике.

Так, ФЗ №323 использует понятие «качество медицинской услуги» в контексте соответствия таким критериям, как:

- открытость и доступность информации о медицинской организации;
- комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения; время ожидания предоставления медицинской услуги;
- доброжелательность;
- вежливость;
- компетентность работников медицинской организации; удовлетворенность оказанными услугами.

Важным нормативно-правовым актом, определяющим критерии качества медицинской помощи в настоящее время, является Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 июля 2015 г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [5, с.103]. На основе данного приказа сформулированы следующие общие критерии оценки надлежащего и своевременного оказания медицинской помощи:

- проведение осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме не позднее 2 часов с момента обращения в регистратуру медицинской организации или с момента поступления пациента в приемное отделение медицинской организации;

- установление предварительного диагноза формирование плана обследования пациента лечащим врачом уже в ходе первичного приема пациента;
- установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- проведение первичного осмотра пациента в стационаре при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, безотлагательно;
- проведение первичного осмотра в стационаре врачом профильного отделения медицинской организации не позднее 3 часов с момента поступления пациента;
- установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения или врачом отделения анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента;
- установление клинического диагноза в стационаре в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение медицинской организации; а при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов;
- проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением в течение 48 часов с момента поступления, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю. Критерии оценки качества лекарственной терапии:
- назначение лекарственных препаратов в амбулаторных условиях и в условиях стационара с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;
- включение в план обследования и план лечения лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Критерии оценки критического мышления врача, учета индивидуальных особенностей организма пациента и умения работать с ними:

- внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований;
- принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией;
- принятие решения при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения;
- оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте;
- проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения;
- проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра после установления клинического диагноза.

Анализ данного нормативно-правового акта позволяет выделить следующие основные группы критериев оценки, а именно: качественное удовлетворение потребностей пациента, соответствие медицинских технологий и лекарственных форм современным стандартам, а также соблюдение нормативных требований как при ведении документации, так и при оказании медицинской помощи.

Представляется, что указанные критерии качества медицинской помощи в полной мере можно отнести и к качеству медицинской услуги. При этом следует учитывать, что медицинская услуга может быть бесплатной или платной. Так, в соответствии с положениями статьи 19 ФЗ №323, «каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных

услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования». Последняя характеристика бесспорно позволяет включить медицинскую услугу в гражданско-правовой оборот, а также определить ее как особое направленное действие с четко разграниченным началом и концом, совершаемое врачом-специалистом в направлении конкретного лица / группы лиц. Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Поэтому обеспечение качества платных медицинских услуг требует дополнительного правового регулирования. Закон РФ «О защите прав потребителей» [8, с.467] определяет качество услуги (в том числе медицинской) как соответствие:

- условиям договора;
- требованиям, обычно предъявляемым к услугам подобного рода;
- целям, которые преследовал потребитель;
- обязательным требованиям к качеству, установленным законом или стандартом.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» [3, с.15], исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве – требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. Это означает, что при определении качества платной медицинской услуги необходимо исходить из стандарта, устанавливающего минимальные критерии качества медицинской помощи и надлежащего выполнения условий договора. Законодательно устанавливаемые критерии, закрепленные в стандарте, имеют императивный характер. В то же время согласно ст. 721 ГК РФ исполнитель может принять на себя по договору обязанность оказать услугу, отвечающую более высоким требованиям к ее качеству по сравнению с установленными стандартами [6,

с. 14900]. В последнем случае, если исполнитель не выполнит принятые на себя обязательства, гражданско-правовая ответственность за неисполнение договорных условий может наступить даже при соблюдении им требований стандарта. Данное положение подтверждает сложившееся в науке мнение о том, что одним из критериев оценки качества медицинской помощи является удовлетворенность пациента уровнем оказанной ему услуги. Следовательно, качество медицинской помощи – это не только аспект медицинской деятельности, но и самостоятельный элемент комплексных правоотношений, возникающих в сфере медицинского права.

Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что понятие «качество медицинской помощи» может быть шире понятия «качество медицинской услуги», однако при этом понятие «качество платной медицинской услуги», в свою очередь, может быть шире как понятия «качество медицинской услуги», так и «качество медицинской помощи». Вместе с тем, существующие в медицине правила и критерии качества лечения лишь «отражают уровень состояния медицины на определенном этапе ее развития» [9, с. 33].

Рассуждая о соотношении понятий «качество медицинской помощи» и «качество медицинской услуги», нельзя не упомянуть наиважнейшую особенность медицинской деятельности в целом. Это ее высокое социальное значение. Голландский врач, бургомистр г. Амстердама – Николас Ван Пульп дал неоспоримую характеристику профессии врача – это «горящая свеча». Данное высказывание отражает основное назначение профессии, которое не предполагает использование каких-либо единиц измерения при оказании помощи пациенту. Медицинская помощь должна быть качественной для всех.

Список литературы:

1. Ожегов С. И., Шведова Н. Ю. Толковый словарь русского языка. М., 1999.
2. Борисов А.Б. Большой экономический словарь. М.: Книжный мир, 2003. 895 с.
3. Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организация-

ми платных медицинских услуг» // Российская газета от 10 октября 2012 г. № 233.

4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. № 48. Ст. 6724.
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 июля 2015 г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти от 26 октября 2015 г. № 43.
6. Гражданский кодекс РФ // Собрание законодательства Российской Федерации. Издательство «Юридическая литература» 25 декабря 2006. №52. С. 14803-14949.
7. Конституция Российской Федерации (принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г.) Собрание законодательства Российской Федерации. Издательство «Юридическая литература» 04 августа 2014. №31. С. 11747-11778.
8. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 03.07.2016) «О защите прав потребителей» // «Собрание законодательства РФ», 15.01.1996. № 3. Ст. 140.
9. Сергеев Ю.Д., Канунникова Л.В. Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его возникновения // Медицинское право, 2007. № 4.

Об авторах:

Предеина Ирина Валерьевна – старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кандидат юридических наук, 107076, Москва, ул. Колодезная, дом 5, кв.7, e-mail: predeina.irina@gmail.com

Листовская Екатерина Максимовна – студентка педиатрического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, e-mail: Listovskaya_ek@outlook.com

Predeina Irina Valerievna – Senior lecturer, Medical Law Department, First Moscow state medical University. I. M. Sechenov, Candidate of Legal Sciences, Moscow

Listovskaya Ekaterina Maximova – student of the pediatric faculty of the First Moscow state medical University. I. M. Sechenov, Moscow

Русакова И.В., Харитонов М.П.

РАЗРАБОТКА КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Статья посвящена практике формирования клиничко-статистических групп заболеваний при оказании стоматологической помощи на территории Свердловской области. Показано, что оплата по системе клиничко-статистических групп формируется на основе таких факторов, как: основной диагноз, набор медицинских услуг, время оказания помощи. Продемонстрировано, что клиничко-статистическая группа описывает законченный случай заболевания и суммирует все требуемые для лечения ресурсы, включая все расходные материалы. Показана эффективность применения клиничко-статистических групп при оказании стоматологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

Ключевые слова: клиничко-статистические группы, амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, законченный случай лечения больного, стоматологические заболевания.

Rusakova I.V., Kharitonova M.P.

DEVELOPMENT OF CLINICAL-STATISTICAL GROUPS OF DISEASES: PRELIMINARY WORK RESULTS OF DENTAL SERVICES IN SVERDLOVSK REGION

This article analyzes the formation of clinical and statistical groups of diseases in Sverdlovsk region. It shows the system of payment for clinical and statistical groups, which is formed on the basis of such factors as: primary diagnosis, a set of medical services, duration of treatment. The research demonstrates that clinical and statistical group describes finished treatment case and summarizes all the required resources for treatment, including all consumable materials. The article shows that the clinical and statistical groups form the basis for program's budgeting, planning and accounting in hospital. The main components of the development of national clinical and statistical groups, including a system of classification of patients, pricing and disbursements are also shown in this article. The using of clinical and statistical groups provides highly effective dental services in outpatient conditions.

Keywords: clinical and statistical groups, provision of dental services in outpatient conditions, finished treatment case of the patient, dental diseases.

Клиничко-статистическая группа заболеваний (КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

Законченный случай лечения в поликлинике – обращение по поводу заболевания (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2), когда цель обращения достигнута. Обращение, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичных и повторных посещений.

Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Внедрение в практику отечественного здравоохранения способов оплаты медицинской помощи на основе групп заболеваний, в том числе клиничко-статистических групп болезней, направлено на обеспечение доступности и качества предоставляемой населению медицинской помощи, а также на достижение более полного учета различий в затратах на лечение различных заболеваний [2, 3, 6, 10, 11].

Формирование групп заболеваний, в том числе клиничко-статистических групп заболеваний, позволяет:

- уменьшить число случаев искажения диагноза заболевания;
- упростить систему планирования и финансирования медицинской помощи.
- обосновать подходы к оплате медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях, на основе законченного случая лечения – обращения по поводу заболевания.

Стратегии, применяемые в рамках КСГ, направлены на выполнение нескольких главных задач:

- сокращение расходов на медицинскую помощь и стандартизация фактических затрат между однотипными медицинскими организациями;
- обеспечение предсказуемости бюджетных обязательств;
- создание стимулов, обеспечивающих эффективное предоставление медицинской помощи, доступность и должный уровень качества предоставляемых медицинских услуг;
- обеспечение эффективной системы оплаты медицинской помощи в условиях расширения хозяйственной самостоятельности медицинских организаций и одноканального финансирования [3].

Именно для повышения эффективности и оптимизации оказания стоматологической помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ТПГГ) на территории Свердловской области была разработана система КСГ в стоматологии [9].

В предлагаемой нами модели оплаты амбулаторной медицинской помощи по законченному случаю лечения заболевания за основу принимается обращение по поводу заболевания, как совокупность медицинских услуг (т.е. обращение является законченным случаем лечения).

Анализ проведения нами пилотного проекта [8], по организации работы трех стоматологических поликлиник по системе КСГ на территории Свердловской области показал высокую эффективность работы данной системы как для самих медицинских организаций (МО), так и для обслуживаемого населения.

Основное преимущество в функционировании разработанной системы оплаты стоматологической помощи по законченному случаю является пациентоориентированная политика, так как пациент получает максимум стоматологической помощи за одно посещение.

Поскольку субъекты Российской Федерации самостоятельно решают вопрос о выборе конкретных способов оплаты медицинской помощи в рамках ТПГГ, способы оплаты медицинской помощи и тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников [11].

Такое соглашение было заключено на территории Свердловской области, что и определяет в настоящее время оплату стоматологической помощи по законченному случаю. В соответствии с этим документом, все учреждения, оказывающие стоматологическую помощь населению Свердловской области в рамках ОМС, с 01 января 2015 года перешли на систему оплаты по законченному случаю.

Почему мы считаем наш опыт уникальным в своем роде? Причина этого – уход от классических вариантов оплаты стоматологической помощи по условным единицам трудоемкости (УЕТ) или по посещениям, что зачастую ведет к формированию «избыточности» посещений. Нам удалось скомпоновать стоматологические заболевания в примерно равноценные группы с учетом трудозатрат и используемых материалов.

Так, на стоматологическом приеме у нас получилось 4 КСГ, а именно:

1. Заболевания твердых тканей зуба, требующие преимущественно восстановительного лечения (пломбирования)
2. Заболевания твердых тканей зуба, требующие преимущественно эндодонтического лечения с последующим восстановлением (пломбированием)
3. Состояния и заболевания твердых тканей и пародонта, требующие преимущественно проведения профессиональной гигиены полости рта и / или проведения реминерализующей терапии
4. Заболевания СОПР и травма, требующие преимущественно назначения медикаментозного лечения

На детском приеме добавилась группа «Заболевания твердых тканей зуба, требующие преимущественно эндодонтического лечения (ампутация и / или импрегнация содержимого корневых каналов) с последующим восстановлением (пломбированием)». Наибольшие затруднения в формировании КСГ вызвал раздел «Хирургическая стоматология», по причине разнородности и многообразия патологических состояний и, соответственно вариативности оказываемой помощи. В результате на хирургическом приеме у нас сформировалось еще 12 групп:

1. Заболевания, требующие удаления молочного зуба
2. Заболевания, требующие простого удаления постоянного зуба
3. Заболевания, требующие удаления (сложного / сверхкомплектного / дистопированного) зуба, коррекции альвеолярного отростка (в области 1 челюсти)
4. Заболевания, требующие удаления ретинированного зуба, резекции верхушки корня зуба, удаления ретенционной кисты

5. Заболевания, требующие вмешательства на тканях пародонта: проведения вестибулопластики, гингивэктомии, закрытого кюретажа (на 1 сегмент)
6. Заболевания, требующие проведения ПХО
7. Заболевания, требующие хирургического лечения хронического перикоронарита, альвеолита, гипертрофии десны, вскрытия пародонтального абсцесса, удаления доброкачественных новообразований, коррекции уздечки языка, губы, рассечения уздечки языка
8. Заболевания, требующие пластики уздечки языка и верхней губы, удаления камня из протока слюнной железы, вскрытия абсцесса полости рта
9. Заболевания, требующие назначения терапии и / или консультации другого специалиста и / или направления в стационар
10. Заболевания, требующие наложения шин на все имеющиеся зубы
11. Заболевания, требующие фрагментарного наложения шин
12. Заболевания, требующие вправления вывиха нижней челюсти

Анализ работы всех медицинских организаций Свердловской области, оказывающих стоматологическую помощь в системе ОМС в динамике показал значительное увеличение производительности труда, при работе стоматологических учреждений в системе КСГ (табл. 1).

Таблица 1.

Изменение производительности труда в системе КСГ

№	Наименование показателя и единица измерения	Среднеквартальный факт 2014 года	Среднеквартальный факт 2015 года	Среднеквартальный факт 2016 года	Изменения 2016 год / 2014 год (%)
1.	Количество случаев лечения (случай)	629 889	461 810	468979	74,4
2.	Количество посещений (посещение)	765 246	548 491	594370	77,7

№	Наименование показателя и единица измерения	Среднеквартальный факт 2014 года	Среднеквартальный факт 2015 года	Среднеквартальный факт 2016 года	Изменения 2016 год / 2014 год (%)
3.	Количество УЕТ (УЕТ)	2 264 031	2 260 869	2 924079	129,2
4.	Производительность труда (УЕТ/посещение)	2,96	4,12	4,92	166,2

Работая по КСГ нужно четко понимать один из основных принципов – это оказание медицинской стоматологической помощи в максимальном объеме для одного пациента в одно посещение.

Созданная система оплаты стоматологической помощи по КСГ выгодна и для организаторов здравоохранения, поскольку позволяет сравнивать работу учреждений, оказывающих стоматологическую помощь в рамках ОМС и потребление ими ресурсов. Система формирования групп заболеваний призвана стимулировать увеличение эффективности и препятствовать оказанию ненужных услуг, и самое главное, позволяет пациенту получить максимальный объем стоматологической помощи в рамках одного посещения, т.е. преодолеть некоторые недостатки ранее применяемых систем оплаты.

Список литературы:

1. Перхов В.И., Стебунова Р.В. Анализ зарубежного опыта использования групповых экономических стандартов при оплате больничной помощи // Материалы 7 международной научно-практической конференции «Ключевые вопросы современной науки». 2011. Том 10. София. С. 52-57.
2. Письмо Минздрава России 8.11.2013 № 11 / 9 / 10 / 2-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2014г.»
3. Письмо ФФОМС от 13.12.2013, № 8404 / 21-4 / и «Инструкция по группировке случаев оказания помощи в КСГ» (в редакции от 24.12.2013)

4. Постановления Правительства Российской Федерации от 24.07.2001 г. № 550 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи»
5. Постановление Правительства РФ от 18.10.2013, № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и плановый период 2015-2016 гг.»
6. Приказ Минздрава СССР от 25.01.1988 г. № 50 «О переходе на новую систему учета труда врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации стоматологического приема»
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. № 1664-н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»
8. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области №1366-п от 22 октября 2014 года «О проведении пилотного проекта по реализации приказа Министерства здравоохранения Свердловской области от 31 июля 2014 года №993-п «Об утверждении клинико-статистических групп заболеваний при оказании медицинской помощи взрослому и детскому населению Свердловской области при стоматологических заболеваниях»
9. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области №993-п от 31 июля 2014 года «Об утверждении клинико-статистических групп заболеваний при оказании медицинской помощи взрослому и детскому населению Свердловской области при стоматологических заболеваниях»
10. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13.09.2012 № 191 «О рабочей группе по методологическому обеспечению внедрения оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях за законченный случай лечения заболевания в соответствии с тарифами, определенными по группам, объединяющим заболевания (клинико-статистические группы заболеваний)»
11. Рекомендации Минздрава России и ФФОМС по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических (КСГ) и клинико-профильных (КПГ) за счет средств ОМС
12. Самодин В.И., Копейкин В.Н. Применение клинико-статистических групп в стоматологии / М.: Международный центр финансово-экономического развития. 1997. 352 с.

Об авторах:

Русакова Ирина Владимировна – доцент кафедры стоматологии общей практики Уральского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук, 620062 г. Екатеринбург, пер. Красный, дом 8, кор. Б, кв. 45, e-mail: rusakovaiv@mail.ru

Харитоновна Марина Павловна – заведующая кафедрой стоматологии общей практики Уральского государственного медицинского университета, профессор, доктор медицинских наук, Екатеринбург, e-mail: nosar@sosp.ru

Rusakova Irina Vladimirovna – Associate Professor of General Dentistry Department The Ural State Medical University, Candidate of Medicine, Ekaterinburg

Kharitonova Marina Pavlovna – Head of General Dentistry Department The Ural State Medical University, Doctor of Medicine, Professor, Ekaterinburg

© Русакова И.В., Харитоновна М.П., 2016

Спиридонов В.А., Анисимов А.А.

АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Было проанализировано 24 экспертизы по делам о неблагоприятном исходе оказания медицинской помощи по данным комиссионных экспертиз, проведенных в региональных бюро судебно-медицинской экспертизы. В работе представлены результаты анализа дефектов оказания медицинской помощи в хирургических отделениях медицинских организаций.

Ключевые слова: хирургия, дефекты оказания медицинской помощи, комиссионные судебно-медицинские экспертизы.

Spiridonov V.A., Anisimov A.A.

ANALYSIS OF PROFESSIONAL AID RENDERING DEFECTS IN GENERAL SURGERY PRACTICE

Analysis of 24 examinations on affairs about a failure of rendering of medical aid is made according to commission expert materials of regional bureaus of forensic medicine. In work results of the analysis of defects of rendering of the surgical care in hospitals is submitted.

Keywords: surgery, AID rendering defects, commission forensic medicine examinations.

Министерство здравоохранения Республика Татарстан в рамках своей миссии возвращения здоровья людям и улучшения качества их жизни проводит постоянную работу в совершенствовании методов оказания медицинской помощи. Для удовлетворения потребностей населения в хирургическом обеспечении, на сегодняшний день в Татарстане хирургическая помощь взрослому населению оказывается в 81 медицинской организации, из них 59 – в стационарных условиях [1]. По итогам 2013 года оказание стационарной хирургической помощи взрослому населению, было организовано на 5164 койках, на которых было пролечено 250452 больных, из них прооперировано – 221856 [2].

Повышение уровня правосознания граждан и требований к качеству медицинской помощи приводит к росту числа обращений пациентов и их родственников в правоохранительные органы и суды с требованиями привлечь медицинских работников, как к уголовной, так и гражданской ответственности, при этом

нередко предъявляются иски о возмещении материального ущерба и компенсации морального вреда. Закономерным следствием этого процесса является увеличение количества проводимых комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам о некачественном оказании медицинской помощи, повлекшим за собой летальные исходы или причинение вреда здоровью. В соответствии с УК РФ такие уголовные дела в отношении медицинских работников, как правило, возбуждаются по ч. 2 статьи 109 – причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей или статьи 118 – причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности. Опубликованный в доступной литературе анализ распределения комиссионных экспертиз, связанных с дефектами врачебной деятельности, убедительно показывает, что в Республике Татарстан за период с 2008 по 2013 г.г. в структуре проведенных комиссионных экспертиз в отношении медицинских работников по специальности «Хирургия» (26,8%) стоит на втором месте после специальности «Акушерство и гинекология (38,8%) [3].

Исходя из вышесказанного, целью нашего сообщения явился анализ дефектов оказания медицинской помощи в хирургической практике.

Для достижения поставленной цели нами были выборочно проанализированы 24 комиссионные судебно-медицинские экспертизы по делам о ненадлежащем выполнении медицинским персоналом своих профессиональных обязанностей в медицинских организациях хирургического профиля.

Проведенный анализ показал, что из 24 заключений комиссионной экспертизы, в 41,6% (10) случаев были установлены дефекты в оформлении медицинской документации, в частности карт амбулаторного и стационарного больного. Самыми частыми дефектами явились: отсутствие объективных данных, подтверждающих установленные диагнозы; малоинформативное описание проведенных оперативных вмешательств; расхождение записей в протоколе операции оперирующего хирурга и врача анестезиолога-реаниматолога; нечитабельный почерк; чрезмерное сокращение терминов; отсутствие записей ежедневных дневников наблюдения, отсутствие расшифровки подписи врача.

В 25,0% (6) случаев дефектов оказания хирургической помощи при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз не было выявлено. В остальных 75,0% (18) экспертиз установлено 46 дефектов, которые носили самый разнообразный характер.

На этапе диагностики было допущено 43,5% (20) дефектов: при обследовании больного – у 15,2% (7), отсутствие должного наблюдения – у 10,8% (5), невыполнение необходимого объема обследования – у 8,7% (4), необоснованные задержки обследования – у 8,7% (4).

На этапе лечения было допущено 39,1% (18) дефектов: технические ошибки при выполнении врачебных манипуляций или хирургических вмешательств – у 28,2% (13), невыполнение необходимого объема лечения – у 10,8% (5). Это часто приводило к ранним и (или) поздним осложнениям различной степени тяжести и влияния на исход заболевания. В свою очередь это также являлось поводом для исков со стороны родственников пациента к медицинским организациям.

Организационные дефекты были отмечены в 17,4% (8) случаях всех дефектов.

В ходе изученных нами комиссионных судебно-медицинских экспертиз прямая причинно-следственная связь между дефектами оказания хирургической помощи и неблагоприятным исходом (смертью) имела место в 50,0% (12) наблюдений.

Актуальным является вопрос, который часто ставится следственными и судебными органами перед экспертной комиссией: «Имели ли место нарушения медицинскими работниками действующих инструктивно – методических рекомендаций, приказов и общепринятых положений и других ведомственных нормативно – правовых актов?». Как следует из результатов проведенного нами анализа, такие нарушения имели место в 33,3% (8) наблюдений. Следует отметить, что на сегодняшний день национальные клинические рекомендации, регламентирующие оказание хирургической помощи населению, разработаны и утверждены лишь для отдельных нозологических форм: перитонит, желудочно-кишечное кровотечение, острый аппендицит. Для подавляющего же большинства нозологических форм хирургического профиля таких клинических рекомендаций не существует, а методические

пособия, предлагаемые различными хирургическими школами России, носят лишь рекомендательный характер. Эта ситуация затрудняет как работу хирургов, так и оценку качества и правомерности их деятельности, в том числе и при расследовании уголовных и гражданских дел возбужденных при неблагоприятных исходах оказания медицинской помощи.

Выводы:

1. При анализе 24 комиссионных судебно-медицинских экспертиз в отделениях хирургического профиля разнообразные дефекты оказания медицинской помощи были выявлены в 18 (75,0%) случаях, что подтверждает актуальность проблемы неадекватного оказания медицинской помощи в хирургических стационарах.

2. Необходим постоянный мониторинг качества оказания хирургической помощи: на амбулаторном и стационарном уровнях в системе здравоохранения, а также по результатам комиссионных судебно-медицинских экспертиз в рамках уголовных и гражданских дел.

3. Требуется активная работа профессионального хирургического сообщества в лице Российского общества хирургов в разработке и утверждении Национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению больных хирургического профиля по разным нозологическим формам.

Список литературы:

1. Справка итоговой коллегии / Министерство здравоохранения Республики Татарстан 2016. // WWW. URL: <http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/kollegii-2016-goda-mz-rt.htm>
2. Здравоохранение в Республике Татарстан // Статистический сборник. Казань. 2014. С. 95,112.
3. Судебно-медицинская служба Республики Татарстан в 2013 году / В.А. Спиридонов, Н.В. Морозюк, Е.В. Чугунова [и др.]; под общ. ред. В.А. Спиридонова. Казань: Медицина, 2014. С.97-98.

Об авторах:

Спиридонов Валерий Александрович – заведующий кафедрой судебной медицины Казанского ГМУ, д.м.н., доцент, 420015 г. Казань, ул. Бутлерова 49, e-mail: vaspiridonov@yahoo.com

Анисимов Андрей Андреевич – студент педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Казанский Государственный Медицинский Университет» Минздрава России, 420015 г. Казань, ул. Бутлерова 49, e-mail: aa_anisimov@bk.ru

Spiridonov Valeriy Alexandrovich – head of the Department of forensic medicine of Kazan State Medical University, Russia. Head of department of forensic investigations of the Investigative Department of the Investigative Committee RF in the Republic of Tatarstan; Doc. of. Med., Kazan

Anisimov Andrei Andreevich – pediatrics faculty student at Kazan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kazan

© Спиридонов В.А., Анисимов А.А., 2016

Сухарева М.А.,

ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ, КАК ОСНОВНОЙ ПАРАМЕТР ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ ДЕФЕКТОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НАРУШЕНИЕМ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ПРАВИЛ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ НА ПРИМЕРЕ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ МАССОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Статья посвящена обоснованию причинно-следственных связей между дефектами оказания медицинской помощи, нарушениями санитарно-гигиенических норм и неблагоприятными исходами в случаях массовых заболеваний в замкнутых коллективах.

Ключевые слова: *комиссионная судебно-медицинская экспертиза, массовые заболевания, причинно-следственная связь, неблагоприятный исход, дефект оказания медицинской помощи, замкнутые коллективы.*

Sukhareva M.A.

RELATIONSHIP OF CAUSE AND EFFECT AS KEY PARAMETER OF DEFINITION OF DEPENDENCE BETWEEN DEFECT OF DELIVERY OF HEALTH CARE, VIOLATION OF SANITARY AND HYGIENIC RULES AND THE FAILURE ON THE EXAMPLE OF KOMPLEKSKNY FORENSIC MEDICAL EXAMINATION OF MASS DISEASES

The article is devoted to justification of relationships of cause and effect between defects of delivery of health care, violations of sanitary and hygienic norms and failures in cases of mass diseases in closed collective.

Keywords: *commission forensic medical examination, mass diseases, relationship of cause and effect, a failure, defect of delivery of health care, the closed collectives.*

В последние годы значительно увеличилось количество исков, связанных с ненадлежащими исходами в медицинской практике. В первую очередь это связано с ростом юридической грамотности населения, повышения в целом уровня жизни, а так же увеличения количества платных медицинских услуг [1]. В категорию субъектов, в отношении которых осуществляется охрана здоровья и медицинская помощь входят физические лица (граждане, иностранные граждане, лица без гражданства, пациенты), которые в свою очередь подразделяются на специальные подгруппы субъектов:

а) работников, занятых на отдельных видах работ;

б) военнослужащих и лиц, приравненных по медицинскому обеспечению к военнослужащим, а также граждан, проходящих альтернативную гражданскую службу, граждан, подлежащих призыву на военную службу (направляемых на альтернативную гражданскую службу), и граждан, поступающих на военную службу или приравненную к ней службу по контракту;

в) лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста;

г) семью, беременных женщин, матерей;

д) несовершеннолетних лиц [2].

Для нашего исследования была выбрана категория «б».

Судебно-медицинская экспертиза, проводимая на стыке нескольких дисциплин, один из наиболее сложных и трудоемких видов экспертной деятельности. Это связано не только с необходимостью привлечения в состав экспертной комиссии специалистов различных специальностей и проведение анализа различных, на первый взгляд, не связанных между собой параметров, но и требует глубоких, всесторонних знаний судебно-медицинского эксперта, а именно – установление характера и обусловленности причинно-следственных связей между анализируемыми явлениями и решение вопросов о степени тяжести вреда здоровью человека.

Хотя анализ причинных связей, в судебно-медицинской экспертизе, проводится ретроспективно, т.е. когда условия для формирования исхода эксперту заранее известны, оценить степень влияния каждого из факторов, а также их во всей совокупности представляет определенные сложности. Прежде всего, необходимо установить направленность и обусловленность анализируемых причин.

По критериям направленности принято выделять положительную и отрицательно направленную связь. О положительном влиянии изучаемых факторов говорят тогда, когда действие изучаемого фактора усиливает наступающие последствия, и, соответственно, при ослаблении наступающих последствий говорят об отрицательном векторе воздействия.

Кроме того, и этот момент является наиболее значимым, в судебно-медицинской экспертизе, необходимо устанавливать обусловленность действия анализируемых факторов, на насту-

пающие последствия. С этой точки зрения принято говорить о наличии прямой и косвенной (опосредованной, не прямой) причинно-следственных связях.

Прямая причинно-следственная связь устанавливается тогда, когда причина (воздействие анализируемого фактора) влечет за собой наступление неблагоприятных последствий независимо от иных условий.

Если же между воздействием и наступлением последствий присутствует некий промежуточный фактор, т.е. само воздействие не привело к наступлению последствий, а могло создать условия, благоприятствующие их наступлению, необходимо говорить о наличии косвенного (опосредованного, не прямого) характера причинно-следственных связей.

Основными условиями для установления прямого характера причинно-следственной связи должны быть следующими:

- причинная связь, возникающая между изучаемыми явлениями должна носить объективный характер, т.е. реально существовать, а не быть плодом воображения или умозаключения эксперта;
- воздействие изучаемого фактора, для возникновения последствий, должно быть необходимым, т.е. не наступать без него;
- и, наконец, причина (воздействие) должно предшествовать наступившим последствиям, а не наоборот.

При установлении косвенного (опосредованного, не прямого) характера причинно-следственных связей, вышеперечисленные условия должны быть представлены в ином виде:

- причинная связь носит объективный характер, но пути формирования следствия, кроме того, должны зависеть от создания определенных условий;
- воздействие изучаемого фактора, для возникновения последствий, не должно быть обязательным, т.е. они (последствия) могли наступить и без него;
- причина обязательно должна предшествовать следствию.

Установлено, что причинно-следственная связь между дефектами оказания медицинской помощи и неблагоприятным исходом имеется как на догоспитальном, так госпитальном этапе. На догоспитальном этапе лечения:

- диагностические (неправильно или поздно установленный диагноз, недостаточно полное обследование больного);
- несвоевременная консультация врачами других специальностей, недооценка тяжести состояния больного);
- несвоевременная (поздняя) госпитализация; дефекты в лечении (несвоеременно начатое лечение, недостаточный объем лечебно-диагностических мероприятий).

Дефекты оказания медицинской помощи специалистами различного профиля на госпитальном этапе лечения [2]:

- диагностические;
- дефекты лечения.

Далее, следуя вышеприведенным условиям установления характера и обусловленности причинно-следственных связей, возникновения неблагоприятных последствий устанавливаем факторы, оказывающие непосредственное влияние на исход. К этим факторам нами отнесены:

1. Не проведение изоляции вновь прибывающих членов замкнутого коллектива. Что приводит к быстрому распространению заболевания.

2. Не своевременная изоляция заболевших – приводит к заражению здоровых членов коллектива. Объективным условием является наличие одного и того же возбудителя заболевания, у источника инфекции и зараженных членов коллектива.

3. Переполнение изоляторов, как создание условий для возникновения повторного инфицирования (тем же возбудителем) у уже выздоравливающих, признаки реинфекции и заражение больного инфекцией вызванной другим возбудителем, признаки суперинфекции.

Факторы, обуславливающие опосредованное влияние на формирование неблагоприятного исхода, т.е. наличие косвенной (опосредованной, не прямой) причинно-следственной связи. В нашем исследовании к этой группе относятся:

1. Нарушение правил проживания (содержания) – переполнение жилых помещений, не соблюдение температурного режима жилого помещения, не проведение регулярной дезинфекции жилого помещения.

2. Нарушение правил перевозки – длительность, отрицательная температура окружающей среды, нерегулярное питание, отсутствие возможности для отдыха.

3. Нарушение медицинскими работниками оказания лечебно-диагностической и профилактической помощи членам замкнутого коллектива привело к развитию массового инфекционного заболевания.

К факторам, оказывающим непосредственное влияние на формирование массового заболевания нами отнесены:

1. Неправильной (или несвоеременно) установленный диагноз инфекционного заболевания.

2. Поздняя (несвоевременная) госпитализация, неверный выбор тактики лечения. В этом случае, так же имеются все признаки прямой причинно-следственной связи – объективность – факт некачественной медицинской помощи установлен, необходимость – неправильная тактика лечения привела к распространению инфекции, последовательность – сначала профессиональные нарушения медицинских работников, а затем исход – массовое заболевание.

3. Отказ (неоказание) медицинской помощи. Перечислим все признаки прямой связи – объективность – медицинская помощь не оказывалась, объективность – факт заболевания установлен, последовательность – отказ в оказании медицинской помощи больным привел к распространению инфекции и развитию массового заболевания.

Таким образом, проведенным анализом установлены причины, оказывающие непосредственное влияние на формирование неблагоприятного исхода, а значит имеющие прямую причинно-следственную связь с возникшими последствиями.

Далее рассмотрим факторы, оказывающие опосредованное влияние:

1. Не проведение обязательных «барьерных» медицинских осмотров вновь прибывающих членов замкнутого коллектива. Признаки косвенной (опосредованной, не прямой) причинно-следственной связи:

2. Не регулярное проведение утренних медицинских осмотров. Все признаки косвенной причинно-следственной связи, полностью соответствуют таковым в предыдущем факторе.

3. Не использование современных медикаментозных средств профилактики. Условная объективность и не обязательность – средства профилактики не использовались, но они не эффективны к уже заболевшим, т.е. применение их могло не оказать положительного эффекта. Последовательность – очевидна.

Определен принцип установления характера и обусловленности причинно-следственных связей, позволяющий давать экспертную оценку чрезвычайной ситуации. Все это позволит проводить судебно-медицинские экспертизы на более высоком объективном и доказательном уровне и даст возможность, с учетом выявленных особенностей осуществлять необходимые превентивные меры, что повысит медицинскую безопасность членов замкнутых коллективов.

Список литературы:

1. Баринев Е.Х., Косухина О.И., Сухарева М.А., Ромодановский П.О. Врачебные ошибки в терапевтической практике // Проблемы экспертизы в медицине. 2013. Т. 13. № 3 (51). С. 37-39.
2. Скребнева Н.А. Основные права и обязанности субъектов медицинских правоотношений // Современная гуманитарная наука: проблемы и перспективы развития. Материалы международной научной конференции. 2015. С. 163-169.
3. Збруева Ю.В. Качество оказания лечебно-диагностической помощи в лечебно-профилактических учреждениях на основании анализа комиссионных судебно-медицинских экспертиз по обвинению медицинских работников в профессиональных правонарушениях // Астраханский Медицинский Журнал. 2011. Т. 6. № 1. С. 184-187.

Об авторе:

Сухарева Марина Анатольевна – преподаватель кафедры судебно-медицинской экспертизы и медицинского права Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета имени А.И. Евдокимова, 111396, Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, ГКБ №70, корп. 6, кафедра судебной медицины и медицинского права, e-mail: masuha@yandex.ru

Sukhareva Marina Anatolyevna – teacher of department of forensic medical examination and medical right of the Moscow State Medico-dental University of name A.I. Evdokimova, Moscow

Тимофеев И.В.

К ВОПРОСУ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОНЯТИЯ «КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

Статья посвящена вопросам совершенствования законодательства в сфере здравоохранения с целью улучшения эффективности реализации права на доступную и качественную медицинскую помощь.

Ключевые слова: качество медицинской помощи; показанность медицинской помощи, правильность выполнения медицинской помощи.

Timofeev I.V.

ON THE DEFINITION OF THE TERM «QUALITY OF MEDICAL CARE»

Article is devoted to questions of enhancement of the legislation in health sector for the purpose of improvement of efficiency of implementation of the right to available and high-quality medical care.

Keywords: quality of medical care; necessity of medical care, correctness of accomplishment of medical care.

Понятие «качество медицинской помощи» (КМП) в нашей стране имеет достаточно сложную судьбу: от бытового и медицинского его понимания в течение длительного времени, начиная с земской медицины, вплоть до законодательного оформления в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1] (далее – ФЗ №323-ФЗ).

Но, впервые определение КМП в Российской Федерации (далее – РФ) сформулировано законодательно не на федеральном, а на региональном уровне в Законе Санкт-Петербурга от 22 декабря 2008 года № 750-142 «О контроле качества медицинской помощи в Санкт-Петербурге» [2] (далее – Закон Санкт-Петербурга № 750-142, который был принят Законодательным Собранием Санкт-Петербурга в порядке опережающего правового регулирования (автор статьи является одним из разработчиков Закон Санкт-Петербурга № 750-142 «О контроле качества медицинской помощи в Санкт-Петербурге»). В Законе Санкт-Петербурга № 750-142 под КМП понималась система критериев, позволяющих определить качество оказания медицинской помощи в определенном медицинском учреждении, у определенного врача, на определенной

территории, отдельному больному. Этими критериями, предлагалось считать:

- правильность выполнения медицинских технологий;
- минимальный риск ухудшения состояния пациента вследствие несоблюдения медицинских технологий;
- эффективность использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения и медицинского страхования;
- удовлетворенность потребителей медицинской помощи.

В основу данного определения КМП взяты рекомендации экспертных групп Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Принципы обеспечения качества». Согласно этим рекомендациям, при формировании индивидуальных и общих программ качества необходимо учитывать и оценивать четыре компонента:

1. соблюдение медицинских технологий;
2. оптимальность использования ресурсов;
3. риск травм и заболеваний в результате медицинского вмешательства;
4. удовлетворенность потребителя (пациента) медицинским обслуживанием.

Принятие и реализация Закона Санкт-Петербурга № 750-142 стимулировали обсуждение и подготовку нормативно-правовой базы по данному направлению на федеральном уровне и, вступивший более чем через 3 года ФЗ № 323-ФЗ, существенно изменил правовую ситуацию в здравоохранении современной России. Теперь в правовых актах федерального уровня не только даны определения понятиям «качество медицинской помощи» и «экспертиза качества медицинской помощи», но и определены основные правила проведения такой экспертизы. Так, пункт 21 статьи 2 ФЗ №323-ФЗ содержит похожее по форме, но не смыслу определение понятия КМП, предложенное в Законе Санкт-Петербурга № 750-142. В нем под КМП понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степень достижения запланированного результата. Однако это определение, по нашему мнению, нуждается в серьезной доработке доктринального характера, о чем хочется сказать в данной работе.

В этом определении КМП не хватает крайне важной, и можно сказать ключевой характеристики – определения правильности выполнения (выделено авт.) методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, т.е. тех медицинских технологий, на соблюдении которых обращали внимание как эксперты ВОЗ, так и законодатель Санкт-Петербурга. Однако, если рассматривать это определение в единстве с другими статьями ФЗ № 323-ФЗ, и рядом других федеральных законов и подзаконных актов, то становится очевидной необходимость проведения оценки именно правильности выполнения медицинской помощи, важнейшей как для пациента, так и для медицинского работника характеристики и критерия для объективного суждения о КМП. Отсутствие прямого указания в законе на необходимость оценки правильности выполнения медицинского вмешательства (медицинской технологии) затрудняет понимание и правоприменение такого важнейшего института как КМП. По нашему мнению, для дальнейшего развития законодательства в данной области целесообразно, как минимум, в определении КМП после слов «правильность выбора» добавить слова «и выполнения».

При этом, в Приложении к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав РФ) от 07 июля 2015 года № 422ан [3], в подпункте «н» пункта 3 и подпункте «р» пункта 4 среди критериев оценки КМП нашло отражение следующее положение: «отсутствие осложнений, связанных с дефектами обследования, лечения, выбора методов хирургического вмешательства или ошибок в процессе его выполнения» (выделено авт.). Таким образом, в подзаконном акте Минздрава РФ уже определяется необходимость оценки выполнения медицинского вмешательства, как критерия оценки КМП, хотя законодательно в настоящее время, этот вопрос еще не урегулирован. Но остается непонятным ограничения Минздравом РФ в данной ситуации медицинского вмешательства только одной его хирургической разновидностью. Это провоцирует вопрос, а что, другие не хирургические методы не должны быть оценены на предмет выявления дефектов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации по вопросу выбора метода вмешательства или ошибок в процессе его выполнения?

Кроме этого, непростой является юридическая и медицинская ситуация отнесения своевременности к основным характеристикам КМП. По нашему мнению, данная характеристика в большей мере должна относиться к понятию «доступность медицинской помощи», так как наиболее часто именно недоступность определяет и несвоевременность медицинской помощи. Однако, выход может быть найден, через рассмотрение своевременности в рамках незаслуженно забытого законодателем, но хорошо известного любому медицинскому работнику понятия «показанность медицинской помощи». В него входит, как правильность выбора и своевременность (оценка, дополняющая правильность выбора в конкретный момент времени) медицинского вмешательства, так и наличие допустимого риска (хирургического, анестезиологического).

В медицине традиционно выбор решения о «показанности», т.е. необходимости проведения (не проведения) пациенту в определенное время медицинского вмешательства связывают с определением у последнего наличия (отсутствия) медицинских показаний для этого вмешательства и его допустимого риска.

Показание для медицинского вмешательства – это, как правило, какое-либо патологическое состояние человека, вследствие болезни или ее нозологических (греч. – *pozos* – болезнь) эквивалентов (травмы, отравления), указывающее на необходимость (целесообразность) проведения медицинского вмешательства. Медицинское вмешательство признается непоказанным применительно к такому состоянию человека, при котором нет необходимости проведения этого медицинского вмешательства.

В законодательстве РФ определение понятия «основное заболевание» реализуется через использование словосочетания «первоочередная необходимость оказания медицинской помощи». Так, в соответствии с пунктом 18 статьи 2 ФЗ № 323-ФЗ основным заболеванием считается «заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи (выделено авт.) в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти». По нашему убеждению, понятие первоочередная необходимость в медицинской и юридической практике как раз и нужно реализовать через

определение давно известного понятия «показанности» медицинского вмешательства.

Таким образом, показанность медицинского вмешательства – это важнейший интегральный показатель обоснованности необходимости медицинских вмешательств, включающий в себя соотношение собственно необходимых (целесообразных) действий и нуждаемость (заболевание, травма, отравление) в них пациента в конкретный период времени (т.е. необходимости действия в конкретный момент времени) и в условиях допустимого риска медицинского вмешательства. Кроме этого, с введением правового института получения информированного добровольного согласия (ИДС) и отказа от медицинского вмешательства (ст.20 ФЗ №323-ФЗ), в медицинской практике стало обязательным, после рассмотрения медицинским работником в каждом конкретном случае вопроса не только о показаниях и показанности медицинского вмешательства, но и решать вопрос о получении на него ИДС.

В свое время нами [4] был предложен способ (алгоритм), как соотносить медицинское действие или бездействие с его показанностью, правильностью и влиянием на исход с определением их места в рубриках диагноза. Этот алгоритм позволяет определить наличие осложнений основного заболевания, дефектов медицинской помощи и ятрогений. Он должен основываться на исследовании основных медико-организационных критериев КМП, используемых при формулировании диагноза:

- показанность (обоснованность, своевременность, низкий риск);
- правильность выполнения (оптимальность по содержанию, объему, ресурсу);
- влияние на исход.

Эти критерии соотносятся с хорошо известными принципами разумности и достаточности, которые должны лежать в основе работы не только медиков, но судебно-следственных и надзорных органов. Кроме этого, при комплексной оценке показанности, в соответствии со статьей 20 ФЗ № 323-ФЗ, необходимо оценивать наличие ИДС.

Таким образом, с учетом сделанных замечаний по проблемам правового регулирования института КМП и международных реко-

мендаций экспертов ВОЗ, определение КМП целесообразно изменить следующим образом: качество медицинской помощи представляет собой совокупность характеристик, отражающих показанность и правильность выполнения медицинского вмешательства, а также степень позитивного влияния на исход. Это, по нашему мнению, такое сущностное, достаточно краткое и понятное медицинскому работнику, пациенту, следователю, прокурору, судье и др. определение КМП, полностью удовлетворяет не только международным требованиям, но и реальной практике здравоохранения России.

Соответственно данному определению, критерии КМП должны быть следующими:

- показанность, как обоснование необходимости выбора, своевременности и допустимого риска медицинского действия (бездействия);
- правильность выполнения методов (технологий) диагностики, профилактики, лечения и медицинской реабилитации, учетом ИДС;
- позитивная результативность (влияние на исход):
 - а) выздоровление;
 - б) улучшение здоровья;
 - в) отсутствие прогрессирования основного заболевания;
 - г) отсутствие осложнений основного заболевания;
 - д) отсутствие тяжкого вреда здоровью или летального исхода, связанных с медицинской деятельностью.

При этом непоказанное и неправильно выполненное медицинское вмешательство с не позитивным исходом, определяет оценку медицинской помощи как «некачественная». Естественно, все случаи причинения тяжкого вреда здоровью и (или) наступления смерти, состоящие в причинно-следственной связи с медицинским вмешательством, автоматически определяют характеристику медицинской помощи как «некачественная».

В случае наступления летального исхода у пациента, находящимся на паллиативном лечении, например, в хосписе по показаниям распространенного онкологического заболевания, или с несовместимыми с жизнью травмами и отравлениями, вопросы исследования КМП должны быть скорректированы без оценки позитивной результативности.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48. ст. 6724.
2. Закон Санкт-Петербурга от 26 ноября 2008 года № 750-142 «О контроле качества медицинской помощи в Санкт-Петербурге» // СПС «Консультант плюс», 2016.
3. Приказ Минздрава РФ от 07 июля 2015 года № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // СПС «Консультант плюс», 2016.
4. Тимофеев И.В. Патология лечения (руководство для врачей) / Под ред. проф. Ю.Н. Шанина. СПб. 1999. 656 с.

Об авторе:

Тимофеев Игорь Владимирович – судья Уставного суда Санкт-Петербурга, доктор медицинских наук, Заслуженный работник высшей школы Российской Федерации, профессор, юрист, Санкт-Петербург

Timofeev Igor Vladimirovich – Judge of Statutory Court of St. Petersburg, Doctor of Medicine, Honored worker of the Higher school of the Russian Federation, Professor, lawyer, St. Petersburg

© Тимофеев И.В., 2015

Тимофеева М.Ю., Тимофеев Ю.С.

ПРАВОВОЙ АСПЕКТ ОФОРМЛЕНИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ

Статья посвящена анализу законодательства в сфере здравоохранения с целью выделения проблем взаимодействия несовершеннолетних пациентов, и их родственников, законных представителей и медицинского персонала на этапе сбора анамнеза при заполнении истории болезни в стационаре, с учетом складывающейся судебной практики, при реализации необходимого условия медицинского вмешательства – информированного добровольного согласия.

Ключевые слова: права несовершеннолетних пациентов, информация о состоянии здоровья, результат обследования, обязанности пациента, наличие заболевания, возможные последствия, согласие на медицинское вмешательство, информированность, согласие на медицинское вмешательство.

Timofeeva M.U., Timofeev Y.S.

LEGAL ASPECTS OF FORMALIZATION UNFORSED INFORMED CONSENT FOR MEDICAL CARE

This article analyzes the legislation in the field of health in order to highlight the problems of interaction of patient and medical staff to step in completing the anamnesis or outpatient treatment, taking into account the evolving jurisprudence, here because of the informed consent of medical treatment.

Keywords: patient rights, health information, surveys, patient responsibilities, the presence of the disease, possible effects, consent to medical treatment, awareness, consent to medical treatment.

Основные приоритетные направления, и в тоже время отличительные черты, современного этапа развития здравоохранения являются оптимизация и качество оказанной медицинской услуги пациенту (потребителю).

Для несовершеннолетних пациентов, правовая защита на оказание приоритетной медицинской помощи закреплена ст.7 Федерального Закона от 21 ноября 2011г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Здесь государство признает не только главенство физического и психического здоровья детей на национальном уровне, но

и предоставляет приоритетное право на медицинскую помощь и лекарственное обеспечение.

Согласно ч. 1 ст. 54 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», законодатель определяет основной перечень прав для всех категорий несовершеннолетних в сфере охраны здоровья.

Причем, рассматривая несовершеннолетних с учетом их возрастных особенностей, закон закрепляет в п.5 ч.1ст.54 (ФЗ-№323) право детей на получение информации о состоянии здоровья в доступной для них форме, дублируя эти положения, ст.22 настоящего Закона.

К сожалению, несмотря на все закреплённые правовые нормы и гарантии, на практике, несовершеннолетние пациенты, не всегда могут реализовать свои права и сохранить здоровье, ведь согласие, или отказ на «медицинскую услугу» за детей, не достигших 15 лет оформляет родитель, или законный представитель несовершеннолетнего (усыновители, опекуны).

В соответствии с ч. 1 ст. 20 (ФЗ-№323), необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства является оформление, «информированного добровольного согласия» (далее ИДС).

Обязательным условием перед оформлением согласия на медицинское вмешательство является предоставление гражданину или его законному представителю полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи [1].

Согласие дается в письменном виде, при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медицинской помощи.

Но на практике, попадая в приемное отделение клиники, несовершеннолетний, проходит первичный осмотр, во время которого собирается анамнез, сбор биологического материала для клиничко-лабораторных исследований, выявляется ряд «симптомо-комплексов», ставится первичный диагноз, и как правило, только после этих манипуляций, или во время их, получив исчерпывающий объем информации - родитель (законный представитель) подписывает бланк «Информированного доброволь-

ного согласия». После чего, пациент переводится в профильное отделение, с подготовленным пакетом документов, где повторно оформляется ИДС. На лицо – несоответствие с нормой закона, где основным условием оформления «ИДС» является то, что оно должно быть предварительным, то есть, получено до начала медицинского вмешательства.

К сожалению в педиатрической практике, это не всегда происходит, особенно в приемных отделениях детских клиник, где осмотр и оказание помощи детям всегда первично.

Необходимо отметить, что оформление бланка «ИДС», производится законным представителем на добровольной основе и имеет «обратный ход».

То есть, согласие может быть отозвано в любой момент, без объяснения причин, что (сточки зрения закона) отвечает целям защиты личности пациента и его родственников.

На практике, сотрудники отделения, не имеют право задерживать пациента и родителей против их воли, поэтому, после 3-х часового пребывания в любом отделении, даже инфекционного профиля, родственники пациента могут подписав соответствующую документацию, забрать ребенка, а через какой-то промежуток времени, привезти его для повторной госпитализации, при этом не неся ответственность за ухудшение его самочувствия.

Согласно ч.2 ст.20, закон расширяет права дееспособных граждан, достигших 15-летнего возраста, а именно - старше 14 лет, 11 месяцев 30 дней. Эта категория несовершеннолетних имеет право на принятие самостоятельного решения о согласии, или отказе в оформлении бланков ИДС, но для несовершеннолетних пациентов, больных наркоманией, при оказании наркологической помощи, или медицинском освидетельствовании в целях установления состояния наркологического опьянения, бланк на информированное добровольное согласие и медицинское вмешательство подписывает родственник, или законный представитель.

По нашему мнению, в настоящее время – ИДС, является основным механизмом защиты прав не только пациента, но и врача, значительно повышает степень профессиональной ответственности персонала и медицинской организации перед конкретным пациентом и его законными представителями.

И все таки, существенной проблемой данной правовой нормы, может являться не информированность и невнимание родителей (законных представителей), в момент оформления данного документа.

В этой связи, считаем целесообразным, в бланке «отказа от медицинского вмешательства», предоставлять право родственникам несовершеннолетних пациентов и доверенным лицам - персонально фиксировать риски, о которых они были предупреждены медицинскими работниками. Поставив под этой информацией число и подпись с расшифровкой, что существенно упростит разрешение последующих конфликтных ситуаций.

В практике стационаров, нередко случаи, оформления родственниками «отказа от медицинского вмешательства», в момент необходимого для спасения жизни несовершеннолетнего, и здесь, важной гарантией защиты, является право медицинской организации обратиться в суд (п.5 ст.20 Закона). В подобных случаях врачами отделений, используется право обращения в органы опеки и попечительства для защиты интересов такого лица, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.

В целом, данный документ, «ИДС», его содержание и правильность оформления служат источником доказательства по делам о привлечении медицинского работника (или медицинской организации) к тому или иному виду юридической ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи[1].

Судебной практике известен случай, когда привезенного бригадой скорой медицинской помощи (БСМП) ребенка с клиникой отравления уксусной кислотой мать забрала несмотря на убеждения врачей, а на следующей день малыша доставили в ДГКБ в терминальном состоянии. И несмотря на полный пакет документации и подписанный «отказ от лечения» - осудили именно врача приемного отделения.

На наш взгляд, сложившаяся практика требует расширения правовых рычагов медицинскому персоналу, для оказания помощи именно несовершеннолетним пациентам, что позволит повысить эффективность работы врача-педиатра.

Список литературы:

1. Правоведение. Медицинское право: Учебник / Под ред. чл.-корр. Ран, профессора Ю.Д. Сергеева. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. С. 144.

Об авторах:

Тимофеева Маргарита Юрьевна – старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 107140, Москва, ул. Краснопрудная, дом 7 / 9 кв.133, e-mail: timofeevainfo@mail.ru

Тимофеев Юрий Сергеевич – врач-ординатор ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского

Timofeeva Margarita Urievna – senior lecturer Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Timofeev Yuri Sergeevich – Children's Hospital №9 Speranskiy

© Тимофеева М.Ю., Тимофеев Ю.С., 2016

РАЗДЕЛ II.**РАБОТЫ СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ КРУЖКОВ**

Битюцкая А.С.

ПРАВОВАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СУТОЧНЫХ ДЕЖУРСТВ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Статья посвящена рассмотрению сменного графика работы по типу «сутки через трое». Дана краткая правовая оценка сменного графика. Далее перечислены физиологические изменения в организме при сменном графике работы. Сделан вывод о невозможности полноценной работы врача в течение суток. Рассмотрены пути решения данной ситуации.

Ключевые слова: суточное дежурство; «сутки через трое»; отделение реанимации и интенсивной терапии.

Bitutskaya A.S.

LAW AND PROFESSIONAL ESTIMATES OF DAILY DUTY IN THE INTENSIVE CARE UNIT

The article deals with the shift work in an «a day after three days». A brief legal assessment of interchangeable graphics. The following are the physiological changes in the body during shift work. The conclusion about the impossibility of a full-fledged doctor's work during the day. The ways of solving the problem.

Keywords: daily duty; intensive care unit.

В учреждениях здравоохранения, в частности, стационарах, распространён сменный график работы «сутки через трое». Сменную работу регламентируют статьи 96, 99, 103, 102, 153, 154 «Трудового кодекса Российской Федерации» от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 03.07.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016). При данном графике работодатель обязан соблюдать следующий ряд требований:

1. график сменности (как правило, является приложением к коллективному договору) доводить до сведения работников не позднее чем за один месяц до вступления в действие;
2. запрет работы в течение двух смен подряд;
3. в непредвиденных ситуациях запрещено оставлять работника на вторую смену, разрешена только сверхурочная работа в течение не более 4 часов;
4. повышенный размер оплаты труда в ночные часы;
5. обеспечение отработки в течение учётного периода соответствующей нормы рабочих часов.

Одной из особенностей сменного графика «сутки через трое» является то, что выходные дни предоставляются не только в субботу и воскресенье, но и в другие дни. При этом, если рабочий день выпал на не праздничный выходной, то он оплачивается в одинарном размере. Если же смена выпадает на праздничный день или не указанный в графике рабочий день, то оплата производится в двойном размере или по желанию работника в одинарном с дополнительным выходным.

Рабочая смена при графике работы «сутки через трое» длится 24 часа, 8 из которых приходятся на ночное время с 22:00 до 06:00. Работа в ночное время оплачивается в повышенном размере, минимальный размер повышения составляет 20% часовой тарифной ставки согласно Постановлению Правительства РФ от 22.07.2008 № 554 «О минимальном размере повышения оплаты труда за работу в ночное время». Конкретные размеры оплаты труда в ночное время закреплены в коллективном договоре, локальном нормативном акте, составленными в соответствии с трудовым договором и мнением профсоюза, который является представительным органом работников.

После рассмотрения сменного графика работы по типу «сутки через трое» с правовой точки зрения, будет произведена оценка с медицинской точки зрения и сделан вывод о возможности организации работы в отделении ОРИТ ЛПУ по такому графику. Стоит отметить, что бодрствование и работа в течение суток – совсем не одно и то же. Работа предполагает повышенный уровень внимания и двигательной активности на протяжении длительного количества времени, с недостаточными перерывами или вовсе без них. При работе в течение 24 часов у человека нарушаются биологические ритмы, что ведёт к различным гормональным нарушениям.

Мелатонин – гормон, регулирующий биоритмы человека, выделяется по ночам, во время сна [1, 2]. При активности в ночное время, особенно работе с ярким искусственным освещением, происходит нарушение выделения мелатонина, что приводит к нарушениям засыпания. Сон в дневное время менее глубок и продолжителен, поэтому не может полностью компенсировать отсутствие сна ночью. Это приводит к тому,

что у врача развивается хроническое недосыпание, которое ведёт к снижению внимания, памяти, тремору рук. Анестезиолог-реаниматолог имеет дело с очень тяжёлыми пациентами, состояние которых требует очень тщательного мониторинга, анализа функциональной активности всех систем органов. Обход и занесение записей в истории болезни производится каждые 4 часа. Если врач будет находиться в состоянии хронического недосыпания и усталости, то может пропустить важные симптомы или изменение состояния пациента, что приведёт к врачебной ошибке и нанесению вреда здоровью пациента. В обязанности анестезиолога-реаниматолога также входит проведение анестезии при оперативных вмешательствах, что требует максимального внимания и сосредоточенности, способности предусмотреть осложнения операции и способы их решения. Довольно часто врач на дежурстве при возникновении экстренной ситуации вызывается в другие отделения. Это может быть остановка сердца и / или дыхания. В этом случае необходима очень быстрая реакция (смерть мозга наступает уже через 5 минут), которая заключается во введении лекарственных средств, проведении сердечно-лёгочной реанимации, что является частой и энергоёмкой манипуляцией. Понятно, что тремор рук не будет способствовать успешному результату проведения этой процедуры.

Выявлена связь между суточной работой и нарушением гормонов, отвечающих за аппетит, грелином и лептином [3]. Грелин (гормон, стимулирующий потребление пищи) выделяется в больших количествах, чем лептин (гормон, оказывающий анорексигенное действие, то есть подавление аппетита), что приводит к приёмам пищи в ночное время, не являющимися физиологичными. Также происходит нарушение выработки инсулина и снижение толерантности клеток к глюкозе. Следствием всего этого является увеличение риска развития сахарного диабета II типа, ожирение [3, 4]. Данные состояния в меньшей мере будут влиять на качество работы врача, однако тоже очень важны. Диабет и ожирение в конечном итоге приведут к заболеваниям сердечно-сосудистой системы, при наличии которых будет сложно работать в необходимом ритме.

Суточный режим работы вместе с повышенным уровнем напряжения у медицинских работников приводит к увеличению выработки кортизола – гормона стресса [5]. Стоит также упомянуть снижение выработки серотонина – «гормона счастья» [6]. Как следует из его названия, недостаток может привести к апатии, депрессии, раздражительности. Работа анестезиолога-реаниматолога в большей мере связана с сильной психоэмоциональной нагрузкой: это и необходимость принятия быстрого решения в неоднозначной ситуации, и самая высокая смертность среди всех отделений, и общение с близкими пациентов. Подавленное состояние, которое усиливается при напряжённой работе в течение 24 часов, приводит к более быстрому профессиональному выгоранию, апатии, которые пагубным образом скажутся на качестве работы.

Помимо этого, серотонин участвует в иммунных реакциях: способствует увеличению проницаемости микрососудистого русла, стимулирует хемотаксис лейкоцитов, вызывает дегрануляцию тучных клеток и выделение цитокинов [7]. Систематический недостаток выделения серотонина приведёт к снижению иммунного ответа и, как следствию, частой заболеваемости. К тому же госпитальная флора является очень опасной ввиду высокой резистентности, поэтому она вызывает очень тяжёлые, длительно протекающие и сложно поддающиеся лечению инфекции. Вполне закономерно, что недостаток персонала приведёт к ещё большей нагрузке и последующему снижению качества оказания медицинской помощи.

Стоит отметить, что продолжительность суточного дежурства у врача может составлять более 24 часов и достигать 30 за счёт обхода поступивших пациентов, заполнения историй болезни и распоряжений среднему медицинскому персоналу.

Таким образом, анестезиолог-реаниматолог не способен качественно выполнять весь спектр своих обязанностей в течение суток, поэтому график работы «сутки через трое» неизбежно приводит к увеличению числа врачебных ошибок и ухудшению здоровья медицинского персонала. Лучшим выходом из данной ситуации является законодательное ограничение рабочей смены для врачей до 6 или 8 часов в день с ежемесячным чередова-

нием. Кроме того, стоит запретить работу по совместительству на аналогичной должности. Но стоит отметить, что часто врач идёт на график «сутки через трое», а иногда даже «сутки через двое» из-за низкого уровня заработной платы. В этом случае ограничение часов и запрет совмещения приведёт к возможному снижению уровня дохода, поэтому помимо установления 6 или 8-часовой смены следует поднять уровень заработной платы до достойного уровня.

Список литературы:

1. «Трудовой кодекс Российской Федерации» от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 03.07.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) Ст. 96, 99, 102, 103, 153, 154 // «Российская газета», № 256, 31.12.2001, «Парламентская газета», № 2-5, 05.01.2002, «Собрание законодательства РФ», 07.01.2002, № 1 (ч. 1), ст. 3.
2. Постановление Правительства РФ от 22.07.2008 № 554 «О минимальном размере повышения оплаты труда за работу в ночное время» (начало действия документа – 07.08.2008) // «Собрание законодательства РФ», 28.07.2008, № 30 (ч. 2), ст. 3640, «Российская газета», № 160, 30.07.2008.
3. Cho Y, Ryu S.H., Lee B.R., Kim K.H., Lee E., Choi J. Effects of artificial light at night on human health: A literature review of observational and experimental studies applied to exposure assessment // *Chronobiology international*. 2015. № 32. С. 1294-1310.
4. Claustrat B., Leston J. Melatonin: Physiological effects in humans // *Neuro-Chirurgie*. 2015. № 61. С. 77-84.
5. Bayon V., Leger D., Gomez-Merino D., Vecchierini M.F., Chennaoui M. Sleep debt and obesity // *Annals of medicine*. 2014. № 46. С. 264-272.
6. Ronveaux C.C., Tomé D., Raybould H.E. Glucagon-like peptide 1 interacts with ghrelin and leptin to regulate glucose metabolism and food intake through vagal afferent neuron signaling // *The Journal of nutrition*. 2015. № 145. С. 672-680.
7. O'Connor D.B., Ferguson E., Green J.A., O'Carroll R.E., O'Connor R.C. Cortisol levels and suicidal behavior: A meta-analysis // *Psychoneuroendocrinology*. 2015. № 63. С. 370-379.
8. Versteeg R.I., Serlie M.J., Kalsbeek A., la Fleur S.E. Serotonin, a possible intermediate between disturbed circadian rhythms and metabolic disease // *Neuroscience*. 2015. № 301. С. 155-167.

9. Terentev A.A., Lychkova A.E., Kazimirsky A.N., Puzikov A.M. Serotonergic regulation of immunity. Part I // *Experimental & clinical gastroenterology*. 2016. № 3. С. 32-39.

Об авторе:

Битюцкая Анастасия Сергеевна – студентка IV курса факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВПО Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, 115304, Москва, Каспийская улица, д. 30, корп. 4, кв. 58, e-mail: asb1506@yandex.ru

Bitutskaya Anastasia – fourth-year student at Faculty of Basic Medicine, Lomonosov Moscow State University, Moscow

Научный руководитель – Журилов Николай Владимирович, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 123373, Москва, Яна Райниса бульвар, д. 24, корп. 1, кв. 6, e-mail: nikolayzhurilov@bk.ru

Scientific adviser – Nikolay Zhurilov, senior lecturer, associate professor, Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Дементьева А.А., Духин О.А.

ТАБАКОКУРЕНИЕ НА ТЕРРИТОРИИ ЛПУ: ЗА И ПРОТИВ

Статья посвящена анализу правомерности введения полного запрета на употребление табачных изделий на территории учреждений здравоохранения.

Ключевые слова: курение; борьба с курением; система здравоохранения.

Dementyeva Anna, Dukhin Oleg

SMOKING ON THE TERRITORY OF HEALTH FACILITIES: PROS AND CONS

This article analyzes the legality of a total ban on the use of tobacco products on the territory of health care institutions.

Keywords: smoking; tobacco control; health care institutions.

Мы уже ранее обращались к теме запрета курения в учреждениях здравоохранения [5], но актуальность вопроса заставляет еще раз обращаться к нормативно-правовым актам, регулирующим этот вопрос. К тому же у авторов статьи есть все основания продолжать эту работу, так как ими была разработана и распространена среди студентов ФФМ МГУ анкета, посвященная вопросам запрета курения. Авторы надеются в последующем ознакомить читателей с результатами данного опроса, чтобы определить отношение молодых ученых-медиков к рассматриваемым вопросам.

В настоящее время курение является одной из самых значительных медико-социальных проблем. В нашей стране по данным исследования «Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака» всего курит 43,9 млн. взрослого населения, что составляет почти 40% населения страны [4]. Кроме того, существует целый ряд заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем, которые напрямую связаны с фактом курения табака. Следует сказать, что сигареты помимо чистого никотина содержат многие канцерогенные вещества. Таким образом, курение является важным этиологическим фактором многих заболеваний, занимающих львиную долю в структуре смертности в Российской Федерации [9].

В рамках выполнения обязательств, взятых на себя Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака, 1 июня 2013 года вступает в силу Федеральный закон № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» [3]. Данный документ предусматривает запрет на курение в большинстве общественных мест (статья 12) и ряд экономических мер, направленных на борьбу с табакокурением (статья 13, 14, 16), включающих ответственность как отдельных физических лиц (статья 6.24), так и юридических лиц, а также должностных лиц, их возглавляющих (статья 6.25). Кроме того дополнением к этому закону является приказ от 12 мая 2014 N 214н, утверждающий требования к знаку о запрете курения [12].

Одним из пунктов 12 статьи является полный запрет на курение табака «на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания медицинских, реабилитационных и санаторно-курортных услуг». Аргументы в пользу полного запрета предельно ясны. ЛПУ является объектом, в котором людям оказывается полный спектр медицинских услуг. И разрешение на употребление табака выглядит не совсем логично. Более того, согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2] в ЛПУ (статья 12, 18) должны быть реализованы меры, способствующие лечению никотиновой зависимости населения и формирования здорового образа жизни.

По данным исследования «Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака», в России курит 60,2% мужского населения и 21,7% женского [4]. Возникает вопрос: правомерен ли полный категорический запрет на курение в лечебно-профилактических учреждениях?

Для рассмотрения этого вопроса необходимо обратиться к Конституции РФ [1]. Статья 17 декларирует права и свободы каждого гражданина. В то же время пункт 3 этой же статьи гласит, что при этом не должны нарушаться права и свободы других граждан. Также имеет смысл обратиться к статье 55.1: «Перечисление в Конституции Российской Федерации основных прав и свобод не должно толковаться как отрицание или

умаление других общепризнанных прав и свобод человека и гражданина». То есть получается, что курение является правом гражданина, поскольку ни в одном нормативно-правовом акте оно не запрещено.

Пациент, попавший в ЛПУ, принудительно лишается возможности осуществлять свое право. Также следует упомянуть про права медицинских работников, которые тоже имеют право употреблять табачные изделия (что, безусловно, по мнению авторов, не вяжется с имиджем профессии). Безусловно, необходимо отметить, что совместное курение пациентов и медицинских работников абсолютно недопустимо с деонтологической и моральной точки зрения.

Выделяют психологическую, физическую и смешанную никотиновую зависимость [8]. Никотиновая абстиненция может серьезно осложнить течение основного заболевания, по поводу которого пациент и вынужден находиться в стационаре [7]. Из вышесказанного следует, что к курящим людям следует относиться как к зависимым лицам, не всегда имеющим возможность самостоятельно отказаться от курения.

Возможно проведение заместительной терапии, которая уже довольно широко распространена в западных странах. В связи с этим с 2012 года в больницах открываются антитабачные кабинеты, осуществляющие деятельность согласно методическим рекомендациям Минздравсоцразвития по оказанию медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения [11].

Кроме того, наиболее рациональным в данном случае видится обустройство специальных помещений, наличие которых допускается антитабачным законом, а требования к оснащению перечислены в Приказе Минстроя России № 756 [10].

Необходимо отметить, что курение является угрозой для общественного здравоохранения. Поэтому чрезвычайно правильными являются меры, и на ограничение потребления населением табачных изделий. В то же время, необходимо понимать, что, в конце концов, только гражданин должен сделать для себя этот выбор, и попытка насильственно лишить его это возможности (в том числе и пациента ЛПУ) представляется не вполне правомерной.

В этом году кафедра медицинского права МПФ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова отпраздновала свой 20-летний юбилей [6]. За это время под руководством Ю.Д. Сергеева более 1000 студентов ФФМ МГУ имени М.В. Ломоносова прошли обучение на кафедре. При написании данной статьи использовался опыт, переданный студентами старших курсов студентам младших курсов.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации. – М.: Юридическая литература, 2013. С. 9, 20
2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ// «Собрание законодательства РФ», 28.11.2011, № 48, ст. 6724
3. Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» от 23.02.2013 № 15-ФЗ (ред. от 31.12.2014)// «Российская газета», федеральный выпуск № 6017
4. Глобальный опрос взрослого населения о пользовании табачными изделиями // РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ, 2009 г. (СТРАНОВОЙ ОТЧЕТ)
5. Духин О.А, Журилов Н.В. «Запрет на табакокурение на территории ЛПУ: за и против» // Сборник студенческих научных работ по медицинскому праву «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи» том 2. 2015. С.46-52
6. Сергеев Ю.Д., Павлова Ю.В., Поспелова С.И., Каменская Н.А., Журилов Н.В. Двадцать лет первой в Российской Федерации кафедре медицинского права. Федеральный научно-практический журнал «Медицинское право», 2015. № 6 (64) С. 3-7.
7. Смирнов В.К., Ермолова О.И., Сперанская О.И. «Клинико-психопатологические аспекты проблемы табачной зависимости // Журнал «Наркология», 2004. № 5. С. 42-45.
8. Яковлев В.А. Никотин и курение сигарет: проявления зависимости // Журнал «Новая аптека», 2011. №9-2.
9. Данные Росстата: «Естественное движение населения в разрезе субъектов РФ» (за январь-март 2015 года). Информация предоставлена по данным официально сайта Федеральной службы государственной статистики (URL:http://www.gks.ru/free_doc/2015/demo/edn03-15.htm). Дата обращения: 21.09.2015

10. Приказ Минстроя России № 756/пр, Минздрава России № 786н от 28.11.2014 «О требованиях к выделению и оснащению специальных мест на открытом воздухе для курения табака, к выделению и оборудованию изолированных помещений для курения табака» (Зарегистрировано в Минюсте России 09.04.2015 № 36809). Справочно-правовая система «Консультант-плюс». Дата обращения: 11.09.2015. URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=178023>
11. Письмо Минздравсоцразвития РФ «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения. Методические рекомендации» от 5 мая 2012 г. № 14-3/10/1-2817 Дата обращения: 20.11.2016. URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=129670#0>
12. Приказ Минздрава РФ «Об утверждении требований к Знаку о запрете курения и к порядку его размещения» от 12 мая 2014г. № 214н Дата обращения: 20.11.2016. URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=165404#0>

Об авторах:

Дементьева Анна Александровна – студентка IV курса факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВПО Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, 109156, Москва, Жулебинский бульвар, д. 30/1, кв. 28, e-mail: a.dementyeva@yandex.ru

Духин Олег Арменович – студент V курса факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВПО Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, 117133, г. Москва, ул. Академика Виноградова, д. 6, кв. 220, e-mail: duhin.o@yandex.ru

Dementyeva Anna Alexandrovna – fourth-year student at Faculty of Basic Medicine, Lomonosov Moscow State University, Moscow

Dukhin Oleg Armenovich – fifth-year student at Faculty of Basic Medicine, Lomonosov Moscow State University, Moscow

Научный руководитель – Журилов Николай Владимирович, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 123373, Москва, Яна Райниса бульвар, д. 24, корп. 1, кв. 6, e-mail: nikolayzhurilov@bk.ru

Scientific adviser – Nikolay Zhurilov, senior lecturer, associate professor, Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Дудина А.Н.

СЛУЖБА ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И ПРОБЛЕМЫ ЕЁ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Статья посвящена проблемам создания «Службы по защите прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в условиях стационара». Правовой статус данной Службы закреплён в Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», принятом ещё в 1992 году, но до сегодняшнего дня она официально на территории РФ не создана. Организационный проект, разработанный Минздравом, уже представлен на рассмотрение в Государственную Думу. Особое внимание в статье уделено принципу безвозмездности, и проблемам, связанным с данным принципом. Кратко описывается опыт европейских стран в создании подобных служб.

Ключевые слова: служба по защите прав пациентов; психиатрическая помощь в стационарных условиях.

Dudina Anastasia

THE OFFICE FOR THE DEFENCE OF RIGHTS OF PATIENTS, STAYING IN MEDICAL INSTITUTIONS, DELIVERING PSYCHIATRIC TREATMENT IN STATIONARY CONDITIONS, AND ITS FINANCING PROBLEMS

This article is dedicated to the Office for the Defence of rights of patients, staying in medical institutions, delivering psychiatric treatment in stationary conditions, referred to in the «Psychiatric help and guarantee of the rights of citizens during the assistance» Law, adopted in 1992. Until this day there is no such Office in Russian Federation. The newly developed by Ministry of Health draft law is going to be considered by State Duma in the autumn session. Special attention is given on the principle of unpaid labour by members of the Office, which is written in the new law, and possible issues in Office's work, due to this principle. This article also describes experiences of European countries in creating similar Offices.

Keywords: Office for the Defence of rights of patients; psychiatric treatment in stationary conditions.

Проблемы оказания достойной помощи пациентам, страдающим психиатрическим расстройством, назрели в нашей стране уже давно.

В свое время, Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 года, (ст. 38) – за-

крепляет положения о «Службе» по защите прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, а также граждан, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами.

Представители «Службы» призваны помогать отдельным категориям граждан (пациентам) в реализации права :

- обращаются непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных законодательством;
- подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;
- пациенту наедине встречаться с адвокатом и священнослужителем.

Учитывая спектр данной деятельности, на наш взгляд, положительным моментом, является решение государства о закреплении независимого правового статуса данной «Службы» от органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья (Закон РФ № 3185-1 в ред. от 03.07.2016г.)[1].

Необходимо отметить, что именно Министерством здравоохранения РФ (5 ноября 2015года) инициировано общественное обсуждение для создания «специальной службы» защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических больницах [6].

Логическим результатом данной новации, является публикация в «Известиях» от 19сентября 2016г., о запланированном рассмотрении Государственной Думой, до конца года (в рамках осенней сессии), проблем защиты прав пациентов, находящихся на лечении в психиатрических диспансерах [5].

Создание данной «Службы по защите прав лиц, страдающих психическими расстройствами», планируется на базе Общественной палаты. Формируется деятельность данной «Службы» на основе добровольного участия граждан Российской Федерации, общественных объединений и иных некоммерческих организаций.

Представителями «Службы» в соответствии с проектом данного федерального закона может быть гражданин РФ, достигший

возраста 25 лет, имеющий высшее профессиональное образование, в том числе в сфере охраны здоровья граждан, юриспруденции или социальных дисциплин, и опыт деятельности в области защиты прав граждан не менее трех лет.

Согласно проекту, свою деятельность «Служба» будет осуществлять безвозмездно и на основе принципа добровольности.

Необходимо подчеркнуть, что «представителями» не могут являться сотрудники:

- органов прокуратуры;
- сотрудники СК РФ;
- лица, замещающие государственные должности РФ, должности федеральной государственной службы, государственные должности субъекта РФ, должности государственной гражданской службы субъектов РФ, должности муниципальной службы;
- лица, замещающие выборные должности в органах местного самоуправления;
- сотрудники стационарных организаций [8].

Из материалов Проекта федерального закона «О службе по защите прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, и граждан, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами» (Ст. 4,8,9 URL: <http://regulation.gov.ru/projects/#pra=41762>) на территории Российской Федерации действуют:

- 224 психиатрические больницы,
- 78 стационаров психоневрологических диспансеров,
- а также психиатрические отделения, являющиеся структурными подразделениями больниц общего профиля (в первую очередь центральных районных больниц).

Представить количество обращений, за осеннее – весенний период, а следовательно, объем предстоящей работы для сотрудников данной «Службы» можно, при этом, учитывая – обоснованность жалоб; специфику состояния граждан (предъявляющих данные претензии).

Вторая, немаловажная проблема данного законопроекта – финансирование.

Учитывая, что каждое зафиксированное обращение граждан – требует профессионального, тщательного разбирательства, что подразумевает для членов данной «Службы» отсутствие возможности дополнительного заработка.

В этой связи сразу возникают вопросы о качестве данной услуги и о возможных последствиях, при реализации «принципа безвозмездности» работы, ведь помимо вышеперечисленного, к кандидатам на место «сотрудника Службы» будет предъявляться достаточно объемный список требований, что, по мнению противников данного законопроекта, вкупе с отсутствием вознаграждения за работу может породить недостаток кадров, а следовательно, увеличивает риск подкупа представителей «Службы».

Согласно Проекту федерального закона «О внесении изменений в Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»; ФЗ РФ «Об общественной палате Российской Федерации» и ФЗ РФ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (Ст.1 URL: <http://regulation.gov.ru/projects#npa=41761>), законодатель предусматривает – если «Общественное объединение», выдвинувшее свою кандидатуру представителя в состав «Центральной комиссии представителей Службы по защите прав лиц, страдающих психическими расстройствами», или в состав «Комиссии представителей Службы по защите прав лиц, страдающих психическими расстройствами» в субъекте РФ – в случае его назначения (в качестве представителя) возмещает расходы, связанные с осуществлением его полномочий, и оказывает содействие в материально-техническом и информационном обеспечении деятельности соответствующей комиссии [7].

После данных разъяснений остается вопрос о статусе и финансировании представителя «Службы», чья кандидатура была выдвинута не «Общественным объединением».

Косвенно, ответ на данное недопонимание, трактуют нормы «Уголовно-процессуального кодекса РФ» от 18.02.2001 г. № 174-ФЗ (ред. от 06.07.2016), где предусмотрено участие адвоката в производстве предварительного расследования или судебном разбирательстве по назначению дознавателя, следователя или суда, а расходы на оплату его труда компенсируются за счет средств федерального бюджета [3].

Таким образом, на наш взгляд, «представитель Службы», защищающий права психически больных граждан, имеет все основания рассчитывать на подобного рода компенсации, ведь «Члены Общественной палаты», на базе которой создается Служба, получают компенсацию на время осуществления своей деятельности за счет федерального бюджета.

Рассмотрев подобную практику в некоторых странах Европы, где уже есть достаточный опыт создания подобных (государственных) систем защиты прав пациентов с психическими расстройствами, так в:

- Бельгии существует – «Государственная психиатрическая инспекция»;
- Австрии – «уполномоченные по правам пациентов»;
- Венгрии – «специальные уполномоченные»;
- Ирландии – «Независимый Совет по пересмотру состояния психического здоровья» (учрежденный Министерством юстиции);
- Португалии – «Специальная наблюдательная комиссия» (формируемая распоряжением Министерства юстиции и Министерством Здравоохранения);
- Польше – «уполномоченные по правам пациента психиатрической больницы» являющиеся работниками Бюро прав пациента, учреждаемого решением Министерства здравоохранения (финансируемого за счет средств бюджета) [2].

Можно предположить, что обсуждаемый законопроект, предложенный на рассмотрение Государственной Думе РФ, базируется не просто на нормах международного права, а вбирает лучший положительный опыт европейских странах, где организации, успешно защищают права психически больных пациентов, являются государственными службами с финансированием из государственного бюджета.

С горечью приходится констатировать, что в России, долгое время подобная «Служба» не создавалась по причине уверенности, что гос. служба не должна контролировать порядки в государственных учреждениях [5].

Иными словами, противники законопроекта, ссылаясь на коррупционную составляющую определенных структур нашего государства, препятствовали принятию данного документа.

Уверены, что совместная деятельность Министерства внутренних дел РФ и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) обеспечат правовой и финансовый порядок в государственных учреждениях.

Считаем целесообразным, наделить «представителей Службы», на время исполнения ими данной деятельности, статусом «Члена Общественной палаты», на базе которой формируется «Служба».

В этом случае, на них распространяются нормы ст.13 ФЗ «Об Общественной палате Российской Федерации» от 04.04.2005, по которой, «Член Общественной палаты», на время осуществления полномочий освобождается работодателем от выполнения трудовых обязанностей по основному месту работы (с сохранением за ним должности), ему возмещаются расходы, связанные с осуществлением полномочий представителя Службы, и выплачивается компенсация за счет средств федерального бюджета [4].

Учитывая русские традиции меценатства, считаем целесообразным, создание государством «Специального Фонда», для обеспечения дополнительного (государственному) софинансирования. Средства в Фонд могут направлять те же объединения и организации, которые обладают правом на выдвижение кандидатур в состав центральной комиссии Службы [8].

Список литературы:

1. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» Закон РФ №33 от 02.07.92г. № 3185-1 (ред. от 03.07.2016)
2. «Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» от 18.02.2001 № 174-ФЗ (ред. от 06.07.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.1016) Ст. 50.
3. Федеральный закон «Об Общественной палате Российской Федерации» от 04.04.2005 г. № 32-ФЗ (действующая редакция, 2016) Ст. 13
4. Казаковцев Б.А. Защита прав пациентов психиатрических учреждений в европейских странах // Независимый психиатрический журнал. 2006. № 4. С.30-32.
5. Закон о защите прав пациентов психдиспансеров рассмотрят до конца года // Известия 19 сентября 2016. URL: <http://izvestia.ru/news/632878>

6. Минздравом России инициировано общественное обсуждение создания специальной службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических больницах // Министерство здравоохранения Российской Федерации 05 ноября 2015. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/11/05/2618-minzdravom-rossii-initsiirovano-obschestvennoe-obsuzhdenie-sozdaniya-spetsialnoy-sluzhby-zaschity-prav-patsientov-nahodyaschihsya-v-psihiatricheskih-bolnitsah>
7. Проект федерального закона «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Федеральный закон Российской Федерации «Об общественной палате Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» Ст. 1. URL: <http://regulation.gov.ru/projects#npa=41761>
8. Проект федерального закона «О службе по защите прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, и граждан, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами» Ст. 4, 8, 9. URL: <http://regulation.gov.ru/projects#npa=41762>

Об авторах:

Дудина Анастасия Николаевна – студентка IV курса факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, 125430, Москва, ул. Митинская, дом 48, кв. 374, e-mail: anormann95@mail.ru

Dudina Anastasia – student of Lomonosov Moscow State University Faculty of Fundamental Medicine, Moscow

Научный руководитель – Тимофеева Маргарита Юрьевна, старший преподаватель кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 107140, Москва, ул. Краснопрудная, дом 7 / 9 кв.133, e-mail: timofeevainfo@mail.ru

Scientific adviser – Timofeeva Margarita Urievna, senior lecturer Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Евдокимов Е.М.

ОСТЕОПАТИЯ: НОВАЯ ВРАЧЕБНАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ. ОБЗОР ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ АКТОВ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ ПРОЦЕССУ ПРЕДМЕТА

Статья посвящена анализу законодательства в сфере здравоохранения с целью изучения особенностей утверждения новой врачебной специальности «Врач-остеопат» и в сфере образования с целью определения образовательных планов и изучения порядка аккредитации специалистов данной специальности.

Ключевые слова: остеопатия, высшее образование, аккредитация специалиста.

Prilukov M. D.

OSTEOPATHY: A NEW MEDICAL SPECIALTY. REVIEW OF LEGISLATIVE ACTS ON THE DEFINITION AND THE EDUCATIONAL PROCESS OF THE SUBJECT

This article analyzes the legislation in the field of health in order of studying the peculiarities of approval of new medical specialty of «osteopathy» and in the field of education to determine educational plans and the studying of the order of accreditation of doctors in the specialty.

Keywords: osteopathy, higher education, specialist's accreditation.

В настоящее время в Российской Федерации набирает популярность остеопатия. Данная медицинская специальность зародилась во второй половине XIX века в Соединенных Штатах. Ее основоположником является доктор Эндрю Тейлор Стилл. Европейские школы остеопатии были основаны в начале 20 века: 1917 г. – Великобритания, 1950 г. – Франция. В России специализация начала развиваться с 1990-х годов.

Остеопатия обеспечивает широкий спектр подходов для сохранения здоровья и лечения болезни [11]. Остеопатия основана на следующих принципах лечения и работы с пациентом:

- человек является динамическим функциональным единством, на состояние здоровья которого оказывают влияние тело, разум и душа;
- тело обладает саморегулирующимися механизмами и естественно лечит себя;

- структура и функция взаимосвязаны на всех уровнях тела человека.

В Российской Федерации первым правовым документом, признающим остеопатию является «Остеопатия. Методические рекомендации Минздрава РФ № 2003 / 74 от 27.10.03 г.» [12]. Данные рекомендации определяют остеопатию как диагностический и лечебный метод традиционной медицины, указывая на показания и противопоказания метода, его основные методики и эффективность использования при различных нарушениях.

С 2012 года остеопатия стала самостоятельной специальностью, согласно Приказу Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» [2]. Согласно данной номенклатуре, п.1.2. Приложения, утверждена должность врача-остеопата, и специальность встала на один ряд с такими специальностями, как врач мануальной терапии, врач-рефлексотерапевт, которые ранее использовали остеопатию как метод лечения в дополнение к собственным методикам.

В 2013 году Приказом Минздрава России от 28.10.2013 № 794н в номенклатуру медицинских услуг вносятся изменения, среди которых утверждаются новые услуги В01.069.002 Прием (осмотр, консультация) врача-остеопата первичный и В01.069.003 Прием (осмотр, консультация) врача-остеопата повторный [4]. Данные услуги относятся к классу «В», который «включает медицинские услуги, представляющие собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение», разделу 01, обозначающий данный тип медицинской услуги, как врачебную лечебно-диагностическую. Т.е. остеопатия становится самостоятельной обособленной медицинской деятельностью, в рамках которой может проходить весь комплекс лечения пациента от осмотра и диагностики заболевания до выздоровления.

Как и для любой должности номенклатуры, для остеопатии стало необходимым утверждение программы для образовательного процесса. Согласно приложению № 6 Приказа Минобрнауки России от 12 сентября 2013 г. № 1061 «Об утверждении перечней

специальностей и направлений подготовки высшего образования» [3] – перечню специальностей подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры была утверждена специальность 31.08.52 «Остеопатия». Данный законодательный акт определил развитие образовательной программы по данной специальности. И в следующем году был издан Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1095 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.52 Остеопатия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» [5]. Этот закон определил, что курс обучения остеопатии составляет 120 зачетных единиц и допускается только в организациях, осуществляющих образовательную деятельность. В ходе данного курса врач-остеопат должен научиться осуществлять профилактический, диагностический, лечебный, реабилитационный, психолого-педагогический, организационно-управленческий виды деятельности.

Дальнейшим шагом в установлении образовательных программ стал Приказ Минздрава России от 24.07.2015 г. № 481н «Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ медицинского образования по специальности «Остеопатия» [6]. В данном законодательном акте утвердили примерные программы повышения квалификации врачей-остеопатов со сроком освоения 72, 144 и 996 академических часа. Каждая программа состоит из следующих компонентов:

- общие положения;
- планируемые результаты обучения;
- учебный план;
- рабочие программы учебных дисциплин (модулей) «Фундаментальные дисциплины» (Основы социальной гигиены и организации медицинской помощи по профилю «Остеопатия» в Российской Федерации, Анатомия и нормальная физиология), «Специальные дисциплины» (Основы остеопатии, Методология диагностики и коррекции соматических дисфункций различных органов и тканей, Остеопатическая диагностика. Дифференциальный диагноз в остеопатии), «Смежные дисциплины» (Лучевая диагностика, Ортопедия

и травматология, Неврология, Терапия, Расширенная сердечно-легочная реанимация);

- организационно-педагогические условия реализации Программы;
- реализация Программы в форме стажировки.

Далее был принят Приказ Минздрава России от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» [7]. Согласно данному документу, остеопат должен иметь высшее медицинское образование, что подтверждает самостоятельность данной учебной дисциплины.

В соответствии с Приказом Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» врачом-остеопатом может стать лицо, получившее высшее образование по специальности «Лечебное дело» и «Педиатрия» и подготовку в интернатуре / ординатуре по одной из специальностей: «Акушерство и гинекология», «Аллергология-иммунология», «Анестезиология-реаниматология», «Гериатрия», «Гастроэнтерология», «Гематология», «Дерматовенерология», «Детская кардиология», «Детская онкология», «Детская урология-андрология», «Детская хирургия», «Детская эндокринология», «Диетология», «Инфекционные болезни», «Кардиология», «Лечебная физкультура и спортивная медицина», «Мануальная терапия», «Неврология», «Нейрохирургия», «Неонатология», «Нефрология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Онкология», «Оториноларингология», «Офтальмология», «Педиатрия», «Пластическая хирургия», «Профпатология», «Психиатрия», «Психиатрия-наркология», «Психотерапия», «Пульмонология», «Ревматология», «Рефлексотерапия», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Скорая медицинская помощь», «Терапия», «Торакальная хирургия», «Травматология и ортопедия», «Трансфузиология», «Урология», «Фтизиатрия», «Хирургия», «Челюстно-лицевая хирургия», «Эндокринология», «Эндоскопия»[8]. Столь широкий список специальностей говорит о том, что остеопатия, хотя и выделилась в отдельную специальность,

все же остается дополнительным методом лечения, которым могут пользоваться врачи при условии обучения в ординатуре по данной специальности.

Согласно п.1 ст.69 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1] с 1 января 2016 г. право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

Аккредитация специалиста – процедура определения соответствия лица, получившего медицинское, фармацевтическое или иное образование, требованиям к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности либо фармацевтической деятельности. Аккредитация специалиста проводится аккредитационной комиссией по окончании освоения им профессиональных образовательных программ медицинского образования или фармацевтического образования не реже одного раза в пять лет.

До 1 января 2016 года право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста. Сертификаты специалиста, выданные медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2016 года, действуют до истечения указанного в них срока.

Приказ Минздрава России от 25.02.2016 № 127н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов» гласит, что с 1 января 2018 года аккредитации подлежат лица, получившие после 1 января 2018 года высшее образование по основным образовательным программам в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» [9]. Это

означает, что поступающие в ординатуру с 2016 года после окончания обучения будут проходить аккредитацию для получения свидетельства.

Порядок организации и проведения аккредитации изложен в Приказе Министерства здравоохранения от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» [10]. Согласно Положению будут созданы единые стандарты оценки профессиональных знаний для проведения аккредитации специалистов. Также, в рамках концепции развития непрерывного медицинского образования предлагается система накопления образовательных кредитов, в ходе которой врач-остеопат должен набрать за 5 лет 250 кредитов (1 кредит равен 1 учебному часу). Содержание образовательных программ подготавливается профильными ассоциациями.

Рассмотрев все этапы становления остеопатии, как врачебной специальности в Российской Федерации, можно сделать ряд выводов.

Остеопатия – самостоятельная медицинская специальность, программы обучения которой развиваются в настоящее время в Российской Федерации. Для получения специальности врач-остеопат необходимо:

- получить высшее профессиональное медицинское образование по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия»;
- пройти обучение в ординатуре по одной из специальностей, согласно Приказу МЗ РФ от 08.10.2015 № 707н;
- пройти обучение в ординатуре по специальности 31.08.52 «Остеопатия»;
- проходить аккредитацию каждые 5 лет для получения свидетельства.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016) // Российская газета 23.11.2011 Федеральный выпуск №5639 (263)
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 20 декабря 2012 г. № 1183н Москва «Об утверждении

- Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» // Российская газета 27.03.2013 Федеральный выпуск №6041 (65)
3. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 12 сентября 2013 г. № 1061 Москва «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» // Российская газета 01.11.2013 Федеральный выпуск №6223 (247)
 4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 ноября 2013 № 794н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» // СПС КонсультантПлюс
 5. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1095 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.52 Остеопатия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» // Российская газета 02.02.2015 Федеральный выпуск №6590 (19)
 6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 июля 2015 г. № 481н «Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ медицинского образования по специальности «Остеопатия» // СПС КонсультантПлюс
 7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» // СПС КонсультантПлюс
 8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» // СПС КонсультантПлюс
 9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25.02.2016 № 127н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов» // СПС КонсультантПлюс
 10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» // СПС КонсультантПлюс

11. *Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine: benchmarks for training in osteopathy.* // World Health Organization, 2010
12. Скоромец А.А., Егорова И.А., Карпеев А.А., Кравченко Т.И., Мохов Д.Е. «Остеопатия. Методические рекомендации Минздрава РФ № 2003 / 74 от 27.10.03 г.»

Об авторе:

Евдокимов Константин Михайлович – студент IV курса факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВПО Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, 119192, Москва, Ломоносовский проспект, д.27, корп.11, комн. А318, e-mail: k.m.evdokimov@gmail.com

Konstantin Evdokimov – student, Faculty of Basic Medicine, Lomonosov Moscow State University, Moscow

Научный руководитель – Журилов Николай Владимирович, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 123373, Москва, Яна Райниса бульвар, д. 24, корп. 1, кв. 6, e-mail: nikolayzhurilov@bk.ru

Scientific adviser – Nikolay Zhurilov, senior lecturer, associate professor, Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Забирова А.Х.

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Статья посвящена проблеме правового регулирования вспомогательных репродуктивных технологий, связанной с определением показаний к их использованию. В статье обосновывается необходимость закрепления в нормативно-правовых актах социальных показаний к применению вспомогательных репродуктивных технологий, а также обсуждаются спорные моменты, которые могут возникнуть в связи с введением новых показаний.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии; социальные показания; репродуктивные права человека.

Zabirova A.H.

LEGAL PROBLEMS OF DETERMINATION OF INDICATIONS FOR THE USE OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

The article deals with the acute problem of legal regulation of assisted reproductive technologies, which is connected with changes in determination of the indication for their use. Several examples confirming the necessity of the legislative consolidation of social indications for the use of these technologies are reviewed. The article also discusses some controversial issues which may appear after the introduction of new regulations.

Keywords: assisted reproductive technology; social indications; reproductive rights.

Современные темпы развития репродуктивных технологий поистине поражают воображение: то, что казалось невозможным еще вчера, сегодня становится повседневной практикой. Тысячи людей, потерявших надежду на материнство и отцовство, вновь обретают ее благодаря достижениям науки.

С другой стороны, изобретение новых репродуктивных технологий приводит как к возникновению новых морально-этических проблем, так и к необходимости принятия правовых норм в целях регулирования вновь сложившихся взаимоотношений. Скорость изменения законодательства всегда несколько отстает от темпов развития науки, однако в данной области эта разница особенно заметна. Справедливо отметить, что данная проблема актуальна не только для России, но и для большинства других государств.

Большинство исследователей в данной области сходятся во мнении, что российское законодательство в области вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) относится к наиболее прогрессивным. Действительно, основные нормативно-правовые акты, регулирующие взаимоотношения в данной сфере, прежде всего, ст. 55 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и Приказ Министерства здравоохранения России от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» были приняты относительно недавно, а потому отражают главные тенденции в развитии репродуктивной медицины и её наиболее широко применяемых методик.

Безусловно, при принятии данных нормативно-правовых актов учитывались многие важные юридические проблемы, связанные с применением ВРТ. Однако, несмотря на очевидные положительные тенденции, некоторые правовые проблемы в данной области остаются нерешенными.

В частности, одной из наиболее значимых и обсуждаемых проблем современного законодательства в данной сфере, является отсутствие социальных показаний как достаточного условия для возможности использования ВРТ.

Для наиболее тщательного рассмотрения обсуждаемого вопроса обратимся сначала к существующему законодательству и проанализируем положения, закрепляющие показания к применению ВРТ. Согласно определению, данные технологии являются методом лечения бесплодия [3].

Правом на их использование наделяются мужчина и женщина, состоящие или не состоящие в браке, а также одинокие женщины [3]. Таким образом, использование ВРТ возможно лишь по медицинским показаниям. Но в современном мире отнюдь не редки ситуации, когда женщины, не страдающие заболеваниями репродуктивной системы, в силу определенных обстоятельств не смогли создать семью и не встретили мужчину, которого хотели бы видеть отцом своего будущего ребенка [7]. Применение вспомогательных репродуктивных технологий могло бы помочь им испытать счастье материнства. Заметим, что согласно существу-

ющему законодательству отсутствие полового партнера является одним из показаний к использованию искусственной инсеминации (ИИ) спермой донора, которая также относится к методикам ВРТ [4]. Безусловно, женщина, не страдающая бесплодием, может зачать ребенка и естественным путем, однако использование репродуктивного материала анонимного донора [4] позволяет избежать возможных конфликтов по поводу оспаривания отцовства уже после рождения ребенка и множества не предвиденных матерью сложностей. С медицинской точки зрения искусственная инсеминация также имеет преимущества, поскольку донорами могут стать только лица, прошедшие медико-генетическое обследование, физически и психически здоровые [3], а значит, выше шанс рождения здорового ребенка.

При рассмотрении ситуации, изложенной выше, необходимость закрепления немедицинских показаний для использования ВРТ кажется очевидной. Однако правовое регулирование в области ВРТ тесно связано с необходимостью решения ряда этических и социальных проблем. Возможные показания к применению ВРТ напрямую зависят от того, для каких целей законодательно разрешено их использование. Чтобы определить эти цели, необходимо обратиться к вариантам определения самого понятия ВРТ. Так, К. А. Кириченко предлагает выделить два подхода к пониманию правовой сущности ВРТ: «медиализированный» и «фамилизированный» [5]. Как следует из названия, «медиализированный» подход предполагает определение ВРТ исключительно как метода лечения бесплодия. В таком случае отсутствие социальных показаний в законодательной базе не нарушает закрепленных в статье 41 Конституции РФ прав человека на оказание медицинской помощи и охрану здоровья, поскольку женщины, не страдающие заболеваниями репродуктивной сферы, не нуждаются и в их лечении.

«Фамилизированный» подход предполагает более широкое понимание сущности ВРТ [5]. В соответствии с его концепцией, ВРТ относят, в первую очередь, к способам реализации репродуктивных прав человека. Медицинская составляющая отходит на второй план, а в контексте реализации репродуктивных прав социальные показания к использованию ВРТ становятся необ-

ходимым и даже неотъемлемым компонентом законодательной базы, поскольку иначе нарушается принцип равенства. В настоящее время данный подход в полной мере реализуется в немногих странах, в частности, примером может быть законодательство Австралии [5, 6].

Оба подхода имеют свои преимущества и недостатки. «Медиализированный» направлен прежде всего на сохранение традиционного института семьи и трактует ВРТ в качестве эквивалента естественного зачатия. «Фамилизированный» подразумевает более широкое использование данных технологий. Этот аспект часто подвергается критике, поскольку вызывает в обществе опасения, что данный подход открывает возможность использования ВРТ однополыми парами. Однако необходимо отметить, что такое применение ВРТ официально будет разрешено лишь в случае появления соответствующей нормы, закрепляющей социальные показания к использованию ВРТ, что пока представляется маловероятным. Конечно, возможен вариант злоупотребления социальными показаниями: например, одинокая женщина, состоящая в отношениях с другой женщиной, может скрыть данный факт и воспользоваться ВРТ для рождения своего ребенка. Но такой вариант может иметь место и в действующем правовом поле, лишь с одним ограничением: злоупотребление возможно только со стороны пар, в которых одна из женщин страдает бесплодием. Осуществление контроля в обоих случаях представляет большие трудности. Возможным решением проблемы может быть проводимая перед применением ВРТ обязательная консультация с психологом соответствующей квалификации, имеющим необходимую правовую подготовку.

Нужно отметить, что подход к пониманию ВРТ, реализуемый в современном российском законодательстве, не является «медиализированным» в чистом виде, несмотря на сложившееся определение ВРТ исключительно как метода лечения бесплодия. Это подтверждается сразу несколькими фактами: например, законодательное разрешение на использование ВРТ мужчиной и женщиной, не состоящими в браке [3]. Поскольку данный союз не зарегистрирован официально, он не является семьей в традиционном понимании. Еще более убедительным аргументом в

пользу смешанного подхода выглядит разрешение на использование ВРТ одинокими женщинами [3].

Аргументом против введения социальных показаний для применения ВРТ может быть тот факт, что в случае рождения ребенка у одинокой женщины он будет изначально воспитываться в неполной семье (в отличие от рождения его у пары, не состоящей в официальном браке). Однако если утверждать, что при этом нарушаются права ребенка, то нужно выступить и против разрешения на применение ВРТ одинокими женщинами, страдающими бесплодием, поскольку и в их случае ребенок родится и, возможно, будет воспитываться без отца. Если же рассматривать проблему шире, то неполные семьи сегодня, к сожалению, достаточно многочисленны, хотя причины их появления в подавляющем большинстве случаев совсем не связаны с развитием репродуктивных технологий. Более того, рождение ребенка одинокой женщиной вовсе не означает, что она не создаст семью на протяжении всей жизни, следовательно, у ребенка сохраняются шансы на воспитание в полной семье. Желание родить собственного ребенка путем применения ВРТ чаще всего возникает в связи с осознанием женщиной того, что с возрастом способность к деторождению постепенно угасает, возрастают риски осложнений беременности и родов, а также вероятность патологии плода.

Несомненно, в случае разрешения на применение ВРТ одиноким женщинам по социальным показаниям, необходимо объяснить им всю серьезность данного шага, а также оценить степень их психологической готовности стать матерью. Возможным вариантом решения данной проблемы может стать упомянутая выше обязательная консультация психолога, прошедшего необходимую правовую подготовку. Кроме того, для здоровых женщин, желающих воспользоваться ВРТ, можно установить обязательный срок после первого обращения в Центр репродуктивных технологий, необходимый для того, чтобы повторно взвесить все «за» и «против», подтвердить осознанность и серьезность своих намерений (по аналогии со сроками, предусмотренными для обдумывания решения о прерывании беременности) [3].

Таким образом, определение социальных показаний для использования ВРТ подразумевает под собой также фундаментальное

изменение отношения к данным технологиям. Необходим пересмотр определения вспомогательных репродуктивных технологий, исключение из него таких словосочетаний как «метод лечения». Например, можно охарактеризовать ВРТ как «альтернативные методы зачатия ребенка, применяемые с целью лечения бесплодия или по иным показаниям». Свитнев К. Н. предлагает определить их как «методы искусственного содействия деторождению» [8].

Определение социальных показаний для использования ВРТ вовсе не означает всеобщего разрешения на применение любых их видов. Существующее законодательство допускает применение ВРТ лишь после медицинского обследования длительностью 3-6 месяцев [4], а выбор используемого метода зависит от диагноза. Данное ограничение является вполне обоснованным как с медицинской, так и с юридической точек зрения и позволяет избежать применения достаточно сложных методик ВРТ в случаях, когда отсутствуют медицинские показания к их применению.

Как уже упоминалось ранее, четкое определение перечня социальных показаний поможет избежать злоупотреблений правом на использование ВРТ. Основным социальным показанием может стать отсутствие полового партнера у женщины детородного возраста, желающей родить собственного ребенка. Но существуют и другие варианты немедицинских показаний, например, желание родить ребенка с использованием криоконсервированного материала погибшего человека. Сегодня запрет на посмертное использование репродуктивного материала не закреплен законодательно, поскольку не оговорены сроки хранения криоконсервированного репродуктивного материала. Однако данный вариант применения ВРТ сопряжен как с проблемами правового характера, в частности, с пробелами в семейном законодательстве, связанными с установлением отцовства [2], так и с проблемами этического характера. Перед включением подобного пункта в перечень социальных показаний необходимо открытое общественное обсуждение, чтобы взвесить все аргументы за и против рождения детей после смерти родителей. Кроме того, представляется целесообразным введение в форму согласия на криоконсервацию половых клеток пункта о разрешении на их использование после смерти, а также определение круга лиц, которым оно

разрешено, поскольку в противном случае ребенок может стать средством манипуляции для получения наследства.

Обсуждая социальные показания к применению ВРТ, мы намеренно касались только ситуаций, возникающих в отношении одиноких женщин. Согласно существующему законодательству, одинокие мужчины совсем лишены права на использование ВРТ, хотя, несомненно, это противоречит п. 3 ст. 19 Конституции РФ, закрепившему равные права и свободы мужчины и женщины [1]. Очевидно, что полного равенства обоих полов в отношении репродуктивных прав добиться невозможно [7], но современная медицина постепенно сглаживает эту разницу: сегодня появление ребенка у одинокого мужчины вполне осуществимо, и некоторые знаменитости – живой тому пример. Несмотря на то, что нас интересует проблема определения немедицинских показаний к применению ВРТ, нельзя не отметить, что существующее ограничение на использование ВРТ одиноким мужчиной по медицинским показаниям (то есть при наличии заболеваний, приводящих к бесплодию, которое нельзя излечить другим путем) является нарушением реализации права на медицинскую помощь, закрепленного в п. 1 ст. 41 Конституции РФ.

Безусловно, при отсутствии разрешения на использование ВРТ одинокими мужчинами даже по медицинским показаниям, несколько преждевременно обсуждать проблемы определения социальных показаний для использования ими ВРТ. Однако чтобы убедиться, что данная проблема тоже является актуальной, рассмотрим ситуацию, описанную в статье Ю. В. Павловой [7]: одинокий мужчина принимает решение «родить ребенка» после смерти супруги, ооциты которой подверглись прижизненной криоконсервации. С точки зрения медицинских технологий такой способ стать отцом возможен, учитывая то, что в Российской Федерации законодательно разрешена и достаточно четко регламентирована программа суррогатного материнства. Очевидно, если разрешение на посмертное использование криоконсервированных половых клеток станет одним из законодательно закрепленных социальных показаний к применению ВРТ, то оно должно быть установлено для обоих полов, иначе снова нарушится принцип равенства.

Проблема включения в социальные показания для использования ВРТ желание одинокого мужчины иметь ребенка является, наверное, наиболее сложной с этической и юридической стороны. Как и в случае с одинокими женщинами существует вероятность, что данным правом могут воспользоваться однополые пары. Кроме того, к данному разрешению не готово семейное законодательство, поскольку установление материнства производится по факту рождения, а запись родителей в случае использования программы суррогатного материнства регламентирована только в отношении лиц, состоящих в браке [2]. Таким образом, мы снова убеждаемся, что в связи с развитием ВРТ семейное законодательство должно быть существенно изменено. Правоотношения в сфере репродуктивных прав человека находятся только в начальной стадии регулирования, поэтому стоит надеяться, что вскоре будет найдено оптимальное решение.

Исходя из приведенных выше примеров, можно утверждать, что сегодня действительно существует необходимость определения социальных показаний к использованию ВРТ. Сначала их утверждение может быть воспринято в обществе как вызов традиционным ценностям, утрата последнего стимула к созданию полноценной семьи со стороны обоих полов. С другой стороны, в соответствии с концепцией репродуктивных прав человека, государственное ограничение неприемлемо в случае естественного зачатия и рождения ребенка, почему же тогда считается допустимым ограничение использования ВРТ? Чаще всего желание воспользоваться данными технологиями с целью зачатия и рождения собственного ребенка – осознанный шаг человека, связанный с потребностью в продолжении рода, самореализации в материнстве или отцовстве. Социальными показаниями могут быть как собственно желание одинокого человека иметь своего ребенка при отсутствии медицинских противопоказаний, так и смерть супруга или партнера в случае прижизненной криоконсервации его половых клеток и полученного разрешения на их использование. Законодательное утверждение перечня социальных показаний к использованию ВРТ могло бы помочь не только отдельным гражданам, но и государству в целом, поскольку является одним из способов улучшения демографической ситуации, ведь конечный результат использования ВРТ – рождение желанных родителями детей.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. 04.08.2014 г. № 31.- Ст. 4398.
2. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 30.12.2015) // Собрание законодательства РФ. 01.01.1996. № 1. ст. 16.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 48. Ст. 6724.
4. Приказ Минздрава России от 30.08.2012 № 107н (ред. от 11.06.2015) «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» // Российская газета (специальный выпуск). 11.04.2013. № 78 / 1.
5. Кириченко, К. А. О двух подходах к пониманию правовой сущности вспомогательных репродуктивных технологий // Медицинское право. -2011. № 3. С. 35-40.
6. Кириченко, К. А. Модели правового регулирования отношений, складывающихся при применении методов вспомогательной репродукции: сравнительно-правовой анализ // Российский юридический журнал. 2011. № 4. С. 69-80.
7. Павлова Ю.В. Современный правовой режим реализации репродуктивного права человека на применение вспомогательных репродуктивных технологий // Медицинское право. 2013.- № 6 (52). С. 27-32.
8. Свитнев К. Н. Вспомогательные репродуктивные технологии: правовые коллизии // Правовые вопросы в здравоохранении. 2011. № 5. С. 52-59.

Об авторе:

Забирова Альфия Ходжаевна – студентка IV курса 405 группы факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова», Москва, e-mail: alfijasabirowa@gmail.com

Zabirova Alfia Hodzhaevna – fourth-year student at Lomonosov Moscow State University, Faculty of Medicine, Moscow

Научный руководитель – Павлова Юлия Владимировна, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Пер-

вый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кандидат юридических наук, доцент, 129081, г. Москва, Ясный проезд, д. 4, к.1, кв.52, e-mail: 08101967@list.ru

Scientific adviser – Pavlova Julia Vladimirovna, – associate professor of Medical Law Department, First Sechenov Moscow State Medical University, PhD, Moscow

© Забирова А.Х., 2016

Зимакова Е.И.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРЕДОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Вопросы правового обеспечения оказания психиатрической помощи в Российской Федерации и в международной практике урегулированы достаточно полно и эффективно. Однако, взрывное развитие инфокоммуникационных технологий влечет угрозы существующему порядку оказания психиатрической помощи и даже само понятие персональных данных пациента. Публично-правовое регулирование данных вопросов по объективным причинам не успевает за научно-техническим прогрессом, поэтому на первый план выходят вопросы совершенствования правоприменительной практики, регулирование локальными нормативными актами уполномоченных организаций, самоменеджмента персональных данных самими пациентами, а также этическое регулирование соответствующих общественных процессов.

Ключевые слова: психиатрическая помощь, персональные данные, врачебная тайна, инфокоммуникационные технологии.

Zimakova E.I.

THE QUESTIONS OF THE USAGE OF ADVANCED TECHNOLOGIES FOR PSYCHIATRIC PATIENTS

The questions of legal maintenance of mental health care in the Russian Federation and in international practice are regulated adequately and effectively. However, the explosive development of information and communication technologies involve the threat to the existing order provision of psychiatric care, and even the very notion of the personal data of the patient. The public law regulation of these issues does not keep up with scientific and technological progress for the objective reasons, so to the fore issues the questions of improving the law enforcement, the regulation of local normative acts of the authorized organizations, self-management of personal data by the patients themselves are coming, as well as the ethical regulation of relevant social processes.

Keywords: mental health care, personal data, medical confidentiality, information and communication technology.

Персональные данные представляют собой любую информацию, относящуюся прямо или косвенно к определенному или определяемому физическому лицу (объекту персональных данных) (п.1. ст.3 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О

персональных данных»). К информации о частной жизни лица относятся и сведения, составляющие врачебную тайну, это закреплено в федеральном законе (п.7 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Сохранность врачебной тайны гарантируется государством и обеспечивается законодательно путем закрепления определенных запретов и юридической ответственности за ее разглашение. Медицинская организация обязана обеспечивать право пациента на защиту персональных данных в целях защиты его права на неприкосновенность частной жизни, личной и семейной тайны, установленного в ст. 22 – 24 Конституции Российской Федерации.

К сведениям, составляющим врачебную тайну, относятся:

- сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении (ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»);
- сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в медицинской организации, оказывающей такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья (Закон РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»);
- результаты медицинского обследования вступающих в брак лиц (ст. 15 Федерального закона от 29.12.1995 г. № 223-ФЗ «Семейный кодекс РФ»).

Необходимо особо отметить, что сведения, составляющие врачебную тайну, содержатся не только в медицинских документах. К сведениям, составляющим врачебную тайну, относят и такие определенные факты, как нахождение пациента на излечении в конкретном медицинском учреждении, либо обращение пациента в медицинское учреждение.

Взрывное развитие информационных технологий, таких как сотовая телефонная связь, социальные сети, интернет ве-

щей, персональные медицинские гаджеты, личные программные роботы (боты) и тому подобные сервисы повлекли новые вызовы и угрозы соблюдения врачебной тайны, прав человека на неприкосновенность личной жизни, защиты персональных данных.

Особым случаем, демонстрирующим уязвимость врачебной тайны перед новыми информационными технологиями, стал удивительный, выходящий из общего ряда нарушений частной жизни, случай в Италии, где крупнейшая в мире социальная сеть рекомендовала абсолютно незнакомым между собой пациентам психиатра публично подружиться между собой в социальной сети.

Психиатр, женщина средних лет, пользовалась приложением социальной сети очень редко, главным образом, чтобы ответить на запрос об участии в различных мероприятиях. Но летом 2014 года она заметила, что социальная сеть начала ей рекомендовать в качестве новых друзей... её собственных пациентов. Ее пациенты, в основном, престарелые люди с различными проблемами здоровья, но было одно исключение – молодой человек 30 с лишним лет. Именно он со смехом рассказал своему доктору весёлую историю о том, каких друзей ему рекомендует его социальная сеть. Часто это незнакомые люди, любители активного отдыха схожего с ним возраста, которые катаются на сноуборде или прыгают с парашютом. Но в последнее время парень стал всё чаще получать советы подружиться с какими-то пожилыми людьми – 70-летний мужчина с ролятором (тележка на колёсиках для облегчения ходьбы) и ещё один пожилой мужчина, страдающий церебральным параличом. Молодой человек в шутку предположил: «Может быть, это Ваши пациенты?». Врачу оставалось только смотреть на экран телефона, потому что она действительно узнала в этих людях своих пациентов, но не имела права признать это, чтобы не нарушить врачебной тайны.

Доктор не добавляла в друзья никого из своих пациентов. Связь с ними по телефону осуществлялась редко, только по необходимости. У неё в офисе не работает гостевой WiFi, так что пациенты не могли тут отметить. Она не передавала в социальную сеть свои адресные или телефонные книги и тем более не импортировала контакты из ящика электронной почты.

Налицо явное нарушение врачебной тайны со стороны социальной сети. Среди её пациентов – люди, живущие с психиатрическими диагнозами, с ВИЧ, предпринимавшие попытки самоубийства, страдающие от насилия в семье и т.п. Недопустимо не только предлагать им познакомиться друг с другом, но и тем более подружиться публично. Недопустимо даже допускать возможность их знакомства без личного общения. Например, одна из её пациенток получила рекомендации в друзья человека, которого она видела на лестнице возле кабинета доктора. И социальная сеть услужливо подсказала его имя вместе со всей остальной информацией из профиля.

Социальная сеть, ссылаясь на защиту своих коммерческих секретов, не дал разъяснений в подобных случаях, ограничившись общими словами, что компания «может показывать людей, которых вы МОЖЕТЕ знать, на предположениях и основаниях об общих знакомых, информации о месте работы и образовании, социальных сообществах, импортированных контактах и многих других факторах».

«Много других факторов» – это очень широкая формулировка. Учитывая огромный массив персональных данных, которые собирает программы о своих пользователях, можно предположить разное. Остаётся только размышлять, как работает эта функция, которую невозможно отключить в настройках. Социальная сеть может сравнивать даже список любимых сайтов, поскольку регистрирует имена посетителей всех сайтов, на которых установлены кнопки Like и Share. Социальная сеть официально признает, что использует как минимум 98 параметров социального профилирования и идентификации своих пользователей в интересах своих рекламодателей.

Однако, независимые эксперты назвали 2 новые технологии, которые применяют интернет-гиганты, бесконтрольное применение которых в итоге и привело в данном случае к нарушению врачебной тайны. Это:

- геолокация, на основе которой программа может предлагать пользователю формализовать контакты на основе данных по общим местам нахождения с другими людьми увидев, что определённые пользователи часто появляются в одном и том же месте – значит, могут стать друзьями.

- социальные графы, составленному на базе телефонных номеров из списка контактов в телефоне.

Многие люди не понимают, что социальные сети и множество других программ имеют доступ к их контактам, если в телефоне установлено соответствующее мобильное приложение. Таким образом, если в вашем списке контактов есть люди, не знакомые друг с другом, то программа может, теоретически, предложить им познакомиться.

Продemonстрированная проблема в данном случае не является единичным эпизодом. К сожалению, в средствах массовой информации и правоохранительных органах зарегистрированы и другие случаи, причем не просто случайного нарушения врачебной тайны, а ее целенаправленного нарушения в криминальных целях.

Смежной проблемой в рассматриваемой теме является также деятельность отраслевых информационных систем, например, ЕМИАС – единая медицинская информационно-аналитическая система. ЕМИАС продекларировано, что к ее сервисам подключены практически все государственные амбулаторно-поликлинические учреждения Москвы, а пациенты могут дистанционно решать собственные задачи, от записи на прием к врачу до оформления ряда документов, например, в области лекарственного обеспечения и больничных листов.

Однако, в организации деятельности этой информационной системы по оказанию психиатрической помощи населению есть существенные недоработки, в результате которых целая категория пациентов с неврологическими и психиатрическими заболеваниями оказалась наименее защищенной. Например, в системе ЕМИАС:

1. установлена возможность обращения пациента к профильным врачам только после посещения т.н. «врачей 1-го звена», среди которых для взрослых установлено 12 специальностей, из которых 4 специальности стоматологические, но нет ни одной специальности по неврологии и психиатрии.

2. указаны 23 учреждения психиатрического профиля, и только в 12 из них гипотетически предусмотрена возможность записи к специалистам, но она не реализована. В системе нет ни одного федерального учреждения психиатрической специализа-

ции, действующего на территории Москвы и оказывающего медицинскую помощь за счет средств ОМС.

Системы, подобные ЕМИАС, приносят большую пользу как системе здравоохранения в целом, так и конкретному пациенту при получении необходимой медицинской помощи. Однако, суперцентрализация всех информационных данных в одном программном ресурсе в одном месте не только вызывает очень серьезные риски с точки зрения безопасности, но и накладывает очень высокие требования по нормативно-правовому регулированию всех процессов ее деятельности.

К сожалению, разработчики информационной системы допустили существенное нарушение законодательства Российской Федерации, допустив дискриминацию в доступе к ее сервисам при осуществлении ряда жизненно важных прав гражданами, признанными недееспособными в силу ст.29 Гражданского кодекса Российской Федерации или с ограниченной дееспособностью согласно ст.30 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Согласно действующему законодательству Российской Федерации, совершеннолетний гражданин может быть признан недееспособным только судом в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. И оценку всем фактам, связанным с дееспособностью гражданина, в конечном итоге дает именно суд.

Информационная система допускает пользование только от первого лица, то есть самим пациентом. Самостоятельно воспользоваться сервисами такой пациент в большинстве не может, а альтернативы ему нет. Поэтому родственники или опекуны психиатрического больного или недееспособного гражданина с целью защиты его жизни и здоровья вынуждены идти на фактический подлог, действуя в информационной системе от его имени без указания своего юридического статуса.

Назревшие проблемы требуют правового регулирования, которое должно охватывать систему мер нормативного, этического, экономического и технологического характера. Среди различных мер можно выделить следующие:

1. Медицинским учреждениям необходимо ужесточить политику общего пользования инфокоммуникационными технологиями. Целесообразно рекомендовать пациентам, в целях защиты своих персональных данных, не авторизоваться в социальных

сетях или других социальных СМИ во время нахождения в медицинском учреждении.

2. Пациентам – пересмотреть личную практику управления своими персональными данными, по возможности исключив или ограничив передачу своих данных в социальные медиа и общие инфо-коммуникационные сервисы при оказании им медицинской помощи.

3. Технологическим компаниям – внести изменения в программные средства и социальные сервисы, предоставляющими пользователям самостоятельно осуществлять защиту своих персональных данных и врачебной тайны, например, в виде принудительного выключения самим пользователем определенных услуг.

4. Информационно-программным сервисам необходимо обеспечить выполнение своих услуг и гармонизировать выполнение прав и обязанностей всех заинтересованных сторон исходя из примата прав и законных интересов пациента и любого заинтересованного их деятельностью гражданина.

5. В масштабах государства на законодательном уровне необходимо четко разграничить сбор персональных данных и их дальнейший анализ в интересах национальной и общественной безопасности от приложений потенциальной коммерческой и личной выгоды. Также следует обязать все организации, осуществляющие сбор персональных данных в коммерческих целях, внести соответствующие изменения в технологию оказания услуг и условия пользовательских соглашений.

6. В правоприменительной практике необходимо расширить понимание и трактовку правоохранительными органами и судами понятия врачебной тайны прежде всего с технологической точки зрения и соображений кибербезопасности.

7. В экономической деятельности разработать эффективный механизм страхования ответственности медицинских и других организаций от нарушения права пациента на врачебную тайну и защиту персональных данных.

8. В общественные процессы необходимо ввести понятия этического обращения с персональными данными пациентов и неукоснительного соблюдения врачебной тайны пациента, подвергая общественной обструкции лица, которые допустили ее разглашение.

Очевидно, что формулирование каждого из указанных мероприятий является первоначальной попыткой нахождения наиболее эффективных мер, способных защитить права пациентов в новых условиях технического прогресса. На мой взгляд целесообразно, чтобы данную работу на государственном уровне возглавило Министерство здравоохранения Российской Федерации с Уполномоченным по правам человека Российской Федерации и Министерством связи и массовых коммуникаций Российской Федерации.

Список литературы:

1. «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ).
2. «Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)» от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 03.07.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 02.10.2016).
3. «Семейный кодекс Российской Федерации» от 29.12.1995 г. № 223-ФЗ (ред. от 30.12.2015 г.).
4. Федеральный конституционный закон от 17.12.1997 № 2-ФКЗ (ред. от 03.07.2016) «О Правительстве Российской Федерации».
5. Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «О персональных данных» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2015).
6. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016).
7. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
8. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 03.07.2016) «О защите прав потребителей».
9. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
10. Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ (ред. от 08.03.2015) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».
11. Федеральный закон от 23.07.2013 № 191-ФЗ «О передаче и принятии Российской Федерацией лиц, страдающих психическими расстройствами, в отношении которых имеется решение суда о применении принудительных мер медицинского характера».

12. «Конвенция о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения» (Заключена в г. Москве 28.03.1997).
13. Постановление Правительства РФ от 23.09.2002 № 695 (ред. от 25.03.2013) «О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности».
14. Постановление Правительства РФ от 25.05.1994 № 522 (ред. от 24.11.2014) «О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами» (вместе с «Положением о лечебно-производственных государственных предприятиях для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами»).
15. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.07.2012 № 24895).
16. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 30.07.2013 № 753 (ред. от 15.03.2016) «Об организации психиатрической неотложной помощи в городе Москве» (вместе с «Положением о психиатрическом отделении неотложной помощи взрослому населению», «Положением об организации деятельности персонала психиатрического отделения неотложной помощи взрослому населению»)
17. Абрамян С.К. Нормативное регулирование прав лиц, страдающих психическими расстройствами // Общество и право. 2010. № 3. С. 55-57.
18. Абрамян С.К. Судебный механизм защиты конституционных прав граждан, страдающих психическими расстройствами // Общество и право. 2011. № 1. С. 50-52.
19. Алексеева Л.А., Антохина Н.Ю. Понятие, виды и особенности принудительных мер медицинского характера // Мировой судья. 2011. № 8. С. 18-25.
20. Березанцев А.Ю., Белоусов И.В. Правовые, организационные и клинические аспекты внебольничной психиатрической помощи больным шизофренией // Медицинское право. 2010. № 5, сентябрь-октябрь. С. 52-86.
21. Казаковцев Б.А. Защита прав пациентов психиатрических учреждений в европейских странах // Независимый психиатрический журнал. 2006. № 4, сентябрь-октябрь. С. 30-32.

22. Основы медицинского права России. Учебное пособие (под ред. Ю.Д. Сергеева, корр. РАМН, проф.). Издательство «МИА», 2007. 362 с.
23. Спасенников Б.А. О профилактике общественно опасных деяний душевнобольных // Медицинское право. 2012. № 3. С. 45-48.
24. Стефанчук Р.А. Право на психическое здоровье как личное неимущественное право физических лиц // Медицинское право. 2006. № 1, I квартал. С. 74-76.
25. Facebook recommended that this psychiatrist's patients friend each other. URL: <http://fusion.net/story/339018/facebook-psychiatrist-privacy-problems/> (дата обращения: 29.10.2016 г.)
26. Медицинский портал ЕМИАС.ИНФО URL: <https://emias.info/> (дата обращения: 29.10.2016 г.)
27. Больницы психиатрические и наркологические. Департамент здравоохранения города Москвы. URL: <http://www.mosgorzdrav.ru/ru-RU/medical/default/list/21.html> (дата обращения: 29.10.2016 г.)
28. Структура государственный психиатрической службы страны. Официальный сайт главного психиатра Министерства здравоохранения Российской Федерации. URL: <http://psyhiatr.info/index.php/struktura-psikhiatricheskoj-sluzhby-strany-gde-okazyvaetsya-pomoshch-litsam-s-psikhicheskimi-i-povedencheskimi-rasstrojstvami> (дата обращения: 29.10.2016 г.)

Об авторе:

Зимакова Екатерина Игоревна – студентка IV курса 405 группы факультета фундаментальной медицины ФГБУ ВО Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, 117449, Москва, ул. Шверника, дом 19, корпус 2, кв. 405, e-mail: dr.katyusha@mail.ru

Zimakova Ekaterina – fourth-year student at Lomonosov Moscow State University, Faculty of Medicine, group 405, Moscow

Научный руководитель – Журилов Николай Владимирович, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 123373, Москва, Яна Райниса бульвар, д. 24, корп. 1, кв. 6, e-mail: nikolayzhurilov@bk.ru

Scientific adviser – Nikolay Zhurilov, senior lecturer, associate professor, Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Кравченко А.Р., Булыгина А.В.

НАРУШЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ НА УРОВНЕ ПРИВИВОЧНОГО КАБИНЕТА И СВЯЗАННАЯ С ЭТИМ ПРОБЛЕМА ОТКАЗА РОДИТЕЛЕЙ ОТ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ

В данной статье рассматривается проблема растущего числа отказов родителей от вакцинации детей, и обсуждаются их причины и обоснованность. В частности детально описана организация работы прививочного кабинета с целью понимания того, с чем могут быть связаны нарушения на данном уровне организации иммунопрофилактики, приводящие к развитию поствакцинальных осложнений у детей.

Ключевые слова: иммунопрофилактика, отказ от вакцинации детей, прививочный кабинет.

Kravchenko Alina, Bulygina Alena

DISTURBANCE IN IMMUNOPROPHYLAXIS ORGANIZATION AT THE LEVEL OF VACCINATION ROOM AND THE REFERRING PROBLEM OF THE GROWING NUMBER OF PARENTS' REFUSALS OF THEIR CHILDREN IMMUNIZATION

This article analyzes the problem of the growing number of parents who refuse to immunize their children and discuss its causes and validity. In particular, the organization of work of the vaccination room described in detail to understand the reasons of disturbance in immunoprophylaxis organization, leading to postvaccinal complications in children.

Keywords: immunoprophylaxis, parents' refusals of children immunization, vaccination room.

На сегодняшний день иммунизация населения – приоритетное направление здравоохранения в профилактике инфекционных заболеваний. Вакцинация, безусловно, является одним из значимых и величайших достижений медицины. Благодаря иммунопрофилактике стало возможным успешно бороться со многими инфекциями, которые прежде уносили огромное количество человеческих жизней. Так, удалось достичь существенно снижения показателей заболеваемости коклюшем, краснухой, паротитом. Однако в последние годы в России отмечается рост заболеваемости этими инфекциями [9].

В настоящее время в стране существует устойчивая тенденция к росту числа отказов родителей от вакцинации детей. Не

стихают споры о том, стоит ли делать детям прививки, не вредят ли они здоровью, не нарушают ли естественный иммунитет.

Перед проведением иммунизации пациенту или его родителям или опекунам разъясняют необходимость профилактической прививки, вероятность развития и клинические признаки поствакцинальных реакций и осложнений, возможность отказа от вакцинации и его последствия [1]. Правом ребенка, как любого гражданина, является право быть вакцинированным. Но в случае несовершеннолетних в возрасте до 15 лет решение о проведении иммунизации принимают родители или законные представители, и профилактическая прививка проводится только при наличии информированного добровольного согласия [1].

На формирование мнения о необходимости вакцинации и согласие на ее проведение влияют публикации в СМИ, отношение к прививкам разных слоев общества, разнящиеся мнения медицинских работников. Один врач говорит в пользу вакцинопрофилактики, другой относится к этому скептически. И как в таком случае должны действовать родители, кого слушать, как принимать решение?

Разработаны, действуют и постоянно обновляются законы, приказы, постановления, методические указания и рекомендации и другие нормативно-правовые акты, контролирующие и обеспечивающие должное проведение иммунопрофилактики в стране. Накопленные данные убедительно свидетельствуют о том, что риск возникновения серьезных поствакцинальных осложнений на введение современных вакцин несоизмеримо ниже риска осложнений от соответствующей инфекции [8].

И все же в ряде случаев иммунобиологические лекарственные препараты (ИЛП) вызывают вакцинальные реакции или поствакцинальные осложнения. При их возникновении государство гарантирует гражданам социальную поддержку [1]. Но ни один закон не урегулирует чувства матери, осознающей, что дав согласие на вакцинацию, ребенок стал инвалидом. Ни одна мать не захочет, чтобы ее ребенок был в числе тех, у кого возникли серьезные поствакцинальные осложнения. Хотя это число и мало, хоть оно и не оправдывает отказ от вакцинации в глобальном смысле, но это обосновывает разумные сомнения родителей.

И не исключено, что ребенок, по достижении совершеннолетия будет предъявлять родителям претензии за вред, причиненный их здоровью, после вакцинации. Все эти возможные последствия рождают сомнения во время решения родителями вопроса об иммунизации.

При проведении вакцинации необходимо принимать во внимание множество факторов. Одного хорошего качества вакцины недостаточно. Важно учитывать и иммунный статус каждого ребенка, проверять наличие противопоказаний к проведению вакцинации, соблюдать все правила транспортировки и хранения вакцины. Уже непосредственно в прививочном кабинете, где проводится иммунизация, важно соблюдения огромного перечня требований к самому помещению для вакцинации, к хранению ИЛП, к подготовке и технологии проведения иммунизации. Казалось бы, откуда могут возникнуть осложнения, если все это строго соблюдать. Вот, качественная вакцина с сохраненными иммунобиологическими свойствами и безопасностью благодаря тщательно проведенному контролю, грамотной транспортировке и хранению на первых трех уровнях «холодовой цепи», попадает в ЛПУ непосредственно в прививочный кабинет, где производятся инъекции. Так с чем могут быть связаны нарушения на данном этапе?

Во-первых, оснащение прививочного кабинета должно отвечать требованиям действующих нормативно-методических документов [7] и включать:

- холодильник с маркированными полками для хранения вакцин;
- термоконтейнер или сумку-холодильник с набором хладоэлементов, количество которых должно быть не менее указанного в инструкции по применению термоконтейнера или сумки-холодильника (хладоэлементы должны постоянно находиться в морозильном отделении холодильника);
- медицинский шкаф для медикаментов и инструментов;
- медицинские столы с маркировкой по видам прививок (не менее трех);
- рабочий стол медицинской сестры для хранения документов, инструкций по применению всех медицинских иммунобиологических препаратов (МИБП);
- медицинскую кушетку;

- пеленальный столик;
- емкости для дезинфицирующих растворов и сброса использованных инструментов;
- биксы со стерильным материалом;
- стул;
- бактерицидную лампу;
- раковину для мытья рук;
- уборочный инвентарь.

Иммунизация против туберкулеза и туберкулинодиагностика должны проводиться в отдельных помещениях, а при их отсутствии – выделяется определенный день и время для их проведения. При этом манипуляции осуществляются на специально выделенном столе, отдельными инструментами, используемыми только для этих целей [7].

В местах проведения иммунизации обязательно наличие средств неотложной и противошоковой терапии, а также экстренной профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов [4].

В кабинете должна храниться папка с нормативными документами, регламентирующими иммунопрофилактику. Это в первую очередь три федеральных закона: «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [2]; «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» [1], «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [3]. В папку нормативных документов для кабинета вакцинопрофилактики обязательно включается национальный календарь профилактических прививок, определяющий последовательность введения вакцин и сроки иммунизации, санитарно-эпидемиологические правила, методические указания. В отдельные папки собраны инструкции по применению всех используемых препаратов, инструктивно-методические документы по иммунизации, а также акты списания, выдачи и получения вакцины, накладные сертификаты.

Очень важно поддержание санитарно-эпидемиологического режима в прививочном кабинете. Медицинская сестра дважды в день проводит влажную уборку и один раз в неделю – генеральную, следит за режимом проветривания и УФ-обеззараживания, влажностью и температурой кабинета [5]. Соответственно ве-

дуются журналы регистрации генеральных уборок, работы бактерицидной лампы, температуры кабинета, а также журнал учета отходов.

Еще одной важной составляющей является строгое соблюдение условий хранения в прививочном кабинете. ИБП чрезвычайно чувствительны к воздействию вредных факторов окружающей среды (свет, температура, влажность, давление). В санитарно-эпидемиологических правилах «Условия транспортирования и хранения иммунобиологических лекарственных препаратов» определены четыре уровня «холодовой цепи», детально прописаны требования к режиму транспортирования и хранения ИЛП и к применяемому при этом оборудованию [6].

Медицинская сестра должна обеспечить установленный режим хранения иммунобиологических препаратов. В прививочных кабинетах должны быть установлены двухкамерные холодильники с автономным компрессором для каждой камеры или не менее двух однокамерных холодильников. В иммунобиологические лекарственные препараты должны храниться в холодильнике при температуре в пределах от +2 до +8 °С включительно. ИЛП должны быть правильно размещены внутри холодильной камеры, при этом она не должна быть загружена более чем на 2 / 3 ее объема, иначе будет нарушена свободная циркуляция воздуха [6]. Не допускается размещение ИЛП на полках дверной панели холодильника. Растворители при восстановлении лиофильно высушенных вакцин должны иметь ту же температуру (от +2 до +8 °С), что достигается хранением их в холодильнике вместе с вакцинами. Растворители не допускающие замораживания должны быть размещены вдали от источника холода. Уже из-за одного несоблюдения хранения растворителей ИЛП может потерять свою эффективность. Например, при хранении вне холодильника, растворитель может вызвать повышение температуры вакцины при подготовке ее к применению. Это неблагоприятно скажется на ее эффективности и безопасности.

При хранении вакцин должен быть обеспечен непрерывный мониторинг температуры. С этой целью холодильник помимо встроенного термометра оснащается двумя автономными термометрами и двумя термоиндикаторами (терморегистраторами) [6].

Медицинская сестра должна дважды в сутки контролировать показания каждого термоиндикатора и регистрировать их в специальном журнале контроля температурного режима холодильника.

Необходимо соблюдать длительность хранения ИЛП, которая не должна превышать 1 месяца (для труднодоступных районов этот срок может быть увеличен до трех месяцев) [6].

На случай возникновения аварийных ситуаций и нарушения «холодовой цепи» должен иметься план экстренных мероприятий [6]. В камере холодильника должны быть установлены хладоэлементы, которые в случае отключения электроснабжения будут поддерживать температуру.

Перед иммунизацией медицинская сестра обязана:

- проверить наличие заключения врача (педиатра, терапевта) о состоянии здоровья лица, пришедшего на прививку, об отсутствии противопоказаний к введению вакцины, а также наличие информированного добровольного согласия;
- вымыть руки;
- сверить наименование препарата на ампуле (флаконе) с назначением врача;
- провести необходимые процедуры по подготовке препарата согласно инструкции по его применению;
- обеспечить правильную обработку места введения препарата;
- использовать только одноразовые шприцы и иглы;
- соблюдать дозировку препарата, метод и место его введения согласно инструкции [7].

Нельзя использовать вакцины с несоответствующими физическими свойствами (с изменением окраски, мутности, с наличием инородных частиц) с нарушением целостности ампул, с неясной или отсутствующей маркировкой на флаконе (ампуле), с истекшим сроком годности, а также вакцины, хранившиеся с нарушением температурного режима. Медицинская сестра должна проверить все это в процессе приготовления к проведению вакцинации, и, если качество вакцины или растворителя вызывает сомнение, то данный препарат не должен быть использован.

Для забора каждой дозы вакцины из открытого флакона используют стерильный шприц со стерильной иглой [7]. Нельзя допускать смешивание вакцин и растворителей из неполных откры-

тых флаконов. Для забора восстановленной вакцины из флакона используют тот же шприц и иглу, которыми будет производиться инъекция. Недопустимо оставлять иглу в крышке флакона, ведь это может привести к контаминации вакцины.

При проведении прививок маленьким детям медицинская сестра не должна тратить время, пытаясь успокоить и удержать плачущего ребенка, который не дает произвести инъекцию. Сопровождающий ребенка взрослый должен удобно его усадить, исключая неожиданные движения. В противном случае уже подготовленный к введению ИБП будет дольше находиться под влиянием факторов окружающей среды, ведь изменяется и температура, и давление, и освещенность. Пусть это происходит не столь продолжительное время, как может показаться на первый взгляд, но ввиду чувствительности ИБП к меняющимся условиям окружающей среды, это вероятнее всего скажется на свойствах препарата.

После проведения вакцинации многодозный флакон должен быть помещен в холодильник, при соблюдении необходимых условий хранения и забора доз с соблюдением правил асептики. Медицинская сестра делает запись о проведенной прививке в медицинской документации: в амбулаторной карте пациента (ф. 112 / у, ф. 025 / у), в сертификате о профилактических прививках (ф. 156 / у-93), находящемся на руках у граждан, в карте учета профилактических прививок (ф. 63), в журнале регистрации осмотров и выполненных прививок (ф. 064 / у), а также заполняет журнал регистрации профилактических прививок (по каждому виду вакцины) [7].

Немаловажным фактором является информирование привитого (или его родителей) о возможных реакциях на введенный ИБП, доврачебной помощи при них и необходимости обращения к врачу в случае появления сильной реакции. Непосредственно после введения вакцины в течение 30 мин за пациентом осуществляется медицинское наблюдение на случай возникновения поствакцинальных реакций и осложнений, и при необходимости оказывается экстренная медицинская помощь [4].

В конце рабочего дня открытые флаконы с вакциной уничтожаются. Медицинской сестрой заполняется журнал учета и расходования вакцин и других препаратов.

Несоблюдение какого-либо из этих требований может сказаться на качестве и безопасности ИЛП. Поэтому сомнения и страхи родителей за жизнь и здоровье своего ребенка вполне оправданы. И ответственность в этом случае ложится на плечи не только родителей, но и медицинских работников.

Государственная политика в области иммунопрофилактики не должна быть направлена на ужесточение последствий отказа от иммунизации. Следует потратить достаточное количество времени на обсуждение показаний и противопоказаний к вакцинации, на повышение комплаентности населения, на должную организацию проведения иммунизации, нежели принуждать к проведению вакцинации, усугубляя скептический настрой родителей.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ (ред. от 31.12.2014, с изм. от 14.12.2015) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»
2. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (с изм. и доп., вступ. в силу с 04.07.2016)
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016)
4. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 03.03.2008 № 15 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2342-08» (вместе с «СП 3.3.2342-08. Обеспечение безопасности иммунизации. Санитарно-эпидемиологические правила») (Зарегистрировано в Минюсте РФ 01.04.2008 № 11444)
5. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 58 (ред. от 10.06.2016) «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)
6. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 17.02.2016 № 19 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2.3332-16 «Условия транспортирования и хранения иммунобиологических лекарственных препаратов» (Зарегистрировано в Минюсте России 28.04.2016. № 41968)

7. «МУ 3.3.1891-04. 3.3. Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники, кабинета иммунопрофилактики и прививочных бригад. Методические указания» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004)
8. Мац А.Н. «Врачам об антипрививочном движении и его вымыслах в СМИ» // Журнал «Педиатрическая фармакология» 2009. № 6. С. 12-35
9. Данные Роспотребнадзора «Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь 2016 г.» (по данным формы №1 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях») (URL: http://rospotrebnadzor.ru/activities/statisticalmaterials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=5836) (дата обращения: 25.09.2016)

Об авторах:

Кравченко Алина Романовна – студентка IV курса Факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, 119192, Москва, Ломоносовский проспект, д. 27, корп. 11, кв. 320, e-mail: alina.kravchenko.95@mail.ru

Булыгина Алена Владимировна – процедурная медицинская сестра прививочного кабинета ГБУЗ г. Москвы, Городская поликлиника №45 ДЗМ, 125171, Москва, 1-ый Войковский проезд, д. 4, корп. 1, кв. 25, e-mail: vso12alena@yandex.ru

Научный руководитель – Журилов Николай Владимирович, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 123373, Москва, Яна Райниса бульвар, д. 24, корп. 1, кв. 6, e-mail: nikolayzhurilov@bk.ru

Scientific adviser – Nikolay Zhurilov, senior lecturer, associate professor, Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Кравченко А.Р., Булыгина А.В., 2015

Ласкова А.Н.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Статья раскрывает конфликтные моменты процедуры реализации права на информированное добровольное медицинское вмешательство.

Ключевые слова: согласие на медицинское вмешательство; добровольность; информированность.

Laskova Anna

ACTUAL PROBLEMS OF THE INFORMED CONSENT OF MEDICAL TREATMENT

This article analyzes the procedures for the implementation of the right to an informed voluntary medical consent.

Keywords: consent to medical treatment; voluntariness; awareness.

Информированное согласие – это добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство, основанное на полученной от медицинского работника в доступной для понимания форме достаточной информации о возможных вариантах медицинского вмешательства, предлагаемых методах диагностики и лечения, а также их последствиях для здоровья [6].

Право пациента на информированное добровольное согласие (далее ИДС) по поводу медицинского вмешательства является общепризнанной нормой права. Это прописано в 20 статье Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ [1], а именно: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина». Важно отметить, что ИДС на медицинское вмешательство в некоторых случаях дает не сам пациент, а один из родителей или иной законный представитель, если:

- лицо не достигло 15 лет;
- лицо признано в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

- пациент является несовершеннолетним больным наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании в целях установления состояния наркотического опьянения.

Также в законодательстве оговорены особые ситуации, когда медицинское вмешательство может проводиться без дачи ИДС:

- если врачебная помощь необходима по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека либо если его состояние не позволяет ему выразить свою волю (например, пациент находится без сознания);
- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
- при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

Порядок дачи ИДС закреплен в Приказе Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 г. № 1177н (ред. от 10.08.2015 г.) «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство...» [3], согласно которому перед подписанием формы ИДС пациентом и медицинским работником должна быть предоставлена в доступной для больного форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

В данной статье анализируются проблемы ИДС с учетом того, что пациент дееспособен, то есть самостоятельно принимает решение. Таким образом, можно выделить следующие проблемы:

- отсутствие добровольности согласия пациента при даче ИДС;
- дефицит времени медицинского работника, не позволяющий соблюдать принцип информированности;
- недоступность медицинской информации для понимания обыкновенным пациентом;

- такое состояние дееспособного пациента, при котором осознание получаемой им информации затруднено;
- восприятие пациентом ИДС как якобы попытку врача снять с себя ответственность;
- непредсказуемость отдельных видов медицинского вмешательства с последующей необходимостью радикальных действий врача, которые не мог предвидеть ни пациент, ни врач, даже при условии, что врач соблюдал принцип информированности во время дачи ИДС в полной мере;
- вопрос о необходимости нескольких форм ИДС для пациента, находящегося в стационаре, где дача ИДС происходит единожды при поступлении в лечебное учреждение.

Согласие пациента является добровольным при условии, что на решение пациента не оказывалось постороннего влияния, которое может заключаться в угрозах, психологическом давлении, навязывании врачом или иным лицом своего мнения с целью убеждения. Особенно легко поддаются такого рода манипуляциям тяжелобольные и мнительные пациенты. Следовательно, медицинскому работнику следует разговаривать с пациентом максимально беспристрастно и при этом вызывать у него доверие.

Необходимо отметить, что понятие «медицинский работник», присутствующее в Приказе Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 г. № 1177н (ред. от 10.08.2015 г.) «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство...», не раскрыто, а ведь медицинским работником является как врач, так и, например, медсестра. Но тогда возникает вопрос: разве медсестра, являющаяся медицинским работником, может осуществлять процедуру взятия ИДС, сообщать информацию о рисках, осложнениях медицинского вмешательства, не имея при этом подтвержденных знаний врачебного дела? Только врач действительно имеет представление о том, что пациенту грозит, но в реальности, как правило, ИДС оформляется средним медицинским персоналом без предоставления информации о медицинском вмешательстве. Если же рассматривать ситуацию взятия ИДС врачом, то недостаточное количество времени, отводимое врачу на отдельного пациента, не позволяет обеспечить выполнение условия информированности, другими словами, доктор,

как правило, не в состоянии успеть объяснить суть предстоящего вмешательства, последствия, риски. В лучшем случае он вынужден из того объема информации, что следовало бы сообщить больному, вычленять минимум предложений, пренебрегая описанием возможных последствий медицинской помощи, из-за чего пациент может оказаться в следующей ситуации: медицинское вмешательство, кроме пользы, привело к осложнениям, о которых больной не знал.

Таким образом, важное звено медицинской помощи часто сводится к формальности: пациенту дается форма ИДС врачом или медсестрой со словами «распишитесь здесь», что часто приходится наблюдать, например, в приемных отделениях крупных скоромощных больниц.

Негативные последствия медицинского вмешательства могут являться не только типичными осложнениями данной процедуры, не зависящими от качества медицинских услуг, но и результатом ненадлежащего оказания медицинской помощи – в таком случае разбирательство будет уже по поводу ответственности медицинского работника за причинение вреда здоровью. В этом случае общая неосведомленность пациента перед дачей ИДС будет усугублять вину врача, ведь каждый контакт между больным и лечебным учреждением это также риск несчастных случаев, врачебных ошибок – и пациент имеет право об этом знать.

Следующие немаловажные трудности неизбежно возникают перед каждым врачом: какое количество медицинской информации предоставить пациенту, насколько она должна быть подробной? Всем известно, что диалоги между медицинскими работниками изобилуют научными терминами, сленговыми выражениями, и недопонимания между врачами в этом смысле не возникает. Но как построить диалог с пациентом, не имеющим медицинского или биологического образования [5]?

С одной стороны, использование специфической терминологии можно рассматривать как нарушение права пациента на получение в доступной для него форме информации о состоянии своего здоровья, результатах обследования, диагнозе и прогнозе заболевания [2]. С другой стороны, не каждый врач может найти индивидуальный подход к пациенту и дополнительное время, чтобы построить общение с ним на более простом языке. Во время обучения будущего

врача, конечно, отводится время на анализ особенностей диалога с пациентами, но, к сожалению, этого обычно недостаточно, и основные навыки приходят с опытом. Также здесь необходимо отметить, что даже если пациент имеет медицинское образование, лечащий врач не освобождается от обязанности объяснить пациенту все, что требуется ему знать перед подписанием ИДС.

Если принять за истину, что врач сделал все возможное, чтобы предоставить информацию в доступном виде, то ее осознание больным тем не менее может быть затруднено вследствие таких факторов, как возраст пациента, тяжесть состояния, наличие энцефалопатии, амнезии или когнитивных нарушений. Также нельзя забывать, что пациент может плохо или вообще не владеть русским языком. Перечисленные факторы влияют также на трактовку пациентом результатов медицинского вмешательства, ведь изначально больной может переоценить или недооценить способности медицины [4].

Также на восприятие информации и ее критику влияет получаемая пациентом медикаментозная терапия. Например, во многих больницах согласие на общую анестезию подается на подписание в буквальном смысле «на операционном столе», то есть непосредственно перед началом операции, и, как правило, на этот момент больной находится в состоянии медикаментозной седации, что, безусловно, исключает то, что он в состоянии что-либо вдумчиво прочитать и понять. Это неправильный подход, и беседа с анестезиологом с подписанием ИДС должна осуществляться в тот момент, когда пациент еще способен так или иначе здраво воспринимать информацию. Особенно если учесть, что анестезиологический анамнез больного должен быть собран подробно и целиком, ведь в клинической практике бывают ситуации, когда медицинское вмешательство заканчивается анафилактическим шоком в ответ на введение лекарственного средства, в том числе средства для наркоза. Таким образом, процедура ИДС включает в себя право пациента на информацию о всех лекарственных препаратах, которые он получает или будет получать, во избежание угрожающих жизни состояний.

Среди пациентов распространено мнение, что суть ИДС заключается в том, что, подписывая документ, больной снимает ответственность за исход медицинского вмешательства с врача и полностью «перекладывает» ее на себя. Эта идея укоренилась в основном

из-за того, что нередко пациент страдает от «побочных эффектов» контакта с медицинским учреждением, даже будучи предупрежденным о них. Такие эмоции, как обида, гнев, страх, в совокупности с физическим и психологическим страданиями способствует закреплению в голове человека ложной мысли, что, доверяясь лечебному учреждению, он значительно рискует. К сожалению, обычно переубедить таких больных нелегко.

Некоторые виды медицинского вмешательства, например, операции, не исключают разнообразных непредсказуемых исходов:

- кровотечение;
- обнаружение ранее не выявленных опухолей, которые могут быть причиной настоящего ухудшения пациента и угрожать его здоровью;
- обнаружение нежизнеспособного органа;
- несоответствие картины, которая предстает перед хирургом во время операции, действительному диагнозу и причине оперативного вмешательства;
- диагностическая лапароскопия, которая, в случае обнаружения патологического очага, требующего срочного вмешательства, может перейти в лапароскопию лечебную.

Это оговаривается в ИДС обычно парой фраз неясного содержания, что врач (консилиум врачей) может расширить объем оперативного вмешательства при необходимости. Эту строчку в ИДС пациент может даже и не заметить, а потом просыпается после диагностической лапароскопии с, например, удаленным аппендиксом или удаленной частью кишки из-за опухолевого процесса. В таком случае, следует обязательно предупредить пациента, что исход операции может быть непредсказуем, но в случае форс-мажоров его судьба будет в руках консилиума специалистов. И только убедившись, что больной осознал эту информацию, врач может дать на подпись ИДС на оперативное вмешательство.

Представим следующую типичную ситуацию: пациент поступает по скорой медицинской помощи в приемное отделение больницы, где подписывает ИДС, которое, как правило, ему дается медицинской сестрой либо работником регистратуры (лицами, не имеющими высшего медицинского образования) без какого-либо разъяснения, что является нарушением правил. После необходимых

формальных процедур в регистратуре пациент попадает, например, к терапевту приемного отделения, который совершает все необходимые диагностические мероприятия и определяет, что пациента надо госпитализировать в кардиологическое отделение и обеспечить консультацией эндокринолога, невролога и так далее. Сразу бросаются в глаза рекомендации терапевта, заключающиеся в консультации нескольких специалистов, каждый из которых может прибегнуть не только к диалогу с пациентом, осмотру, но и к тем или иным инвазивным процедурам. Встает вопрос о необходимости даже ИДС перед приемом каждого из врачей, однако где найти столько времени для соблюдения этого правила, когда высокоспециализированные специалисты в больницах нарасхват и вынуждены консультировать большое количество пациентов?

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

- законодательно не запрещено медицинской сестре (в том числе с высшим медицинским образованием [факультет ВСО]) осуществлять взятие ИДС, так как эта специальность входит в понятие «медицинский работник», однако выполнить условие информированности, обозначенное в Приказе [3] может только врач;
- необходимо помнить о том, что принятие решения, зачастую непростого, лежит на плечах пациента, и если он сомневается или хочет отказаться от медицинского вмешательства, а врач настаивает на его проведении, то медицинский работник должен привести аргументы без «запугивания» и других психологических манипуляций, чтобы соблюдать принцип добровольности;
- одна из главнейших проблем врачей сегодня – дефицит времени – часто является причиной недостаточной информированности пациента;
- важен индивидуальный подход к больному с учетом его особенностей: возраста, сопутствующих патологий (особенно нарушения памяти, энцефалопатии);
- врач должен выбрать такую манеру общения с пациентом, которая бы позволила передать информацию о медицинском вмешательстве доступным языком;
- врач должен определить объем информации, которую надо предоставить пациенту;

- не следует допускать формирования в голове пациента идеи о том, что врачи собираются ему навредить, а ответственности никакой не понесут, так как пациент подписал ИДС; для того чтобы избежать таких заблуждений, иногда может возникнуть необходимость о разъяснении пациенту сути ИДС с обязательной ссылкой на законодательство РФ, где подчеркивается, что ИДС – неотъемлемое право пациента;
- некоторые медицинские вмешательства имеют непредсказуемое течение и, соответственно, другой исход, нежели тот, на который рассчитывал пациент; речь идет, в основном, об операциях, перед которыми надо сообщить пациенту, что в случае непредвиденных обстоятельств решение будет принимать консилиум специалистов;
- иногда может возникнуть необходимость в нескольких формах ИДС, однако это не всегда предусмотрено регламентом, а только в особых случаях (операция, общая анестезия).

Список литературы:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 22.10.2014 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 4. Ст. 20.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 22.10.2014 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 28.11.2011. № 4. Ст. 22.
3. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 г. № 1177н (ред. от 10.08.2015 г.) «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» // Собрание законодательства РФ. 2012. С. 2.
4. Нагорная И.И. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и ответственность медицинских работников. // Notabene. 2014. С. 3.
5. Пищита А.Н. Согласие на медицинское вмешательство. Медико-правовой анализ. Юридические стандарты. Практика реализации. // Центральная клиническая больница РАН. 2006. С. 7-9.

6. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебный комплекс для вузов в 3 томах. // ГЭОТАР-Медиа. 2008. С. 293.

Об авторе:

Ласкова Анна Николаевна – студентка IV курса факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО Московский Государственный Университет им. М.В. Ломоносова, 125212, Москва, Выборгская улица, д. 4, корп. 1, кв. 63, e-mail: anna.laskova.lech@inbox.ru

Laskova Anna Nikolaevna – student of Lomonosov Moscow State University School of Medicine, Moscow

Научный руководитель – Журилов Николай Владимирович, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 123373, Москва, Яна Райниса бульвар, д. 24, корп. 1, кв. 6, e-mail: nikolayzhurilov@bk.ru

Scientific adviser – Nikolay Zhurilov, senior lecturer, associate professor, Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Ласкова А.Н., 2016

Лопатина В.А.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА И ИЗВЕСТНЫЕ ЛИЧНОСТИ

Статья посвящена проблеме правового регулирования врачебной тайны, которая относится к известным личностям и раскрытия врачебной тайны после их смерти.

Ключевые слова: врачебная тайна, раскрытие врачебной тайны.

Lopatina Vera

PATIENT CONFIDENTIALITY AND FAMOUS PERSONALITIES

This article focuses on problems related to legal regulation of patient confidentiality of famous personalities and compromising of patients confidentiality after their death.

Keywords: patient confidentiality, disclosing patient confidential information.

Врачебная тайна — одно из основных понятий медицинской этики. Она представляет собой защищаемые в соответствии с законодательством сведения о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, обследовании и лечении пациента, диагнозе, сведения о личной жизни, ставшие известными в процессе оказания медицинской помощи лицам, исполняющим профессиональные, должностные, служебные и иные обязанности. Соблюдать врачебную тайну обязан достаточно широкий круг лиц, которым разрешен доступ к личным данным пациента и которым приходится общаться с пациентами и непосредственно узнавать о них сведения. К их числу относятся лица с высшим и средним медицинским или фармацевтическим образованием, органов управления здравоохранения, младший медицинский персонал, сотрудники системы обязательного и добровольного медицинского страхования, правоохранительных органов, а также психологи, программисты, водители, юристы, работающие в медицинских организациях, работники военкоматов, отдела кадров, санитарно-эпидемиологического надзора и студенты медицинских специальностей.

Начиная с древних времен все, кто собирается стать врачом произносят клятву Гиппократова, которая, в частности, гласит: «Что бы при лечении, а также без лечения я ни увидел или

ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной». То есть, уже в давние времена соблюдение врачебной тайны было важным обязательством целителя, хотя и не было закреплено юридически. Ответственность врача за неразглашение секретов, диагноза, личной информации явно увеличивала доверие пациента. В противном случае, боязнь людей быть оклеветанным в обществе приводила к тому, что пациент скрывал бы важные факты, и это мешало постановке диагноза и дальнейшему лечению. В наше время в Российской Федерации согласно ст.71 ФЗ №323 лица, завершившие освоение образовательной программы высшего медицинского образования, при получении документа об образовании и о квалификации дают клятву врача [4].

В случае нарушения врачебной тайны в нашей стране предусмотрена дисциплинарная, гражданско-правовая, административная и уголовная ответственность в зависимости от обстоятельств дела. Уголовная ответственность предусмотрена ст.137 УК РФ [11]. Если разглашение информации не влечет за собой уголовную ответственность, то привлечение лица, получившего доступ к личной информации в связи с исполнением служебных или профессиональных обязанностей к административной ответственности, происходит в соответствии со ст.13.14 КоАП РФ [3]. Если пациенту дали карту на руки и его история болезни была прочитана третьими лицами, то наступает дисциплинарная ответственность. И будут предъявлены дисциплинарные взыскания в соответствии со ст.192 ТК РФ [10]. Согласно ст.151 ГК РФ если гражданину причинен моральный вред действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда [2]. В таком случае нарушение врачебной тайны повлечет за собой гражданско-правовую ответственность. Объектом преступления правонарушения в этом случае является информация о личной жизни пациента, составляющая лично его тайну или тайну членов его семьи. Это могут быть самые различные све-

дения, которыми он не хотел бы делиться с другими, и которые были получены при обследовании пациента и лечении. Нарушение сокровенности частной жизни может привести к различным последствиям, в частности причинение вреда здоровью, достоинству и чести человека. Специальный субъект преступления в этом случае – лицо, которое обязано соблюдать врачебную тайну ввиду своих профессиональных и иных обязанностей, а также служебного положения. Субъективная сторона преступления – прямой умысел виновного. Объективная сторона – действие, выраженное незаконным сбором и распространением сведений без согласия лица или законных его представителей. Таким образом, врачебная тайна регулируется законами и ее несоблюдение повлечет за собой ответственность [12].

А что происходит в случае разглашения информации о состоянии здоровья известных личностей? Когда какой-либо политический деятель, звезда шоу-бизнеса, знаменитость или его родственник попадает в больницу, получает травму, то в средства массовой информации практически мгновенно поступает информация об этом факте. Журналисты предоставляют в своих статьях иногда правдивые факты, а иногда нет. Люди с большим удовольствием читают эти статьи, обсуждают в различных социальных сетях и, конечно, следят за новостями. Но разве популярность может отменять врачебную тайну?

В первую очередь, согласно ст.23 Конституции РФ каждый человек имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну [1]. В этой статье напрямую не говорится о врачебной тайне, но сведения о здоровье пациента являются его личной тайной. Также в ст. 24 Конституции РФ [1] говорится о том, что без согласия лица не допустим сбор, хранение, использование и распространение информации о его частной жизни. Здоровье человека непосредственно относится к личной жизни, а, следовательно, на конституционном уровне требуется обеспечивать строгую конфиденциальность информации о состоянии пациентов. Не нарушают ли Конституцию РФ сотрудники масс-медиа, когда следят за знаменитостями, их перемещениями между больницами и публикуют эти факты и свои догадки?

Ответ на эти вопросы дает ст. 152.2 ГК РФ [2]: «Если иное прямо не предусмотрено законом, не допускаются без согласия гражданина сбор, хранение, распространение и использование любой информации о его частной жизни, в частности сведений о его происхождении, о месте его пребывания или жительства, о личной и семейной жизни». Но согласно этой же статье, личную информацию можно раскрывать в государственных, общественных или иных публичных интересах. То есть, если эта личная информация каким-то образом касается других людей, если её сокрытие повлечет за собой плохие последствия.

Согласно ч.3 ст.55 Конституции РФ: «Права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства» [1]. Президент РФ отвечает за обеспечение обороны страны и безопасность государства. Он, разумеется, как и все граждане РФ имеет согласно ст.23 Конституции РФ право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну [1]. Факт обращения Президента РФ, как и любого другого гражданина, даже просто за медицинской помощью, и тем более его диагноз и различные сведения о состоянии здоровья не может быть разглашен согласно ст. 13 ФЗ №323 [4], за исключением случаев, описанных в этой же статье. Например, очевидно, что при угрозе распространения опасных инфекционных заболеваний, о состоянии больного должны быть проинформированы все те, кто с ним контактировал, специальные медицинские организации, органы санитарно-эпидемиологического надзора. Распространение опасных инфекции повлечет за собой куда больше негативных последствий, чем разглашение врачебной тайны. Согласно ч.2 ст.80 Конституции РФ стоит учесть обязанности Президента [1]. А от здоровья человека могут зависеть его решения. Тяжелые соматические и психические заболевания могут влиять на рассудок, возможность здраво мыслить, исполнять свои обязанности, привести к смерти. Получается, что в случае болезни Президента возникает конфликт интересов между пациентом и правами граждан. Разумеется, сведения

о его здоровье перестают быть врачебной тайной только в случае серьезных заболеваний. Согласно ч.2 ст.92 Конституции РФ при недееспособности по состоянию здоровья Президент РФ прекращает исполнение полномочий и их временно осуществляет Председатель Правительства РФ, а выборы нового Президента должны состояться не позднее, чем через три месяца [1]. Из истории нашей страны в качестве примера можно привести распространении информации о фактах госпитализации Б.Н. Ельцина. Информация о его госпитализациях публиковалась в газетах, о них говорили по телевидению и радио. И это не являлось каким-либо нарушением: жители страны имеют право знать, что происходит с их Президентом. Но насколько этично после отставки публиковать сведения о проведенных операциях просто ради интереса общества, когда экс-президент уже не несет ответственность перед народом?

На сайте врачи.рф в категории «История медицины» за последний месяц размещено около 30 статей, в которых описаны истории болезни известных личностей. Например, там описаны истории болезни Н.В. Гоголя, Ф.И. Шаляпина, А.Н. Скрябина, А.А. Жданова, Н.А. Заболоцкого, Эрнесто Че Гевары, Н.Г. Чернышевского, В.С. Высоцкого, В.И. Ульянова. Полные статьи на этом интернет-ресурсе доступны только зарегистрированным пользователям. Для того, чтобы зарегистрироваться на нем, необходимо указать место работы, затем модераторы проверяют у пользователя наличие высшего медицинского или фармацевтического образования. То есть, все посетители этого сайта обязаны знать, что такое врачебная тайна и соблюдать ее. Понятно, что те известные люди, о которых написаны статьи, скончались. Положение о врачебной тайне законодательно закреплено в 1993 г. ст.61 [9]. Но клятва Гиппократова существует уже давно. К тому же у врачебной тайны нет «срока годности». Её надо соблюдать и через 10, и через 100 лет. Возникает вопрос: «Насколько нравственно, что люди имеют доступ к этой информации?». Ведь многие предрасположенности к заболеваниям, в том числе психических, передаются по наследству. И есть вероятность, что родственники тоже будут страдать от этого недуга. Значит, это можно назвать семейной тайной. Вообще, насколько этично акцентировать вни-

мание на болезнях людей? Они стали известны благодаря своей деятельности, талантам, наверно, это важнее, чем то, каким заболеванием они страдали.

Очень часто психические болезни людей связывают с их творческими способностями. Например, существует множество версий св Ван Гога. В свободном доступе безнаказанно распространяется информация, о диагнозах, поставленных ему врачами, у которых он наблюдался. В этом списке эпилепсия височных долей, энцефалопатия, злоупотребление скипидаром, эпилептический психоз, алкоголизм, маниакально-депрессивный психоз, болезнь Меньера [13]. Эксперты и в наши время по его работам пытаются понять его особенности характера личности исходя из его физического состояния.

Очевидно, что отношение общества к больным с психическими заболеваниями значительно отличается от отношения к больным с заболеваниями соматическими. Так, многие пациенты категорически против распространения сведений об их факте обращения за психиатрической помощью. Согласно ст.9 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» даже факт обращения гражданина за психиатрической помощью составляет врачебную тайну, охраняемую законом [7]. Из-за неоднозначного отношения к людям с психическими заболеваниями в постановлении Фонда социального страхования РФ от 17 мая 1995 г. № 25 «О печатях и штампах для оформления медицинских документов» определено, что в целях соблюдения врачебной тайны, по согласованию с пациентами или их законными представителями, при оформлении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, и других медицинских документов использовать специальные печать или штамп учреждения, организации без указания его профиля [8]. Это постановление важно также для пациентов с наркотической зависимостью, кожно-венерологическими заболеваниями и т. д.

В целях соблюдения врачебной тайны при оформлении листка нетрудоспособности указывается только причина таковой. Только при наличии письменного заявления гражданина в листок нетрудоспособности могут вноситься сведения о диагнозе заболевания согласно ст. 59 ФЗ №323 [4].

В России на данный момент около миллиона ВИЧ-инфицированных людей. Проблема этого заболевания имеет двойственную оценку в обществе. Чаще всего о ВИЧ-положительных людях отзываются: «Сам виноват», осуждая их и приписывая им возможные пути заражения. В законе тоже все неоднозначно. Согласно ст.8 ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» по желанию освидетельствуемого лица добровольное медицинское освидетельствование может быть еще и анонимным [5]. Но тут же возникает вопрос: «А что, если аноним оказался ВИЧ-положительным?». Ведь согласно постановления Правительства РФ от 1 декабря 2006 года № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня болезней, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) представляет собой заболеванием, представляющим опасность для окружающих [6]. А согласно с. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации угроза распространения инфекции является случаем, когда разглашение врачебной тайны является правомерным [4]. В истории XX века немало случаев заражения известных людей этим вирусом. И эти события, конечно же, не могла обойти и пресса. Например, слухи о болезни вокалиста группы Queen Фредди Меркьюри появилась задолго до его официального заявления. Считается, что в прессу просочилась информация, что он сдавал тест на наличие ВИЧ. Эти слухи подкрепились тем, что певец заметно похудел. За день до смерти он подтвердил эти слухи и призвал присоединиться к борьбе с этой болезнью [14]. Насколько в праве журналисты были комментировать состояние здоровья певца? Не было ли это травлей певца?

В истории есть и обратный пример: писатель-фантаст Айзек Азимов тоже оказался ВИЧ-положителен после использования на операции инфицированной донорской крови. Вот только его врачам и ему удалось сохранить врачебную тайну. Лишь спустя время, его жена рассказала о причине смерти писателя [15].

В нашей стране несчастные случаи, тяжелые болезни звезд приковывают внимание журналистов и общественности. Конечно, люди замечают, когда кто-то известный «пропал» с телеэкра-

нов. И долго скрывать причину у звезд шоу-бизнеса точно не получится. Ведь существуют папарацци, которые могут запечатлеть человека у дверей больницы, продать эти фотографии и сделать выводы о болезни. Понятное дело, что народ очень любопытен, но излишнее обсуждение, даже «смакование» фактов, только негативно влияет на психологическое состояние больного пациента, состояние которого требует медицинского вмешательства. Это жестоко и по отношению к его родным, у которых больше нет выхода, как только подтвердить данные о болезни. Так, например, было совсем недавно, когда в СМИ распространилось сообщение о том, что Ж.В. Фриске тяжело больна онкозаболеванием [16]. Но насколько этично фотографировать человека в тяжелом состоянии во время реабилитации после химиотерапии? Людям интересно, журналисты и папарацци зарабатывают на этом деньги, казалось бы, все логично, но может быть, стоит в таких вопросах соблюдать грань? Ведь согласно ст. 24 Конституции РФ без согласия лица не допустим сбор, хранение, использование и распространение информации о его частной жизни [1]. Если врачебная тайна уже разглашена, то это не значит, что личная жизнь может быть на виду у всех. Это неэтично и неправильно с точки зрения морали.

Нам кажется, что обсуждать болезни людей крайне неэтично. На наш взгляд, исключениями могут быть видные исторические деятели, поскольку их решения влияли на судьбу государств и не только тех, которыми они управляли. То есть, когда эксперты анализируют состояние личности не с точки зрения простого интереса, сплетен, а с точки зрения истории. Например, до сих пор ведутся споры, чем болел Иван Грозный [17]. Были ли у него психические расстройства или его жестокость была проявлением его характера? В данном случае анализировать его действия и разбираться в летописях стоит с научной точки зрения, потому что является личностью, которая повлияла на судьбы множества людей и историю.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ).

2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 03.07.2016).
3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 06.07.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016).
4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016).
5. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (с изменениями и дополнениями).
6. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2006 года № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».
7. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
8. Постановление Фонда социального страхования Российской Федерации от 17 мая 1995 г. № 25 о печатях и штампах для оформления медицинских документов.
9. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1).
10. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 03.07.2016) (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016).
11. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 06.07.2016)
12. Правоведение. Медицинское право: Учебник/под ред. чл.-корр. РАН, профессора Ю.Д.Сергеева. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. 552с.
13. Синдром Ван Гога. Или чем болел гениальный художник?// Аргументы и факты. 29.03.13 URL: <http://www.aif.ru/culture/person/41992> (дата обращения 22.10.2016).
14. Король Фредди Меркьюри.// 21.09.14 URL: <http://teenergizer.org/2014/09/korol-freddi-mercury/> (дата обращения 22.10.2016).
15. От чего умер Айзек Азимов? // Комсомольская правда. 18.03.02 URL: <http://www.kp.ru/daily/22752.5/16091/> (дата обращения 22.10.2016).
16. Жанна Фриске. Шоуболь. // Российская газета. 22.01.14 URL: <https://rg.ru/2014/01/21/friske-site-anons.html> (дата обращения 22.10.2016).
17. 7 великих русских «сумасшедших»//Русская семерка. URL: <http://russian7.ru/post/7-velikix-russkix-sumasshedshix/> (дата обращения 22.10.2016).

Об авторе:

Лопатина Вера Алексеевна – студентка IV курса факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО Московский Государственный Университет им. М.В. Ломоносова, 119331, Москва, ул. Марии Ульяновой, д. 9, корп. 3, кв. 26, e-mail: veralopatina@mail.ru

Lopatina Vera Alekseevna – fourth-year student at Lomonosov Moscow State University, Faculty of Medicine, Moscow

Научный руководитель – Журилов Николай Владимирович, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 123373, Москва, Яна Райниса бульвар, д. 24, корп. 1, кв. 6, e-mail: nikolayzhurilov@bk.ru

Scientific adviser – Nikolay Zhurilov, senior lecturer, associate professor, Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Лопатина В.А., 2016

Меретуков Д.А., Глущенко А.А.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ОРФАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПРИМЕРЕ АДРЕНОКОРТИКАЛЬНОГО РАКА

Статья посвящена анализу правовых проблем, связанных с лечением редких заболеваний, в том числе отнесенных к категории орфанных, в Российской Федерации (РФ), на примере аденокортикального рака (АКР). Были проанализированы доступные в России способы диагностики и лечения АКР, статус данного заболевания, и были выявлены Организационно-правовые проблемы в полноценной терапии АКР на территории РФ в связи с регистрацией заболевания как орфанного, а также с регистрацией лекарственных средств для лечения заболевания. Были предложены способы решения этих проблем.

Ключевые слова: орфанные заболевания, незарегистрированные лекарственные средства, надпочечники, опухоль.

Meretukow Daur, Glushchenko Andrew

LEGAL ISSUES WITH TREATMENT OF RARE DISEASES IN RUSSIAN FEDERATION, ADRENOCORTICAL CARCINOMA CASE STUDY

This article touches upon the legal matters associated with treatment of rare diseases, including orphan diseases, in Russian Federation. We focus on Adrenocortical carcinoma (ACC) and analyze the disease legal status in Russian Federation, available treatment options. We reveal several issues with this disease, such as it is not registered as an orphan disease, and with drugs used to treat this condition. We then proceed to suggest possible changes and improvements to legal documents in order to increase effectiveness of treatment of ACC in Russian Federation.

Keywords: orphan diseases, unregistered drugs, adrenal gland, cancer.

Аденокортикальный рак (далее АКР) – это злокачественное новообразование из клеток коркового слоя надпочечников, характеризующаяся агрессивным клиническим течением и неблагоприятным лечебным прогнозом. Различают гормонально-активную форму АКР, приводящую к развитию синдрома Кушинга и прочим гормональным нарушениям, и гормонально-неактивную форму АКР. [1]

Частота встречаемости АКР в мире, по разным данным, составляет 0.5-2 случаев на 1 миллион населения, при этом эпиде-

миологическая статистика по АКР в России затруднена в виду того факта, что онкологическая отчетность по АКР отдельно не формируется. Однако на основании мировой статистики можно сделать вывод, что тенденция к увеличению смертности от АКР отсутствует, а в структуре онкологической смерти он занимает не более 0.2% [2]. Важно отметить, что такая частота встречаемости позволяет отнести АКР в орфанным(редким) заболеваниям, позволяя заболеванию и, как следствие, лекарственным средствам, получить особый правовой статус, что и было продемонстрировано зарубежным опытом [3, 4] Ассоциация онкологов России (АОР) разработала клинические рекомендации по диагностике и лечению АКР, во многом используя опыт зарубежных коллег, о чем нам говорят множественные ссылки на различные иностранные методы и критерии диагностики и лечения АКР в рекомендациях.

Встречаются случаи, когда нет возможности проводить полноценную терапию данного заболевания в России в виду ряда правовых проблем, связанных с АКР [5]. В связи с этим стало необходимым исследовать подробнее специфику ведения пациентов с АКР в РФ с точки зрения медицинского права и выявить причину, по которой становится невозможным адекватное лечение, а также предложить варианты изменений в нормативно-правовой базе в сфере медицинского права для проведения терапии больных АКР на уровне, соответствующем мировым стандартам.

Целью данной статьи является гармонизация правовой парадигмы терапии АКР на территории РФ.

Задачи: проанализировать подходы к терапии, правовой статус АКР в России, финансирование лечения больных АКР и предложить внесение изменений в нормативно-правовые документы для облегчения лечения данного заболевания.

Специалистами АОР были разработаны клинические рекомендации по ведению пациентов с АКР. В рекомендациях указаны методы диагностики и лечения. Основная задача при диагностике — выделить АКР среди инсиденталом (опухолей, выявляемых случайно) надпочечников. По статистическим данным частота случайно выявленных на аутопсии опухолей надпочечников составляет около 6%, а частота АКР среди инсиденталом варьирует и зависит от размера. диагностика АКР включает 2 основных

аспекта: анатомическая визуализация и оценка гормональной активности, причем последняя является основным методом для выявления опухоли размером более 1 см. Лечение пациентов АКР проводится с помощью хирургических методов, с помощью химиотерапии и при помощи лучевой терапии. Наибольшим положительным эффектом обладает хирургическое удаление опухоли, на втором месте идет химиотерапия одним или несколькими препаратами, а наименьший терапевтический эффект оказывает лучевая терапия. Обычно применяется комбинированная терапия – в начале лечения проводится хирургическое вмешательство, после чего назначается адъювантная моно- или политерапия фармакологическими препаратами и, при показаниях, лучевая терапия, что приводит к максимально положительному терапевтическому эффекту. Согласно рекомендациям, для химиотерапии используются следующие препараты: митотан (син. Лизодрен®, хлодитан), доксорубицин, этопозид, цисплатин [6]. Митотан является основным средством для лечения АКР, сочетая в себе противоопухолевое действие преимущественно на кору надпочечников с одновременным ингибированием ферментов синтеза стероидов, что приводит к уменьшению стероидогенеза гормонально-активной формой АКР. Эффективность монотерапии митотаном, а также использование его в комбинации с другими вышеописанными препаратами была доказана рядом исследований [7, стр.12].

Все диагностические методы, а также хирургические и лучевые методы лечения АКР доступны для проведения в РФ, так как имеется основное оборудование и специалисты. Также, доступен ряд зарегистрированных в РФ противоопухолевых препаратов, таких как доксорубицин, цисплатин, этопозид. Однако, наиболее эффективным препаратом в отношении АКР является митотан, который является лекарственным средством, не зарегистрированным на территории РФ, что делает его использование незаконным, следовательно, вкупе с неоднозначным статусом самого заболевания в РФ, создает ряд правовых проблем в отношении адекватной терапии АКР.

Адренокортикальный рак по классификации МКБ-10 имеет номер C74.0, что соответствует злокачественному новообразованию надпочечников [8]. Так как Российская Федерация приняла

МКБ-10 [9], данное заболевание в России признается злокачественным новообразованием. В соответствии с 35 статьей 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» в рамках базовой программы ОМС должна оказываться специализированная медицинская помощь в случае обнаружения новообразований, к которым АКР относится. Выше было указано на международный опыт химиотерапии АКР [5] который показал, что пациенты с неоперабельным АКР или быстрым прогрессированием заболевания должны получать цитотоксическую терапию по схеме EPD-M (этопозид, доксорубицин, цисплатин, митотан) [5]. Пациенты с более медленной прогрессией могут получать монотерапию митотаном. Основная проблема заключается в том, что митотан уже в течение долгого времени не получает регистрацию в РФ, в связи с чем назначение его невозможно [10]. Это создает существенные затруднения при выполнении таких основных принципов охраны здоровья, как качество медицинской помощи, приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи [11]. Если снова обратиться к международному опыту, то окажется, что в США митотан зарегистрирован для лечения всех видов новообразования, поэтому не является орфанным лекарственным средством [12]. При этом, в Европе митотан зарегистрирован как орфанное лекарственное средство, так как очень малое количество людей нуждается в нем, и используется только как средство при функциональном типе новообразований надпочечников, то есть при гиперпродукции гормонов коры надпочечников [13]. В Российской Федерации АКР не присвоен статус орфанного заболевания [14] так как по нему отдельно онкологическая отчетность не формируется. Причина в том, что заболеваемость слишком низкая, а также, не все пациенты могут иметь доступ к достаточно квалифицированной медицинской помощи, что сказывается на общем формировании статистики по заболеваниям. После анализа всей доступной информации, нами был сделан вывод, что наиболее эффективным способ разрешения существующей проблемы данного заболевания является признание его орфанным на основании мировой статистики заболеваемости. Определение редкого заболевания в РФ подразумевает, что заболевание встречается не чаще 10 раз среди 100000 населе-

ния [15], в то время как многие авторы приводят встречаемость данного заболевания на уровне 1-2 случая на миллион [2]. Если данное заболевание будет признано орфанным, к препаратам, используемым для лечения этого заболевания, можно будет применить нормы статьи 26 61-ФЗ об ускоренной регистрации препаратов [16], принимая во внимание уже существующие результаты клинических испытаний и статистику, собранную в других странах мира. При наличии более современных препаратов для лечения АКР пациенты будут получать более квалифицированную помощь, таким образом реализуя свое право на качественную медицинскую помощь.

Нами рассмотрены медико-правовые проблемы, стоящие перед специалистами системы здравоохранения, оказывающими помощь пациентам с АКР, связанные с особенностями регистрации лекарственных средств и ведения отчетности по данному заболеванию. Из-за затруднений, связанных с организационно-правовыми процедурами лекарственного обеспечения орфанных заболеваний и признания АКР таковым, специалисты не могут проводить полноценную терапию данного заболевания, что сказывается на состоянии здоровья пациентов, имеющих равное с другими гражданами конституционное право на получение бесплатной медицинской помощи. Устранение правовых проблем в отношении АКР позволит пациентам получать максимально эффективную терапию, что приведет к увеличению продолжительности и качества жизни.

Список литературы:

1. Бритвин Т.А., Кривошеев А.В., Белошицкий М.Е. Адrenокортикальный рак // РМЖ. 2015. №8. С. 461
2. Wang C., Sun Y., Wu H., Zhao D., Chen J. Distinguishing adrenal cortical carcinomas and adenomas: a study of clinicopathological features and biomarkers // *Histopathology*. 2014. Vol. 64. P. 567–576
3. Orphan drugs in the United States of America. URL: goo.gl/nhKIYK
4. Orphanet Report Series. Lists of medicinal products for rare diseases. URL: http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/GB/list_of_orphan_drugs_in_europe.pdf
5. Бельцевич Д.Г., Бохан В.Ю., Горбунова В.А., Коломейцева А.А., Кузнецов Н.С., Мельниченко Г.А., Переводчикова Н.И., Стилиди И.С. Клинические

рекомендации по лечению рака коры надпочечников (адrenокортикального рака). URL: http://oncology-association.ru/docs/project_klinich-recomend-rak-adrenokortikalnyi.pdf

6. Наталья А. Внесите онкологическое заболевание в реестр. URL: goo.gl/G1MTWU
7. First International Randomized trial in locally advanced and Metastatic Adrenocortical Carcinoma Treatment (FIRM-ACT). URL: http://www.firm-act.org/documents/FIRM_ACT_protocol_final.pdf
8. Международная Классификация Болезней 10-го пересмотра. URL: <http://mkb-10.com/index.php?pid=1401>
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 170 от 27 мая 1997 года «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра»
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 20 декабря 2012 г. № 1175н г. Москва «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения», пункт 6.1
11. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016). Статья 4. Основные принципы охраны здоровья.
12. Lysodren – FDA. URL: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/016885s023lbl.pdf
13. Mitotane for the treatment of adrenal cortical carcinoma. URL: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Orphan_designation/2009/10/WC500006368.pdf
14. Министерство здравоохранения Российской Федерации – Перечень редких (орфанных) заболеваний. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8048-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy>
15. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016). Статья 44.
16. Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 № 61-ФЗ (действующая редакция, 2016). Статья 26.

Об авторах:

Меретуков Даур Анзорович – студент IV курса факультета фундаментальной медицины МГУ, 117279, Москва, ул. Профсоюзная, д. 83, корп. 3, кв. 416, e-mail: daurmeretukov@gmail.com

Глушченко Андрей Александрович – студент III курса направления фармация факультета фундаментальной медицины МГУ, 117279, Москва, ул. Профсоюзная, д. 83, корп. 3, кв. 416, e-mail: glushchenko.andrew@gmail.com

Meretukow Daur – Lomonosov Moscow State University School of Medicine, Moscow

Glushchenko Andrew – Lomonosov Moscow State University School of Medicine, Moscow

Научный руководитель – Журилов Николай Владимирович, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 123373, Москва, Яна Райниса бульвар, д. 24, корп. 1, кв. 6, e-mail: nikolayzhurilov@bk.ru

Scientific adviser – Nikolay Zhurilov, senior lecturer, associate professor, Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Меретуков Д.А., Глушченко А.А., 2016

Павлова А. А.

СТАНОВЛЕНИЕ ИНСТИТУТА РЕПРОДУКТИВНОГО ПРАВА В СИСТЕМЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРАВА

В данной статье раскрывается исторический аспект формирования репродуктивных прав на международной арене, в частности – проанализированы международные конференции, касающиеся данной проблематики, и решения принятые в ходе данных конференций.

Ключевые слова: международное право, репродуктивные права, развитие законодательства.

Pavlova Anna

THE FORMATION OF THE INSTITUTE OF REPRODUCTIVE RIGHTS IN INTERNATIONAL LAW

This article reveals the historical aspect of the formation of reproductive rights in the international arena, in particular, it analyzes the international conference regarding this issue, and the decisions taken in the course of these conferences.

Keywords: international law, reproductive rights, the development of legislation.

В современном цивилизованном демократическом обществе каждый человек обладает определенными правами и свободами, которые должны охраняться и гарантироваться государством. Не исключением является и право каждого человека на реализацию репродуктивных прав. Данная категория прав относится, к новому четвертому поколению прав, которая появилась сравнительно недавно, но на сегодняшний день находит свое закрепление во многих международных документах, которые ратифицированы во многих государствах, в том числе и Российской Федерации.

Репродуктивные права включают в себя целый ряд прав человека, такие как право на жизнь, неприкосновенность, равенство между мужчиной и женщиной, охрану здоровья и др. В связи с этим можно говорить о косвенном начале закрепления части репродуктивных прав во Всеобщей декларации прав человека от 10 декабря 1948 года. Статья 3 данной декларации гласит, что каждый человек имеет право на жизнь, на свободу и на личную неприкосновенность [1].

Международный пакт о гражданских и политических правах 1966 года так же закрепляет, что право на жизнь – неотъемлемое право каждого человека. Это право охраняется законом. Каждый человек имеет право на свободу и личную неприкосновенность [2].

Но, безусловно, ни в эти, ни какие другие международные документы не позволяют говорить о репродуктивных правах как полноценной категории права.

Впервые репродуктивные права начинают развиваться как часть прав на Объединенной Национальной Международной конференции 1968 года. Данная конференция была собрана в Тегеране 22 апреля – 13 мая 1968 года для обзора работы, проделанной за двадцать лет со времени принятия Всеобщей декларации прав человека, и составления программы на будущее. Затрагивается, что защита семьи и ребенка продолжает вызывать озабоченность международного сообщества. Итогом данной конференции становится впервые закрепленное право родителей обладать неотъемлемым правом свободно и с чувством ответственности определять число детей и сроки их рождения [2].

Дальнейшее обсуждение вопроса о становлении репродуктивных правах отражается на Международной Конференции по Народонаселению и Развитию (МКНР) в Бухаресте в 1974, в Мехико 1985 и в Каире 1994 год. На данные конференции съезжались эксперты, государственные деятели и другие участники стран, входящих в ООН. Основными целями этих конференций является рассмотрение, выявление причин основных международных демографических проблем, и формирование программ в области действия народонаселения.

Впервые Международная Конференция по Народонаселению и Развитию на правительственном уровне была проведена в Бухаресте в 1974 году. Участвовали делегации 137 стран, представители 11 межправительственных организаций, 109 неправительственных организаций, делегации национально-освободительных движений, а также 16 специализированных учреждений ООН. Общее число участников составило 3500 человек.

На данной конференции были рассмотрены современное развитие и перспектива развития демографического роста населения, взаимосвязь социально-экономического развития страны,

наличие природных ресурсов, состояние окружающей и ее демографического роста. Итогом данной конференции было принятие резолюций, а так же сделан акцент, что социально-экономическое положение страны является наиболее важной причиной изменения демографического роста населения [3].

Вторая Международная Конференция по Народонаселению и Развитию, проведенная на правительственном уровне, была организована в Мехико в 1984. Участвовали делегации 148 стран, а также представители специализированных учреждений ООН, неправительственных организаций и национально-освободительных, движений, СССР и другие социалистические страны так же принимали активное участие.

По итогам данной конференции был принят документ – «Рекомендации по дальнейшему осуществлению Внешней Политической Деятельности по Народонаселению», который по предложению стран – членов СЭВ был дополнен разделом «Мир, безопасность и народонаселение». В данном документе делался акцент на необходимость ликвидации неравенства в международных экономических отношениях, затронуты вопросы по борьбе с нищетой, голодом и безработицей, фактического обеспечения всем людям права на труд. Большое внимание уделялось положению женщин, их участию в общественной жизни, подчёркивалась недопустимость всех форм их дискриминации. Также была принята декларация «Мехико о народонаселении и развитии», концепция, которой была направлена всемирное укрепление мира и безопасности, уважение национального суверенитета.

Третьей и наиважнейшей Международной Конференцией по Народонаселению и Развитию является Каирская конференция, проведенная в 1994 году [5].

В данной конференции приняли участие более 150 стран, присутствовал наблюдатель от Палестины, 5 секретариатов региональных комиссий, были представлены 11 органов и программ ООН (Фонд ООН для развития в интересах женщин, программа развития ООН), 9 специализированных учреждений (в т.ч. Всемирная организация здравоохранения), 32 межправительственные организации (Учебный и научно-исследовательский демографический институт, Совет Европы), а так же приняло участие большое число представителей неправительственных организаций.

В ходе конференции была освещена тема репродуктивных прав и репродуктивного здоровья. Дано понятие репродуктивного здоровья, а именно репродуктивное здоровье-это состояние полного физического, умственного, и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов. В связи с этим подразумевается, что у населения есть право на безопасную половую жизнь, доступ ко всем безопасным и эффективным методам лечения, устраняющих проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем, а так же право самостоятельно решать вопросы, связанные с планированием семьи и количества детей, интервалом и времени их рождения, сделан акцент, что основой должно стать равноправное и уважительное отношение между супругами. А так же поставлена проблема малой информированности населения, в частности подростков, по вопросам, касающимся репродукции, в том числе выработка методик, значительно сокращающих количество беременностей в подростковом возрасте.

Цели конференции были поставлены следующие:

- обеспечить предоставление всесторонней и точной информации и всего спектра доступных, недорогостоящих, приемлемых и удобных для всех пользователей услуг в области охраны репродуктивного здоровья, включая планирование семьи;
- поощрять и поддерживать добровольное принятие ответственных решений в отношении рождения ребенка и методов планирования семьи по своему выбору, а также других методов регулирования деторождения по своему выбору, которые не противоречат закону, и располагать для этого информацией, соответствующей подготовкой и средствами;
- удовлетворять потребности в охране репродуктивного здоровья, которые в течение жизни меняются, и делать это с должным учетом разных обстоятельств, существующих в местных общинах.

По вопросам планирования семьи:

- помогать супружеским парам и отдельным лицам в достижении их целей, связанных с деторождением, таким образом, чтобы

это содействовало обеспечению оптимального здоровья, ответственного поведения и благосостояния семьи, а также таким образом, чтобы это обеспечивало уважение достоинства всех людей и их права определять количество детей, интервалы между деторождениями и время рождения своих детей;

- предотвращать случаи нежелательной беременности и сокращать число беременностей, связанных с большим риском, а также заболеваемость и смертность;
- сделать высококачественные услуги в области планирования семьи доступными и приемлемыми для всех, кто нуждается в них и хочет воспользоваться ими, при соблюдении конфиденциальности;
- повысить качество рекомендаций, информации, образования, просвещения, консультаций и услуг в области планирования семьи;
- активизировать участие мужчин в практической деятельности по планированию семьи, а также взятие ими на себя части ответственности в этом деле;
- поощрять грудное вскармливание, с тем чтобы способствовать расширению интервалов между деторождениями.

Были отдельно рассмотрены вопросы, касающиеся профилактики заболеваний, передающихся половым путем и борьба с такими заболеваниями, как ВИЧ.

Главной целью данного аспекта конференции является предупреждение, снижение распространенности и обеспечение лечения передаваемых половым путем заболеваний, включая ВИЧ / СПИД, и такие их осложнения, как бесплодие, с уделением особого внимания девочкам и женщинам. Принимается необходимость выработки различных программ по охране репродуктивного здоровья, оказания поддержки комплексного полового воспитания среди подростков и молодежи, увеличения распространения информации среди населения о методах и способах предотвращения заражения заболеваниями, передающимися половым путем.

В ходе Каирской конференции впервые были поставлены вопросы, связанные с подростками в вопросах репродукции, а именно принятие различных программ, направленных на формирование сексуального поведения, снижения количества не-

желательных беременностей и абортов в подростковом возрасте, увеличение программ, направленных на лиц, несущих ответственность за воспитание подростков, обеспечение необходимого информирования подростков по вопросам, касающимся их репродуктивных прав и здоровья.

Так же во многих странах была принята концепция безопасного материнства в качестве стратегии сокращения заболеваемости и смертности матерей. Закреплено, что странам следует стремиться к существенному сокращению материнской смертности: сокращению к 2000 году наполовину показателя материнской смертности в сравнении с показателями 1990 года и сокращению такого показателя еще наполовину к 2015 году. В качестве целей были поставлены задачи по улучшению санитарных условий, безопасного медицинского обслуживания, в том числе обеспечение снижения смертности в результате абортов, обеспечение экстренной акушерской помощи.

Каирская конференция является наиболее важным этапом становления репродуктивных прав человека, его репродуктивного здоровья. Рассматриваются вопросы, связанные с репродуктивным здоровьем, его охране, предоставлении качественной медицинской помощи, планированию семьи и т.д., закрепляются основные положения и принципы, которые до сих пор являются основой для формирования важнейших международных документов, касающихся вопросов репродукции. А так же программы действий указанных конференций впервые определяют, что репродуктивные права являются неотъемлемой частью прав человека, признанных в национальных и международных юридических документах по правам человека.

Положения вышеперечисленных конференций закладывают основу для развития системы законодательства присоединившихся стран по вопросам репродуктивных прав.

В качестве примера рассмотрим основные направления развития законодательства, закрепляющего нормы по охране репродуктивного здоровья и репродуктивных прав граждан в странах Содружества Независимых Государств (СНГ).

В настоящее время разработка мер по охране репродуктивного здоровья и реализации репродуктивных прав человека яв-

ляется одной из ключевых проблем социальной политики во всех государствах – участниках СНГ.

Анализ данных, позволяет сделать вывод, что в ряде стран постсоветского пространства приняты и успешно реализуются законы, определяющие те или иные аспекты мер по охране репродуктивного здоровья:

- Армения («О репродуктивном здоровье и репродуктивных правах человека», 2002 г.)
- Киргизия («О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации», 2007 г.)
- Молдова («Об охране репродуктивного здоровья и планировании семьи», 2001 г.)
- Таджикистан («О репродуктивном здоровье и репродуктивных правах», 2002 г.).
- Кодекс Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения (от 18 сентября 2009 г. № 193-IV ЗРК) содержит главу, закрепляющую права и обязанности граждан в сфере охраны репродуктивных прав.

Проблема воспроизводства нации, улучшение репродуктивного здоровья поставлено во главу государственной политики и в Российской Федерации. В 2008 году Комитетом Государственной Думы по охране здоровья была создана рабочая группа по разработке проекта Федерального закона «Об охране репродуктивного здоровья населения в Российской Федерации». Основные положения разработанного проекта нашли отражение в нормах Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в главе, регулирующей сферу охраны здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья. Данные положения также стали основой для разработки модельного закона об охране репродуктивного здоровья для стран СНГ, который был принят Постановлением Межпарламентской Ассамблеи государств – участников Содружества Независимых Государств от 28 ноября 2014 года № 41-21 «О модельном законе «Об охране репродуктивных прав и репродуктивного здоровья».

Необходимость формирования единого правового пространства в области охраны репродуктивного здоровья человека были

обусловлены высокой смертностью и низкой рождаемостью населения в странах СНГ.

Данный факт являлся необходимой предпосылкой совершенствования законодательства в сфере охраны репродуктивного здоровья, что, безусловно, будет благоприятно сказываться и на обеспечении международного права в сфере охраны здоровья и оказания медицинской помощи.

Необходимо отметить, что в модельном законе впервые сформировано содержание репродуктивных прав граждан, определены государственные меры по их защите, определен минимум услуг в сфере охраны репродуктивного здоровья, которые должны обеспечиваться государством каждому гражданину (получение медицинских услуг по планированию семьи и доступ к безопасным эффективным и приемлемым методам планирования семьи и деторождения), закреплено, что любые услуги в области репродуктивного здоровья должны быть основаны на конфиденциальности, отсутствии дискриминации, добровольном информированном согласии, а так же определены меры по профилактике, диагностике и лечению бесплодия.

Модельный закон носит лишь рекомендательный характер, но вместе с тем, его нормы закрепляют важнейшие принципы, которые могут быть использованы при разработке национального законодательства государств – участников СНГ.

Обобщая все вышесказанное, хотелось бы еще раз подчеркнуть важность такого права как репродуктивные права. Официальному закреплению данной категории прав предшествовал длительный период их становления, проведение множества конференций. Наиважнейшей конференцией является Каирская конференция 1994 года, которая закрепляет ряд основных принципов, на основе которых и формируется дальнейшее законодательство стран, в том числе и законодательство Российской Федерации. Более того репродуктивные права включают в себя целую категорию прав (в том числе и право на жизнь), напрямую связаны с демографической составляющей в странах, а значит, являются основой для формирования политики для каждого демократического государства. Решение вопросов, связанных с данной категорией прав имеют первостепенное значение, а порой

требуется совместное принятие усилий разных стран. В связи с этим многие страны, входящие в СНГ, выработали «Модальный закон» в целях формирования единого правового пространства в области охраны репродуктивного здоровья человека.

Список литературы:

1. *Всеобщая Декларация Прав Человека от 10 декабря 1948 г.* // «Библиотека «Российской газеты» совместно с библиотечкой журнала «Социальная защита», 1995 г., № 11, С. 10.
2. *Международный пакт о гражданских и политических правах от 16 декабря 1966 г.* // Сборник международных договоров. Том 1 (часть вторая) Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций. 1999. С.18-20.
3. *Декларация Международной конференции ООН по правам человека (Тегеран, 1968)* // Сборник международных договоров. ООН: Нью-Йорк. 1978. С. 22- 23.
4. *Декларация Международной конференции ООН по правам человека (Каир, 1994)* // Сборник международных договоров. ООН: Нью-Йорк. 1978. С. 25- 27.

Об авторе:

Павлова Анна Александровна – студентка 3 курса факультета судебной экспертизы, кафедра «Юриспруденция, интеллектуальная собственность и судебная экспертиза» Московского Государственного Технического Университета имени Н.Э.Баумана, 127081, Москва, Ясный проезд, д. 4 , корп. 1 , кв. 52, e-mail: nutohka27@mail.ru

Pavlova Anna Aleksandrovna – 3rd year student of faculty «Social Sciences and Humanities», department of «Law, Intellectual Property and Judicial Examination», Moscow State Technical University name of N.E. Bauman (national research university), Moscow

Паневкина С.В.

МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ УСЫНОВЛЕНИЯ (УДОЧЕРЕНИЯ) ДЕТЕЙ ЛИЦАМИ С ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СТАТУСОМ

Статья посвящена исследованию законодательства в сфере медицинского освидетельствования ВИЧ-инфицированных граждан, намеревающихся усыновить (удочерить) детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В ней освещены наиболее спорные аспекты соответствующих нормативных актов, а также этическое обоснование и возможности правового регулирования предоставления лицам с ВИЧ-положительным статусом права быть приемными родителями.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; усыновление; охрана детства.

Panevkina S.V.

MEDICAL AND LEGAL ASPECTS OF THE ADOPTION OF CHILDREN BY HIV-POSITIVE PEOPLE

The article is devoted to researching of legislation in the field of medical examination of HIV-positive people, who intend to adopt orphans. It highlights the most controversial aspects of the relevant enactments as well as the possibilities for the HIV-positive people to be the foster parents.

Keywords: HIV-infection; adoption; child welfare.

Больные ВИЧ-инфекцией: могли бы они стать приемными родителями?

В условиях так называемой «пандемии» ВИЧ и роста социальной активности тех, кто всю жизнь будет «положителен», этот вопрос вызывает оживленные дискуссии на страницах желтой прессы и на просторах Сети. Но несмотря на широкую освещенность проблемы в СМИ, социальную пропаганду и общественную деятельность сторонников данной меры, ряды Правительства чаще занимают приверженцы оппозиционного фронта. На данный момент в Государственную думу не подано ни одного законопроекта о внесении поправок в главный документ, регламентирующий права ВИЧ-инфицированных в сфере усыновления и опекуна, коим является

Перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную или патронатную семью (далее – Пе-

речень) [4]. Второй пункт Перечня запрещает усыновление инфекционными больными до снятия их с диспансерного учета в связи со стойкой ремиссией [4]. Тем самым больные ВИЧ и гепатитом С были вычеркнуты из списков потенциальных приемных родителей, так как диспансерный учет при данных заболеваниях пожизненный.

Несмотря на то, что Перечень был утвержден Постановлением Правительства РФ от 14 февраля 2013 года [4], пункт об инфекционных заболеваниях не претерпел значительных изменений по сравнению с аналогичным Перечнем 1996 года [5], когда ВИЧ-инфекция еще причислялась к смертельным по классификации ВОЗ, когда паллиативная помощь была основным компонентом лечения [8], так как диагностика позволяла выявить наличие вируса лишь на этапе симптоматических проявлений. Но после 20 лет исследований и разработок антиретровирусная терапия перестала быть предметом фантастики: она позволила продлить среднюю продолжительность жизни даже с поздно диагностированной ВИЧ-инфекцией до 71,5 лет [7] (к сведению, продолжительность жизни среднестатистического россиянина составляет всего 70,93 лет по данным 2016 года [9]), и на сегодняшний день сложно сказать, что влияет на качество жизни более пагубно: ВИЧ или, к примеру, бронхиальная астма.

Тем не менее, на данный момент камнем преткновения являются не несовершенства развития медицины, а статья Федерального закона №124, призывающая защищать детей от факторов, негативно влияющих на их физическое, интеллектуальное, психическое, духовное и нравственное развитие [3]. Именно эта статья позволила Верховному суду РФ 23 сентября 2014 года отклонить иск о внесении поправок в Перечень. Согласно материалам дела [6], истец пытался признать частично недействительным пункт 2 об инфекционных заболеваниях и тем самым узаконить свое право быть усыновителем при наличии у него ВИЧ-положительного статуса. Отказ в удовлетворении иска был также аргументирован нестабильностью состояния больных ВИЧ, что по сути выявляет некомпетентность судебных органов в данном вопросе: современная терапия позволяет максимально пролонгировать латентную стадию заболевания, в которой крайне мала вероятность за-

ражения оппортунистическими инфекциями. Кроме того, стоит задуматься, кто будет более трепетно относиться к своему состоянию: родители с ВИЧ или мы, обыкновенные обыватели, отказывающиеся лишним раз нанести визит своему терапевту?

Каким бы ни был ответ, государством предусмотрена более безопасная среда для детей-сирот, нежели семьи ВИЧ-инфицированных родителей. На первый взгляд законодательство действительно предупреждает распространение инфекции от родителей детям – ведь, несмотря на то, что вирус не передается через слюну, тактильные контакты и совместное использование предметов гигиены, малейшее повреждение кожных покровов подвергает здоровье членов семьи опасности. Так можно ли в такой ситуации позволить ВИЧ-инфицированным людям выступать в роли усыновителей и нести ответственность за жизни больных детей? Да, если исключить возможность контаминации: при этом усыновляемые дети также должны иметь ВИЧ – положительный статус.

Согласно официальным данным на 1 апреля 2016 года число отказных детей с ВИЧ в некоторых регионах достигает 200 в год [10]. Сколько же из них попадет в семью? Официальной статистики не существует, однако по данным одного из Челябинских детских домов лишь 7 из 25 детей-сирот с подтвержденной ВИЧ-инфекцией были усыновлены в период с 2007 по 2011 года [13]. Таким образом, их шансы найти здоровых родителей достаточно не велики.

Итак, большинство остается в детских домах, где получает необходимую антиретровирусную терапию в полном объеме, но насколько эти дети будут социально адаптированы? Дети, знающие о неизлечимости собственной болезни, с малых лет сталкивающиеся со стереотипами современного общества, с рождения имеющие один социальный статус с наркоманами и работниками коммерческого секса, а после восемнадцати лет лишённые внешнего контроля над ходом терапии. Это маленькие люди, очень уязвимые не только по природе своего недуга, но и в силу одиночества – как разделенного с остальными детьми-сиротами, так и одиночества личного, порождаемого предрассудками и предвзятым отношением окружающих. Какими бы прогрессивными ни были взгляды отдельно взятых людей, в современном российском

обществе детей с ВИЧ избегают, они оказались не нужны собственным родным, на них с опаской смотрят сотрудники детского дома, и велика вероятность, что среди сверстников они тоже будут отвергнуты. Разве не озлобленность и жестокость формируется в их характерах, закрывая огромный недостаток любви? И какое же будущее ждет тех, кто стал жертвами государственной политики приоритета охраны детства?

Стоит задуматься, действительно ли родители с ВИЧ-инфекцией представляют для ребенка большую опасность, чем жизнь в детском доме. Безусловно, люди, живущие с ВИЧ, лучше справились бы со многими непростыми задачами, о которых даже не задумываются обычные родители, усыновляя ребенка с данным диагнозом – это и социальная реабилитация, и создание образа жизни, максимально приближенного к таковому у здоровых детей, и использование собственного опыта для создания комфортной психологической среды. Именно родители с ВИЧ могут дать почувствовать больному ребенку, что он не обречен, дать ему ту защиту, в которой он особенно нуждается. Но все это меркнет, по сравнению с тем, что дала бы ему обыкновенная жизнь в семье, жизнь среди людей, которые на своем примере доказали, что счастье возможно даже с таким непростым диагнозом.

Однако, чтобы уберечь детей от повторного сиротства, имеет смысл ограничить стадии, при которых лицо может быть усыновителем с ВИЧ-положительным статусом: первые три стадии (стадия инкубации, острая и латентная) подлежат эффективной коррективке антиретровирусной терапией таким образом, что оставшееся количество Т-лимфоцитов позволяет поддерживать защиту организма на достаточно высоком уровне [11]. Было бы оптимально разрешить усыновление до начала четвертой стадии (вторичных заболеваний), при которой иммунодефицит прогрессирует со значительно большей скоростью, что уже несет серьезную угрозу здоровью и жизни.

В декабре 2012 года различные СМИ публиковали информацию об уникальном прецеденте [12]: Петрозаводский городской суд посчитал убедительными аргументы приглашенного врача и данные медицинского освидетельствования, позволив женщине с гепатитом С стать приемной матерью здорового ребенка.

Поскольку дела об усыновлении находятся в закрытом доступе, дальнейшее развитие данная тема не получила, однако судебное решение дало надежду множеству людей с неизлечимыми заболеваниями на пересмотр существующего законодательства и на возможность создать счастливую семью. Ведь вместе с количеством Т-лимфоцитов у ВИЧ-инфицированных людей не уменьшается желание иметь детей, не истощается материнская забота и не ослабевает способность любить.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. 04.08.2014 г. № 31.- Ст. 4398.
2. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 30.12.2015) // Собрание законодательства РФ. 01.01.1996. № 1. ст. 16.
3. Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ (ред. от 28.11.2015) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 03.08.1998. № 31. Ст. 3802.
4. Постановление Правительства РФ от 14 февраля 2013 г. № 117 «Об утверждении перечня заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную или патронатную семью» // Собрание законодательства РФ. 2013. № 36. Ст. 4577.
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 1 мая 1996 г. № 542 «Об утверждении Перечня заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную семью» // Собрание законодательства РФ. 1996. № 19. Ст. 2304.
6. Решение Верховного Суда РФ от 23 сентября 2014 г. по делу № АКПИ14-890 Об отказе в удовлетворении заявления о признании частично недействующим пункта 2 Перечня заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную или патронатную семью, утв. Постановлением Правительства РФ от 14.02.2013 № 117.
7. Nakagawa F, Lodwick R.K., Smith C.J., Smith R., Cambiano V., Lundgren J.D., Delpech V., Phillips A.N. Projected life expectancy of people with HIV according to timing of diagnosis // AIDS. 2012. № 26. С. 335-43.
8. История лечения ВИЧ // Официальный интернет-портал Минздрава России о профилактике ВИЧ / СПИДа. 29.03.2012. URL: <http://o-spide.ru/live/cure/detail.php?ID=1136> (дата обращения: 02.10.2016).
9. Продолжительность жизни при рождении по регионам России (ожидаемая) за 2014 год (Обн.2016) // Страны-города. 13.06.2016. URL: http://www.statdata.ru/spg_reg_rf (дата обращения: 03.10.2016)
10. Семья Г.В., Шульга Т.И., Зайцева Н.Г. Доклад «Анализ ситуации в России по реализации защиты прав подростков и молодежи из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей». 2009. URL: <http://www.sos-dd.ru/upload/iblock/d5a/Cover+juowq.pdf> (дата обращения: 29.09.2016)
11. Стадии развития ВИЧ-инфекции // Официальный интернет-портал Минздрава России о профилактике ВИЧ / СПИДа. URL: <http://o-spide.ru/about/generally/detail.php?ID=162> (дата обращения: 02.10.2016).
12. Суд разрешил усыновление женщине с гепатитом С // Информационный портал по проблемам бесплодия, вспомогательным репродуктивным технологиям и ЭКО. 14.02. 2013. URL: <http://www.probirka.org/usynovlenie/4324-sud-razreshil-usinovlenie-zhenschine-s-gepatitom-s.html> (дата обращения: 01.10.2016).
13. Уварова Н. Как живут инфицированные детдомовцы // Аргументы и факты. 07.06.2016. URL: http://www.aif.ru/society/people/nastenka_prelest_no_u_neyo_vich_kak_zhivut_inficirovannye_detdomovcy (дата обращения: 29.09.2016).

Об авторе:

Паневкина София Владимировна – студентка IV курса Факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова», 620138, г. Екатеринбург, б-р Есенина, д.13, кв. 69, e-mail: panevkina.sophia@gmail.com

Panevkina Sofia – student of Faculty of Basic Medicine, Lomonosov Moscow State University, Moscow

Научный руководитель – Журилов Николай Владимирович, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 123373, Москва, Яна Райниса бульвар, д. 24, корп. 1, кв. 6, e-mail: nikolayzhurilov@bk.ru

Scientific adviser – Nikolay Zhurilov, senior lecturer, associate professor, Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Скальная А.А.

ЮРИДИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ АНТИДОПИНГОВОГО КОНТРОЛЯ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ

Статья посвящена юридическим и медицинским проблемам антидопингового контроля международного и национального уровня. Авторы дают характеристику современного развития антидопингового контроля и возникшим в последнее время проблемам в этой сфере. На основе проведенного анализа предложены возможные варианты по совершенствованию антидопингового контроля и решению некоторых связанных с ним медицинских и юридических аспектов.

Ключевые слова: допинг; ВАДА; Россия; юридические проблемы; медицинские проблемы.

Skalnaya A.A.

LEGAL AND MEDICAL ASPECTS OF DOPING CONTROL: PROGRESS AND CHALLENGES

The article is devoted to legal and medical problems of doping control on international and national level. The authors describe the nowadays development of anti-doping control and problems in this area. The possible options for improving the anti-doping control and solution of some related medical and legal aspects are presented.

Keywords: doping; WADA; Russia; legal problems; medical problems.

В современной юридической науке существует ряд отраслей, находящихся в стадии формирования. К ним можно отнести спортивное и медицинское право. Спортивное право – система правовых норм, регулирующих комплекс общественных отношений, возникающих в сфере физической культуры и спорта, медицинское право – система правовых норм, регулирующих общественные отношения в сфере здравоохранения [2].

Спорт и медицина имеют огромное общественное значение, раздвигая границы человеческих возможностей. Спорт сейчас занимает важное место в жизни людей со всего мира: к нему возрос интерес как к международному звену, так и как к способу улучшения и поддержания здоровья населения. Но спорт всегда идет под руку с медициной, и медицина, в частности фармакология, может обойтись без спорта, но спорт без нее – нет. В сфере спорта вращаются огромные материальные и финансовые ресурсы, в

то время как в спортивной медицине накопилось большое число проблем как организационно-технического, так и материального характера. Актуальность развития отраслей спортивного и медицинского права очевидна, к тому же определенные общесоциальные и общеправовые моменты в их предмете могут их сблизить и сформировать единую систему правовых норм. Одним из подобных связующих звеньев является проблема использования допинга в спорте [2].

Допинг – проблема международная. Это угроза чистому, честному спорту. Во времена научно-технического прогресса зачастую результаты спортивных соревнований зависят не только от физиологических возможностей спортсменов, но и от уровня развития медицины, фармакологии и правовой защиты в их странах. В литературе уже не раз высказывалось мнение, что сейчас соревнуются не столько спортсмены, сколько спортивные медики и фарм-компании, что наглядно продемонстрировали околодопинговые скандалы 2016 года [1].

Сразу хотелось бы сделать оговорку: написанное здесь – не одна из попыток нападения с целью защиты российского спорта, это рассуждения на тему, как сделать современный спорт более честным и справедливым.

ВАДА была создана в 1999 г. после велогонки «Тур де Франс-1998», когда у представителей некоторых команд-участниц служащими таможни и потом полиции были обнаружены крупные партии запрещенных веществ (тестостерон, амфетамины, ЭПО). Во время этой гонки разразился громкий скандал, хоть это был и не первый случай зарегистрированного употребления допинга, но уж слишком многие спортсмены были участниками этого происшествия [9]. После этого по инициативе МОК (Международный олимпийский комитет – ИОС) 2-4 февраля 1999 г. в Лозанне (Швейцария) состоялась первая Всемирная конференция по допингу в спорте. По предложению конференции 10 ноября 1999 г. была создана независимая антидопинговая организация – ВАДА. Данная организация учреждена в форме фонда в соответствии с 3 главой 2 раздела Гражданского кодекса Швейцарии (ст. 1) [3].

Вторая Всемирная конференция по допингу в спорте прошла в Копенгагене (Дания) в 2003 г. Ее участники, представители ор-

ганов государственной власти 80 стран мира и всех международных спортивных организаций по олимпийским видам спорта, одобрили подготовленный ВАДА Всемирный антидопинговый кодекс, который вступил в силу 1 января 2004 г.

19 октября 2005 г. на Генеральной ассамблее ЮНЕСКО 176 государств приняли Международную конвенцию о борьбе с допингом в спорте.

На третьей Всемирной конференции в 2007 г. в Мадриде обновленный проект Всемирного антидопингового кодекса приняли более 600 спортивных организаций [5]. Последняя на сегодняшний день редакция кодекса вступила в силу с 1 января 2015 г [14].

На данный момент в состав совета учредителей (38 человек) ВАДА входят представители 33 стран мира [10]. В 2015 была отозвана аккредитация РУСАДА (российского подразделения ВАДА); представителей РФ в ВАДА нет с 2016 года [5]. По словам кандидата юридических наук, мастера спортивного администрирования, директора агентства Gambit Law & Sports Айнура Нуриева (Aynur Nuriev) «<...> в Министерстве спорта и Олимпийском комитете России проворонили членство РФ во всех без исключения международных организациях, которые решают судьбу спортсменов» [6].

ВАДА обладает преимущественным правом установления в рамках международной антидопинговой программы следующих видов норм:

- Списка запрещенных субстанций и методов [13]
- Научных, административных и технических стандартов и процедур забора и анализа допинг-проб [12]
- Дисциплинарных процедур и санкций, обеспечивающих борьбу с допингом в спорте [14]

Борьба с допингом привела к принятию рядом государств национального антидопингового законодательства: трудового, административного, иногда уголовного. Как показывает практика, возможны конфликты юрисдикций в отношении дел о допинге между национальными и международными спортивными организациями (например, до ноября 2010 г., если спортсмен был дисквалифицирован международной спортивной федерацией, то он не мог быть уволен в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации за применение допинга, т.к. спортивная дисква-

лификация с точки зрения российского законодателя налагалась только общероссийскими спортивными федерациями) [1]. Таким образом, предотвратить подобные конфликты может унификация национальных законодательств и признание приоритета за антидопинговыми стандартами, утвержденными ВАДА [3].

Итак, важнейшая задача ВАДА состоит в формировании Запрещенного списка. Он включает в себя субстанции и методы, запрещенные постоянно, и те, что запрещены только в соревновательный период. Формирование Запрещенного списка длится 9 месяцев. За это время проводится независимая экспертиза и проверка достоверности результатов научных и медицинских исследований, а также редакций со стороны правоохранительных органов и фармацевтических компаний, т.е. обобщаются данные из различных источников, после чего выносится окончательное решение.

В статье 4.1 Кодекса ВАДА сказано: «ВАДА обязано публиковать Запрещенный список в качестве Международного стандарта <...> не реже одного раза в год. Предполагаемое содержание Запрещенного списка и все его изменения будут предоставляться сразу же Подписавшимся сторонам и правительствам для комментариев и консультаций в письменной форме. <...> Запрещенный список или изменения вступают в силу через три месяца после публикации Запрещенного списка ВАДА, без каких-либо дальнейших требований к Антидопинговой организации.». Также в Примечании к статье 4.3.2 упомянуто, что «Ежегодно в качестве одного из этапов процесса все Подписавшиеся стороны, правительства и другие заинтересованные стороны приглашаются прокомментировать ВАДА содержание Запрещенного списка» Далее, в пункте 4.3 приводятся критерии включения субстанций и методов в Запрещенный список:

- сами по себе или в комбинации способны улучшать спортивные результаты;
- представляют реальный или потенциальный риск для здоровья Спортсмена;
- противоречат духу спорта.

Если ВАДА по собственному усмотрению определяет, что данная субстанция или метод отвечают любым двум из трех критериев, то субстанция или метод должны быть рассмотрены на предмет их включения в Запрещенный список, согласно ст. 4.3.1 Кодекса [14].

Из приведенных статей Кодекса видно, что ВАДА – не закрытая организация. По словам Бориса Тарасова (к.м.н., экс-начальник медицинского центра Континентальной хоккейной лиги, член комиссии Паралимпийского комитета России по медицине, антидопингу и функциональной классификации спортсменов): «ВАДА <...> регулярно проводит конгрессы, где предлагаются и обсуждаются изменения Всемирного антидопингового кодекса. На его основании в каждой стране формируют собственные антидопинговые правила. Поэтому, чем активнее представители России будут участвовать в таких мероприятиях, тем легче будет отстаивать интересы страны. Кроме того, есть и другие постоянно работающие антидопинговые структуры – комиссии, комитеты в международных федерациях, олимпийском комитете. Это, к слову, проблема не только России. Это касается всех стран. Но пока мы не научимся это делать, постоянно будем в зоне риска. У нас есть много обычных лекарственных средств, которые применяются только в нашей стране. В любую минуту любой такой препарат может быть внесен в запрещенный список» [7].

Подписавшаяся под декларацией о принятии Кодекса страна имеет право участвовать в обсуждении внесения изменений, однако нет гарантий в том, что к такому мнению прислушаются, что общение будет многосторонним, т.к. ВАДА самостоятельно принимает решения. «Сильный сам вершит свою судьбу, слабый – уповает на нее...» – дискуссионное высказывание, но в свете недавних событий оно наталкивает на мысль о возможных причинах проблем российского спорта. Россия имеет право выдвигать своих кандидатов на посты в международных спортивных организациях, т.к. приняла конвенцию ЮНЕСКО и со-финансирует ВАДА (до августа 2016 года – 19.08.2016 вышло постановление об уплате ежегодных взносов РФ на борьбу с допингом: теперь вместо ВАДА там написано Фонд для искоренения допинга в спорте [8]). Но проблема несколько глубже – спортивная отрасль со стороны как медицины, так и юриспруденции в РФ развиты плохо. Хорошие специалисты есть, но их слишком мало для такой большой страны. Отсюда становится понятно и международное недоверие к нашим специалистам в спорте.

Если спортсмен был всё-таки замечен в нарушении антидопинговых правил, то ему может потребоваться квалифицированная юридическая помощь. Спортсмену, как человеку не только общественному, но и подверженному различным рискам, лучше иметь личного проверенного юриста или иметь возможность консультации у такового в нужный момент. Сразу возникает проблема: хороших адвокатов, имеющих опыт в спортивных разбирательствах, не так уж много. Особенно остро эта проблема ощущается в РФ – юридический опыт в спортивных разбирательствах только начал накапливаться несколько лет назад. К тому же услуги юриста не являются благотворительными – они стоят немалых денег. В то же время каждый гражданин РФ имеет закрепленное конституционно право на юридическую помощь от государства. Но спортивные разбирательства – достаточно специфическое направление в юриспруденции и для того, чтобы осуществлять помощь на уровне государства в этой сфере, нужно иметь хорошо развитое спортивное право в стране. Иногда проблемы носят не только финансовый характер, но и обусловлены беспечностью самих спортсменов и тренеров. К тому же в некоторых странах, в том числе в РФ, просто не развито понятие о том, что юридическая составляющая важна, причем не только в спорте, но и в обычной жизни.

Важно осознать, что грамотно выстроенная защита может помочь доказать невиновность по-настоящему неверно осужденного человека или снизить наказание при наличии нарушения. Это большая проблема российских спортсменов: по сравнению с западными странами они юридически меньше защищены в силу объективных и субъективных причин.

5 октября 2016 года в Лозанне состоялся саммит Международного олимпийского комитета, посвященный реформам мировой антидопинговой системы. По итогам встречи МОК выпустил свои рекомендации ВАДА, для официального принятия 20 ноября 2016 года на съезде агентства в Глазго. Ниже представлен перевод самых важных, на взгляд авторов статьи, рекомендаций из официального документа [4]:

- ВАДА должно установить единую централизованную антидопинговую систему по всему миру.

- Для каждого вида спорта должна быть выработана единая программа по проведению тестирования. Составление такой программы должно проводиться при взаимодействии с соответствующими Международными Федерациями (МФ) для обеспечения равенства в отношении спортсменов из разных стран мира.
 - Окружение спортсменов, включая тренеров, докторов, физиотерапевтов, других специалистов и сотрудников, должно нести уголовную ответственность за оказание содействия в употреблении допинга.
 - Организация Объединенных наций по образованию, науке и культуре (ЮНЕСКО) при помощи Олимпийского движения должна предоставить образцы законодательных норм и способствовать их принятию для достижения единообразия законодательства разных стран.
 - В рамках ВАДА необходимо создать новый орган по проведению тестирования на допинг.
 - ВАДА должна усовершенствовать свою структуру управления.
 - Обеспечить участие избираемых представителей спортсменов.
- Олимпийский саммит также обсудил вопрос привлечения правительств к деятельности Олимпийского движения, которое планируется осуществлять через Агентства ООН, такие как ЮНЕСКО. Результатом этого может стать увеличение числа представителей правительств разных стран и их влияния в ВАДА.

По нашему мнению, возможным решением кризиса ВАДА также могло бы быть:

- Создание независимой международной комиссии по контролю формирования Запрещенного списка.
- Максимально «отделение» ВАДА от политики (возможно, путем равнозначного представления стран в органах управления ВАДА, например, присутствием представителей России, как одного из ведущих лидеров мирового спорта – это перекликается с приведенными выше рекомендациями МОК).

Но проблемы в РФ со спортом и связанным с ними специальностями стоит слишком остро. В наших силах начать их решение, например:

- Расширить подготовку спортивных врачей и юристов, возможно организовать отдельный национальный антидопинговый институт.
- Поддерживать исследовательские спортивные центры различного плана и видов собственности, обеспечивать их государственной поддержкой.
- Разработать спортивную медико-биологическую информационно-аналитическую систему для постоянного контроля и анализа эффективности тренировочного процесса, используемых финансовых и фармацевтических средств и других ресурсов.
- Усилить пропаганду «чистого» спорта в ДЮСШ, СМИ.

Список литературы:

1. Битюкова С. Е., Родин М. А. Проблемы антидопингового законодательства в российской федерации // VII международная студенческая электронная научная конференция «Студенческий научный форум 2015»
2. Иглин А. В. Правовая характеристика биостимуляторов и допинга нормами спортивного медицинского права // Рациональное питание, пищевые добавки и биостимуляторы. 2016. № 2. С. 45
3. Кузнецова Е. В. Статус Всемирного антидопингового агентства в международном праве // Журнал международного права и международных отношений 2011. № 1. С. 25-30
4. Интернет-документы:
5. Декларация 5-го Олимпийского саммита // 08.10.16 URL: <http://www.olympic.ru/news/news/deklaraczia-5-go-olimpiyskogo/> (дата обращения: 27.10.16)
6. Дурягин П. Всемирное антидопинговое агентство. Досье // ТАСС: информационное агентство. 09.11.15 URL: <http://tass.ru/info/2419798> (дата обращения: 27.10.16).
7. Мишина И. Такого ВАДА нам не надо // Газета «Наша версия», № 38. 05.10.16 URL: <https://versia.ru/sudba-vsemirnogo-antidopingovogo-agentstva-budet-reshatsya-8-oktyabrya-na-olimpijskom-sammite-v-lozanne> (дата обращения: 27.10.16).
8. Невинная И. Как избежать допинговых скандалов в спорте // Российская газета – Федеральный выпуск №6919 (51). 10.03.16 URL: <https://rg.ru/2016/03/10/vrach-rasskazal-kak-rossijskomu-sportu-izbezhat-dopingovyh-skandalov.html> (дата обращения: 28.10.16)

9. Постановление Правительства Российской Федерации от 19.08.2016 № 820 «Об уплате взносов Российской Федерации в бюджет Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры на подготовку и проведение в 2017 году шестой Международной конференции министров и руководящих работников, ответственных за физическое воспитание и спорт, и в Фонд для искоренения допинга в спорте»// 23.08.16 URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201608230015?index=0&rangeSize=1> (дата обращения: 29.10.16)
10. Страницы истории велоспорта: Тур де Франс – 1998// 01.08.10 RL: http://velolive.com/velo_legend/1087-stranicy-istorii-tour-de-france-1998.html (дата обращения: 12.11.16)
11. Тенн Д. Заседания исполкома и совета учредителей ВАДА// Спортивный интернет-портал Sports.ru. 11.05.16 URL: <http://m.sports.ru/tribuna/blogs/dennytenn/945655.html> (дата обращения: 27.10.16).
12. International Standard for Laboratories 2016// 02.06.16 URL: https://wada-main-prod.s3.amazonaws.com/resources/files/isl_june_2016.pdf (дата обращения: 30.10.16)
13. International Standard for Testing and Investigations 2017// 01.05.16 URL: https://wada-main-prod.s3.amazonaws.com/resources/files/2016-09-30_isti_final_january_2017.pdf (дата обращения: 30.10.16)
14. Prohibited List 2017// 01.10.16 URL: https://wada-main-prod.s3.amazonaws.com/resources/files/2016-09-29-wada_prohibited_list_2017_eng_final.pdf (дата обращения: 29.10.16)
15. World Anti-Doping Code 2015// 15.11.13 URL: <https://wada-main-prod.s3.amazonaws.com/resources/files/wada-2015-world-anti-doping-code.pdf> (дата обращения: 30.10.16)

Об авторе:

Скальная Анастасия Анатольевна – студентка IV курса Факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова, Российская Федерация, 105064, Москва, Старая Басманная улица, д. 12, стр. 5, кв. 50, e-mail: skalnaya95@gmail.com

Skalnaya Anastasia – student of Faculty of Medicine, Lomonosov Moscow State University, Moscow

Научный руководитель – Журилов Николай Владимирович, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 123373, Москва, Яна Райниса бульвар, д. 24, корп. 1, кв. 6, e-mail: nikolayzhurilov@bk.ru

Scientific adviser – Nikolay Zhurilov, senior lecturer, associate professor, Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Скальная А.А., 2016

Шарова М.В., Юсуфов М.И.

РАССМОТРЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ДЕЛ В ТРЕТЕЙСКИХ СУДАХ

Статья посвящена возможности урегулирования медицинских споров в Третейских судах, развития Третейских судов на территории Российской Федерации и необходимости доработки законодательства в данной сфере.

Ключевые слова: третейский суд, медицинские споры.

Sharova Margarita, Yusufov Maxim

INVESTIGATION OF MEDICAL CASES IN COURT OF ARBITRATION

The article talks about possibilities of investigation of medical cases in court of arbitration and development in this field of legislation.

Keywords: court of arbitration, medical cases.

Законодательство Российской Федерации регулирует медицинскую деятельность множеством законов и подзаконных актов. Основопологающим является Конституция Российской Федерации, которая защищает неотъемлемые права и свободы человека и гражданина, важнейшими из которых является: право на жизнь и здоровье (ст. 41) [5]. Согласно ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», основными принципами охраны здоровья являются: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий. Также, ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья; доступность и качество медицинской помощи [8].

Практическая деятельность врача постоянно сопряжена с риском причинения вреда здоровью пациента даже при надлежащем выполнении врачом своих профессиональных обязанностей. При современном уровне развития науки и медицины, внедрении новых методик лечения и диагностики, проблема защиты врача от ложных обвинений встает особенно остро. Так в последнее время в нашей стране происходило увеличение количества судебных исков к врачам, что в свою очередь вряд ли можно связать с ухудшением качества медицинской помощи.

К сожалению, далеко не всегда пациенты адекватно оценивают качество оказанной им медицинской помощи. Зачастую причиной этого являются необоснованные ожидания результатов лечения. Например, анализ содержания исков к стоматологическим клиникам, проведенный по материалам Московского городского Бюро судебно-медицинской экспертизы, позволил условно подразделить эти дела по трем основным категориям. Около 30% дел составляют вполне обоснованные претензии пациентов к неудовлетворительному качеству лечения и врачебным ошибкам. Большая часть дел обусловлена объективной сложностью лечения патологий, которыми страдают пациенты. Около 20% составляют дела, связанные с необоснованными претензиями пациентов, чаще всего страдающих психоэмоциональными расстройствами [6].

При возникновении споров, для правильной верификации деяния врача зачастую необходимо проведение судебно-медицинской экспертизы. В соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [8], граждане имеют право на проведение независимой медицинской экспертизы, однако в действительности, механизмы ее проведения не были регламентированы, и реализовать данное положение не представлялось возможным. Поэтому в течение многих лет назначение экспертизы было возможно лишь постановлением прокурора, следователя, судьи и другими уполномоченными лицами. В связи с этим эксперты Национальной Медицинской палаты уже занимаются разработкой нового законопроекта о независимой медицинской экспертизе [10].

В ситуациях, когда претензии пациентов спорны, проведение судебно-медицинской экспертизы становится особенно сложной процедурой. Мировой опыт свидетельствует о том, что увеличению числа исков и жалоб на некачественное оказание медицинских услуг способствует деятельность адвокатских контор, делающих бизнес на исках к лечебным учреждениям. Подобные дела разбираются особенно длительно, с привлечением нескольких судебно-медицинских комиссий и отдельных экспертов. Сложность рассмотрения таких дел в суде связана с тем, что суд может опираться лишь на четкие заключения судебно-медицинской экспертизы, и не имеет собственной компетенции в медицинских вопросах.

С другой стороны, существуют и объективные претензии, зачастую связанные с невыполнением стандартов оказания медицинской помощи. Обратимся к реальным статистическим данным. Ведущий исследователь в области организации здравоохранения в целом и патологоанатомической службы в частности в современной России, заместитель председателя профильной комиссии по специальности «патологическая анатомия» экспертного совета Минздрава России, проф. Мальков П.Г. освещает проблему невыполнения стандартов и, соответственно, неоказания помощи в должном качестве. Учёный заключает, что сопоставление данных о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания (ф.12 Федерального статистического наблюдения) одного из территориальных образований Москвы за 2010 год, с данными централизованной патоморфологической лаборатории, обслуживающей лечебные учреждения на той же территории, установило, что при заболеваниях, требующих динамического биопсийного контроля в процессе лечения, таких как язва желудка и гастрит, биопсийные исследования выполнены в 1.17% и 6.61% от общего числа случаев зарегистрированных заболеваний соответственно [4].

Несмотря на то, что повторная биопсия является обязательным пунктом стандарта ведения гастрита, выявлено, что из общего числа пациентов с хроническим *H.pylori* ассоциированным гастритом только 13% пациентов была проведена повторная биопсия для оценки эффективности лечения. Повторная биопсия проводилась в сроки, соответствующие принятым стандартам диагностики хронического *H.pylori* ассоциированного гастрита, только у 28% пациентов. В 72% случаев был нарушен протокол ведения больных с хроническим *H.pylori* ассоциированным гастритом. В результате исследований установлено, что в 91% случаев были нарушены протоколы ведения больных с хроническим *H.pylori* ассоциированным гастритом, утвержденные Приказом Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 №248 [4].

Таким образом, исследование нескольких групп пациентов с указанными заболеваниями установило, что более чем в 90% случаев стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных по исследованию «диагностическая биопсия» не выполнены, что

определяет низкий уровень диагностического процесса и снижает прогноз индивидуальной защищенности граждан. Следовательно, необходимо налаживание механизмов контроля над надлежащим исполнением стандартов медицинской помощи. [4]

Поэтому в настоящее время активно развиваются альтернативные методы решения споров, такие как медиация и третейские суды. Ст. 45 Конституции РФ содержит, что каждый вправе защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом. Данное положение и является основой для формирования Третейских судов. Третейский суд – это негосударственный судебный орган [1], решения которого в соответствии со ст. 11 ГК РФ приравниваются к суду общей юрисдикции [2]. Третейское судопроизводство регламентируется ФЗ №382 «Об арбитраже (третейском разбирательстве) в РФ». Третейское судопроизводство знает две формы: постоянно действующий третейский суд (арбитраж) и третейский суд, образуемый в разовом порядке для решения конкретного спора [9].

В начале 2008 года в Санкт-Петербурге начал работу Третейский суд медицинского страхования и здравоохранения при Торгово-промышленной палате, целью деятельности которого является оперативное рассмотрение споров, возникающих между гражданами, страховыми медицинскими организациями, лечебно-профилактическими учреждениями, коммерческими медицинскими организациями при оказании медицинской помощи в рамках обязательного и добровольного медицинского страхования [11].

В 2010 год по принятым к производству делам истцами выступили: страховые медицинские организации – 13, физические лица (через страховщиков) – 6. От ЛПУ не было подано ни одного иска. Ответчиками выступали городские больницы, поликлиники и стационары федерального подчинения. При этом 8 дел ЛПУ были проиграны, по двум спорам стороны пришли к мировым соглашениям. Суть всех споров заключалась в неправомерном взимании денежных средств и взыскание морального вреда, причиненного некачественным оказанием медицинской помощи, нарушением прав пациента. [6]

Наибольшая практика решения спорных вопросов в досудебном порядке и Третейского судопроизводства нарабатана в

Смоленской области. Председатель Врачебной палаты Смоленской области Наталья Аксенова поделилась: «Эксперты Палаты аккредитованы в Росздавнадзоре. На основании этой аккредитации мы смогли получить лицензию на контроль качества медицинской помощи. Также мы заключили соглашения с департаментом здравоохранения области и с Росздавнадзором области о том, что поток жалоб может регулироваться в досудебном порядке. За годы работы палаты рассмотрено более 700 жалоб по поводу ненадлежащего оказания медицинской помощи и проблем дополнительного лекарственного обеспечения инвалидов. Всего два случая были рассмотрены на заседаниях Третейского суда, а остальные урегулированы на досудебном уровне с помощью экспертов из коллегии досудебного разрешения споров». [7]

Несмотря на громкие заявления, система досудебного урегулирования или Третейских судов в медицинской практике используется достаточно редко. Во-первых, - это связано с низкой осведомленностью граждан. По опыту Смоленской области необходимо информировать граждан о возможности обращения в Третейские суды при возникновении конфликтной ситуации в лечебном учреждении, и данная информация должна находиться непосредственно в самих ЛПУ или информационных порталах, связанных с ними. Подобное распространение информации не противоречит интересам медицинского учреждения. Возможность досудебного урегулирования конфликта будет способствовать сохранению репутации врача и учреждения при возникновении ложных претензий со стороны пациента.

Во-вторых, препятствием на пути к мировому урегулированию медицинских дел является отсутствие необходимого количества постоянно действующих Третейских судов. Уже сформированные суды в большей степени занимаются делами «юридическое лицо против юридического лица», и почти не имеют возможности охватить дела врач-пациент. Формирование медицинских третейских судов при каждом субъекте РФ должно решить эту проблему.

Еще один вопрос о составе медицинских третейских судов. В соответствии со ст. 11 ФЗ №382, третейским судьей (арбитром)

может стать любое лицо, имеющее высшее юридическое образование. Однако в данной ситуации логичнее, чтобы арбитр (или несколько, если так договорились стороны) имел не только юридическое, но и медицинское образование. При этом, особое внимание стоит уделить опыту работы арбитра.

Также немаловажно формирование экспертных комиссий, ведь именно на основе их заключений, возможно, судить о правильности и объеме выполнения медицинской помощи. В 2015 году пилотный проект Национальной медицинской палаты по созданию центров независимой медицинской экспертизы был запущен в трех субъектах страны. Объектом экспертизы являлась медицинская документация, отражающая результаты оказания медицинской помощи в медицинских организациях. Члены комиссии -специалисты с высшим медицинским и юридическим образованиями со стажем практической работы по специальности не менее 15 лет. Таким образом, происходил контроль качества оказания медицинской помощи. Подобный опыт будет полезен и в третейском судопроизводстве. [3]

Возможно, реформирование законодательства сможет немного сильнее оградить врача от ложных обвинений в свой адрес, ведь медицина – это не только пациент. Медицина – это система врач-пациент, для адекватного функционирования которой необходим паритет в правах и обязанностях обеих сторон отношений, споры по которым должны разрешать профессионалы.

Список литературы:

1. *Большой юридический словарь: 6000 терминов / Под ред. А.Я. Сухарев, В.Е. Крутских, А.Я. Сухарева. М.: Инфра-М, 2003. : ил. (Библиотека словарей ИНФРА-М)*
2. *Гражданский кодекс Российской Федерации: часть первая [Электронный ресурс] : федер. закон № 51-ФЗ 30.11.94: принят ГД ФС РФ 21.10.1994: по состоянию на 07.02.2011 г. // СПС «Консультант плюс»*
3. *Досудебное урегулирование конфликтов // Ремедиум Приволжье. 2016. №2.*
4. *Журилов Н.В., Иванова А.В., Нигматулина Л.И. Судебно-медицинская экспертиза, независимая экспертиза, Третейское производство, взаимосвязь и кажущаяся несовместимость // Актуальные аспекты судебной медицины и медицинского права : Материалы научно-практиче-*

ской конференции с международным участием, посвященной 45-летию кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ им.А.И.Евдокимова [Москва,2015] С. 73-76.

5. Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ)
6. Малый А. Ю. Конфликтные ситуации в стоматологии и факторы защиты врачей от необоснованных претензий // Медицинское право. 2003. №3. С. 31-33.
7. Тимофеев И. В., Грицак О. В., Ахрем Н. В. О работе третейского суда медицинского страхования и здравоохранения при Санкт-Петербургской торгово-промышленной палате // Менеджер здравоохранения. 2010. №5.
8. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016) // СПС КонсультантПлюс.
9. Федеральный закон от 29.12.2015 № 382-ФЗ (действующая редакция, 2016) «Об арбитраже (третейском разбирательстве) в Российской Федерации» // СПС КонсультантПлюс.
10. Официальный сайт НП «Национальная Медицинская Палата». URL: <http://www.nacmedpalata.ru> (дата обращения: 16.10.2016).
11. Адвокатская группа ОНЕГИН. Третейское рассмотрение споров в области медицинского страхования и здравоохранения в Санкт-Петербурге: первый опыт. URL: http://www.onegingroup.ru/treteyskoe_rassmotrenie_sporov_v_ob (дата обращения: 17.10.2016).

Об авторах:

Шарова Маргарита Викторовна – студентка 4 курса факультета фундаментальной медицины Московского Государственного Университета имени М.В. Ломоносова, 119192, Москва, Ломоносовский пр-кт, 27, к. 1, e-mail: rsharova221195@gmail.com

Юсуфов Максим Игоревич – студент 5 курса факультета фундаментальной медицины Московского Государственного Университета имени М.В. Ломоносова, 119192, Москва, Ломоносовский пр-кт, 27, к. 1, e-mail: max101101@ya.ru

Sharova Margarita – student, Faculty of Basic Medicine, Lomonosov Moscow State University, Moscow

Yusufov Maxim – student, Faculty of Basic Medicine, Lomonosov Moscow State University, Moscow

Научный руководитель – Журилов Николай Владимирович, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 123373, Москва, Яна Райниса бульвар, д. 24, корп. 1, кв. 6, e-mail: nikolayzhurilov@bk.ru

Scientific adviser – Nikolay Zhurilov, senior lecturer, associate professor, Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Шарова М.В., Юсуфов М.И., 2016

Шмакова А.А.,

ЗАЩИТА ПРАВ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В статье обсуждаются вопросы защиты прав психически больных в Российской Федерации. Проанализированы правовые аспекты оказания медицинской помощи этим пациентам, опеки над недееспособными лицами. Обсуждаются вопросы представительства интересов больных с психическими заболеваниями в случае нарушения их прав. Рассмотрены законодательные пробелы, вследствие которых происходят нарушения прав больных. Предложены меры по улучшению законодательства в данной сфере.

Ключевые слова: защита прав; психические заболевания; законодательство Российской Федерации.

Shmakova Anna

PROTECTING THE RIGHTS OF PATIENTS WITH MENTAL ILLNESSES IN THE RUSSIAN FEDERATION

The article discusses protection of the rights of patients with mental illnesses in the Russian Federation. The legal aspects of medical care for these patients, guardianship of incapacitated persons are analyzed. The questions of representing the interests of patients with mental illness in case of violation of their rights are discussed. We also considered legislative gaps, due to which occur violations of patients' rights. Measures to improve the legislation in this area are proposed.

Keywords: protection of the rights; mental illness; the legislation in thy Russian Federation.

Отечественная законодательная база, регулирующая службу охраны психического здоровья, имеет значительную историю развития [1]. Начиная с 90-х годов XX века, нормативно-правовые документы в этой сфере активно модернизируются. В том числе осуществляется работа по совершенствованию законодательства в области защиты прав психически больных [2,3,4]. Однако, несмотря на все усилия в этом направлении, проблема ущемления правомочий душевнобольных остаётся весьма актуальной. При формальном признании важности и приоритетности для государства прав человека, нарушения этих постулатов могут оставаться безнаказанными и проигнорированными [5]. К людям, страдающим психическими заболеваниями, окружающие

зачастую относятся негативно, нарушают их права и свободы, чем фактически снижают возможности социального функционирования и социальной адаптации больных [6]. По данным ВОЗ во многих странах мира, при оказании стационарной и внебольничной психиатрической помощи фиксируются случаи, когда пациентам отказывают в предоставлении элементарных свобод, гражданских, политических, социальных, экономических и культурных прав [7]. Дискриминация в отношении лиц с психическими расстройствами может происходить в системе образования, производства, правовой и судебной системах, в общем здравоохранении. Психически больные лица сталкиваются с ущемлениями при приеме на работу, им отказывают в предоставлении определенных услуг, их права не учитываются сферой медицинского страхования. Нередко сообщается о случаях недобровольной госпитализации, нарушениях прав на информированное согласие, отказах в выписке, жестокого обращения, принудительного труда в психиатрических учреждениях; в психоневрологических интернатах – о случаях нарушения права на здоровое питание, минимально приемлемые жилищно-бытовые условия [8,9].

Таким образом, обсуждение современного Российского и зарубежных законодательств в области защиты прав психически больных, поиск путей преодоления правового нигилизма, совершенствования нормативно-правовой базы, могли бы послужить нормализации взаимоотношений между душевнобольными и обществом.

Целью настоящей работы стал анализ современного Российского законодательства в области соблюдения и защиты прав и свобод лиц, страдающих психическими заболеваниями; предложение мер по улучшению имеющейся нормативно-правовой базы для повышения гарантий прав больных.

Основополагающими документами, постулирующими права больных, которыми следует руководствоваться специалистам и потребителям психиатрических услуг (пациентам, родственникам больных, опекунам и др.), являются: Конституция Российской Федерации (РФ) от 12.12.1993 г., Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 г., Закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 [2-4].

Конституция Российской Федерации гарантирует соблюдение прав человека и запрещает дискриминацию, в том числе на основании наличия у человека психического заболевания (статья 19). В основном документе гарантировано предоставление бесплатной медицинской помощи (статья 41), запрещено жестокое или унижающее человеческое достоинство обращение; медицинские, научные опыты без добровольного согласия человека (статья 21)[2].

Права пациентов с психическими заболеваниями прописаны в статье 5 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее – Закон о психиатрической помощи), гласящей: «лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и федеральными законами» [3].

Статья 5 Закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон об основах охраны здоровья) подтверждает, что «государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний» и др., а также «гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний»[4].

В целом же, анализ документов, затрагивающих вопросы прав душевнобольных (по электронным базам «Гарант», «Консультант-Плюс»), начиная с 1998 года, выявил около 140 нормативных актов, наиболее значимыми из которых являются Федеральные Законы, постановления Правительства РФ, приказы Минздрава и Минздравсоцразвития РФ, Генпрокуратуры РФ.

Кто, согласно имеющемуся законодательству, может представлять и защищать интересы лиц с психическими заболеваниями, если они не могут этого сделать самостоятельно (как например, большинство лиц с умеренными, тяжёлыми и глубокими интеллектуальными нарушениями (умственной отсталостью); в отдельных случаях – страдающие шизофренией и иными психозами в состоянии обострения, с выраженным апато-абулическим дефектом личности)?

Представительство прав больных достаточно распространено в повседневной жизни, поскольку требуется не только тем, кто

официально признан Судом недееспособными (признание недееспособности регулируется Гражданским Кодексом РФ, статьей 29, согласно которой люди с психическими расстройствами, которые не понимают значения своих действий или не в состоянии ими руководить, могут признаваться судом недееспособными в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. В таком случае над ними устанавливается опека, и все сделки в дальнейшем совершают опекуны [5]), но и дееспособным гражданам в моменты расстройств их сознания (в моменты обострения психической болезни). Зачастую именно эти промежутки времени душевнобольные проводят в стационарах. Ограничительный режим психиатрических лечебниц, частые правовые нарушения на всех этапах госпитализации – от получения информированного согласия больного до решения о его выписке, изоляция от внешнего мира, нарушение конфиденциальности телефонных разговоров и встреч, доминирующее положение медицинского персонала – все это создаёт условия для конфликтных ситуаций, в которых права пациентов зачастую становятся ещё более уязвимыми [6-9].

Регламент представительства интересов дееспособных и недееспособных пациентов при оказании им медицинских услуг оговаривается в статье 7 Закона о психиатрической помощи «Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь» [3]. Согласно этой статье гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Добровольное представительство оформляется путем выдачи доверенности в простой письменной форме, срок действия которой, если он не оговорен, – год с момента её выдачи. Если лицо признано недееспособным, законное представительство осуществляет его опекун, у несовершеннолетних законными представителями являются родители, усыновители, опекуны. Законное представительство (родители, усыновители или опекуны) устанавливается независимо от воли и желания представляемого лица.

Также в законе оговаривается, что интересы больного может защищать адвокат. Стоит отметить, что представитель пациента имеет право присутствовать при проведении медицинских меро-

приятий, госпитализации, как добровольной, так и недобровольной, в период проведения психиатрических экспертиз, так как законом не предусмотрено каких-либо ограничений для представительства пациента [10].

Помимо этого, в статье 38 Закона о психиатрической помощи [3] указано, что должна существовать центральная, независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. Представители такой службы должны защищать права пациентов в психиатрических стационарах, принимать их жалобы и заявления и разрешать их с администрацией лечебного учреждения, либо направлять обращения органам власти. Предполагается, что такая служба имеет своего представителя в каждом психиатрическом стационаре, который должен добиваться соблюдения прав и интересов больных, выступать посредником между пациентом и администрацией больницы. Деятельность такого защитника устроена по принципу работы адвоката, который всегда следует инструкциям клиента, помогая ему добиться разрешения возникших проблем.

Каковы же наиболее острые проблемы, затрагивающие права психически больных, обнаруживаемые при применении существующего законодательства?

При установлении опеки возникает много правовых проблем, от выявления критериев для признания лица недееспособным, до порядка установления надзора за опекуном. Опека над лицом с психиатрическим заболеванием – обширная и сложная тема для отдельной статьи, здесь мы лишь вкратце коснёмся вопроса защиты прав недееспособных.

Первоначальные сложности могут появляться на этапе выбора опекуна. Всегда ли следует доверять опеку над больным ближайшим его родственникам? С одной стороны, большинство родственников действуют в интересах лица с психическим расстройством, но с другой стороны, бывают случаи, когда члены семей не оказывают непосредственную помощь, не способны принять правильное решение, либо в семье наблюдается конфликт интересов [6].

По настоящему законодательству один лишь факт родства не позволяет представлять интересы больного [10, 11].

Существует проблема отсутствия доступа недееспособного лица к каким-либо средствам защиты по собственным усилиям (а не усилиям опекуна). В соответствии со статьёй 24, части 3 Федерального закона от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве» [11] подопечный имеет право обжаловать действие или бездействие опекуна в органе опеки. Это единственное право, которым закон наделил недееспособного. Вместе с тем, в упомянутом законе не идет речи о процедуре обжалования, не оговаривается, как должны действовать органы опеки в подобных случаях.

Нередки ситуации, когда законный представитель больного не просто не защищает интересы, а действует против интересов больного, или действует гораздо шире своих полномочий, вплоть до распоряжения имуществом подопечного, лишения его свободы, путём неправомерного помещения в интернат или стационар.

При ненадлежащем исполнении опекуном своих обязанностей, законом в настоящий момент предусмотрено только отстранение опекуна от этих полномочий. Возможно, при введении ответственности за несоблюдение опекунами своих обязанностей, за ущемление прав их подопечных, уровень и качество опеки повысится, о лицах с психиатрическими заболеваниями будут заботиться люди, действительно заинтересованные в защите прав больных, а не те, кто хотел-бы нажиться на нездоровье ближнего. Ряд правоведов считают, что введение в России порядка пропорционального ограничения дееспособности и более гибкого подхода к ограничению дееспособности снизит риск использования опеки в неблагоприятных целях.

Несмотря на имеющееся законодательное обоснование, до сих пор не создана служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. В том числе отсутствуют нормативно-правовые документы по механизму её работы, источникам финансирования, официальному статусу. Между тем во многих странах подобная служба существует, успела пройти определенный путь совершенствования [7, 12, 13].

Таким образом, представляется возможным говорить о следующем. В Российской Федерации принят ряд законов о порядке организации психиатрической помощи и защите прав душев-

нобольных. Вместе с тем, некоторые положения данных документов не соблюдаются по разным причинам. В труде академика Т.Б. Дмитриевой приведено тревожащее мнение автора (цит. по [1] стр. 152): «...Внутри России основная угроза исходит не от политических сил, открыто заявляющих о своём неприятии указанной концепции (концепции прав человека – добавлено автором статьи), а от фактического игнорирования, а также от безнаказанных нарушений прав человека при формальном признании их важности и даже приоритетности». Можно говорить как о правовом нигилизме в отношении прав пациентов (законодательство разработано, но оно не соблюдается); так и об организационных недостатках (к примеру, в отношении создания службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах).

Ряд специальных, уточняющих нормативно-правовых актов требует либо коррекции, либо законотворчества. Так до сих пор не разработано законодательно закреплённого механизма защиты от нарушений прав пациентов в медицинских и немедицинских областях, крайне мало организаций, обеспечивающих такую защиту. Требуется доработки и внедрения в жизнь законодательство в сфере установления опеки над недееспособными гражданами.

Среди основных предложений по улучшению положения в обсуждаемой сфере следует озвучить следующие: скорейшую модификацию нормативно-правовой базы в отношении службы защиты прав пациентов, страдающих психическими расстройствами с разработкой порядка обжалования подопечным действий опекунов, введения ответственности за несоблюдение опекунами своих обязанностей, создания более гибких подходов к ограничению дееспособности. Необходимо более серьёзно контролировать соблюдение имеющегося законодательства, привлекая к проблемам широкие круги общественности, улучшая доступ населения к возможностям отстаивания своих прав (развитие адвокатской службы, службы юридического консультирования больных, их родственников и опекунов), создание механизмов общественного контроля за действиями медицинских, социальных служб и органов власти.

Пока до конца не решены проблемы защиты прав больных, нарушения будут продолжаться. Проблема соблюдения прав человека в психиатрии представляется системой универсальных юридических механизмов и теплого человеческого участия, сопереживания, сострадания, сочувствия.

Список литературы:

1. Дмитриева Т.Б. Альянс права и милосердия. М.: Наука; 2001. 156 с.
2. Конституция Российской Федерации. Официальное издание. Москва: Юридическая литература; 2009. 64 с.
3. Федеральный закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 № 3185-1. М.: Ось-89; 2005. 32 с.
4. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ. М.: Омега-Л, Рипол Классик; 2015. 80 с.
5. Гражданский Кодекс Российской Федерации. Части первая, вторая, третья и четвертая от 21.10.1994 : текст с изменениями и дополнениями на 15 ноября 2015 Москва: Эксмо; 2015. 864 с.
6. Джанполадова Н. Это не больница, это колония. 5 августа 2016 г. URL: <http://www.svoboda.org/a/27902425.html>. (дата обращения: 13.11.2016)
7. Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству. Женева: ВОЗ; 2005. – 181 с.
8. Алленова О., Цветкова Р. ПНИ это смесь больницы и тюрьмы. Почему в России необходима реформа психоневрологических интернатов. Коммерсант. URL: <http://www.kommersant.ru/doc/2950620>. (дата обращения: 13.11.2016)
9. Вилисов В.В. Скорбные палаты: Как я провёл месяц в психиатрической больнице на Дальнем Востоке. Коммерсант. URL: <http://www.furfur.me/furfur/freedom/freedom/218257-vacation> (дата обращения: 13.11.2016)
10. Аргунова Ю.Н. Представитель пациента // Независимый психиатрический журнал. 2012, № IV. С. 50-57.
11. Федеральный закон «Об опеке и попечительстве» от 24.04.2008 № 48-ФЗ. М.: Норматика. 20 с.
12. Казаковцев Б.А. Защита прав пациентов психиатрических учреждений в европейских странах // Независимый психиатрический журнал. 2006, № IV. С. 56-58.

13. Пилт Э., Бартенев Д. Реформы законодательства в сфере дееспособности и опеки в Эстонии: уроки для России // Независимый психиатрический журнал. 2011, № 1. С 59-63.

Об авторе:

Шмакова Анна Андреевна – студентка IV курса факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО Московский Государственный Университет им. М.В. Ломоносова, 109562, Москва, Новомарьинская улица, д. 12 / 12, кв. 411, e-mail: anya.shmakova@list.ru

Shmakova Anna Andreevna – student of Lomonosov Moscow State University School of Medicine, Moscow

Научный руководитель – Журилов Николай Владимирович, доцент кафедры медицинского права медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 123373, Москва, Яна Райниса бульвар, д. 24, корп. 1, кв. 6, e-mail: nikolayzhurilov@bk.ru

Scientific adviser – Nikolay Zhurilov, senior lecturer, associate professor, Chair of Medical Law of the Faculty of Preventive Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

© Шмакова А.А., 2016

